

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



Желтоқсан 2012, № 4 (5), I том

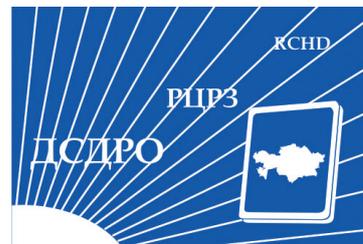
Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау

# МЕНЕДЖЕРІ МЕНЕДЖЕР

здравоохранения Республики Казахстан



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



**Журналдың аты:**

Қазақстан Республикасының  
Денсаулық сақтау менеджері

**Бас редактор:**

Кульжанов М.К.

**Редакциялық кеңес:**

Ақанов А.А., Байгенжин А.К.,  
Байжүнісов Ә.А., Біртанов Е.А., Егеубаева С.А.,  
Ерғалиев Қ.А., Ермекбаев К.К., Ибраев С.Е.,  
Ковач Л., Кучеренко В.З., Омаров Қ.Т.,  
Рахыпбеков Т.К., Телеуов М.Қ., Шарман А.Т.,  
Шоранов М.Е.

**Редакциялық коллегия:**

Ахимова А.Д., Бейсенбекова Г.К.,  
Букебаев А.А. Исатаева Н.М., Каптагаева А.К.,  
Қасқырбаева Д.М., Койков В.В., Костюк А.В.,  
Мақашев Д.М., Ниткалиев К.У., Оспанова Ж.О

**Техникалық топ:**

Азербайбаева А.Ж., Березин С.С., Есполова Г.Д.

**Меншік иесі:**

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

**Жазылу индексі:**

74608

**Мерзімділігі:**

жарты жылда 2 рет

**Таралымы:**

500 дана

**Құрылтайшылары:**

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау  
министрлігі, Денсаулық сақтауды дамыту  
Республикалық орталығы.

**Редакцияның мекен-жайы:**

Астана қ., Иманов к-сі, 13, 619 кеңсе  
email: mz\_rcrz@mail.ru

**Баспахана мекен-жайы:**

"Чернобыль - мүгедектер одағы"  
Астана қ., К. Бәйсеитова к-сі, 114/2,  
тел. 28 99 21

**Жарияланатын мәліметтердегі  
ақпараттардың нақтылығы, авторлардың  
жауапкершілігінде**

**Наименование журнала:**

Менеджер здравоохранения  
Республики Казахстан

**Главный редактор:**

Кульжанов М.К.

**Редакционный совет:**

Ақанов А.А., Байгенжин А.К.,  
Байжунусов Ә.А., Біртанов Е.А., Егеубаева С.А.,  
Ерғалиев Қ.А., Ермекбаев К.К., Ибраев С.Е.,  
Ковач Л., Кучеренко В.З., Омаров Қ.Т.,  
Рахыпбеков Т.К., Телеуов М.Қ., Шарман А.Т.,  
Шоранов М.Е.

**Редакционная коллегия:**

Ахимова А.Д., Бейсенбекова Г.К.,  
Букебаев А.А. Исатаева Н.М., Каптагаева А.К.,  
Каскирбаева Д.М., Койков В.В., Костюк А.В.,  
Мақашев Д.М., Ниткалиев К.У., Оспанова Ж.О

**Техническая группа:**

Азербайбаева А.Ж., Березин С.С., Есполова Г.Д.

**Собственник:**

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

**Подписной индекс:**

74608

**Периодичность:**

2 раза в полугодие

**Тираж:**

500 экземпляров

**Учредители:**

Министерство здравоохранения Республики  
Казахстан, Республиканский центр развития  
здравоохранения.

**Адрес редакции:**

г. Астана, ул. Иманова, 13, офис 619  
email: mz\_rcrz@mail.ru

**Адрес типографии:**

"Общество инвалидов - Чернобылец"  
г. Астана, ул. К. Бәйсеитова, 114/2,  
тел. 28 99 21

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

# МАЗМҰНЫ / ОГЛАВЛЕНИЕ

## ПЛЕНАРЛЫҚ МӘЖІЛІС / ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

### ҚҰТТЫҚТАУ СӨЗДЕР / ПРИВЕТСТВЕННЫЕ ВЫСТУПЛЕНИЯ

Вступительное слово Министра здравоохранения Республики Казахстан <b>Каирбековой С.З.</b> .....	5
<i>Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау Министрі Каирбекова С.З. кіріспе сөзі</i>	
Вступительное слово Генерального директора Республиканского центра развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан <b>Кульжанова М.К.</b> .....	7
<i>Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау Министрлігі денсаулық сақтауды дамыту Республикалық орталығының бас директоры Кульжанов М.К. кіріспе сөзі</i>	

### МЕНЕДЖМЕНТ ТӨңІРЕГІДЕГІ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ МАҢЫЗДЫ МӘСЕЛЕЛЕРІ / АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ МЕНЕДЖМЕНТА

#### **Байжунусов Э.А.**

Проект Концепции планирования и закупок медицинской техники для организаций здравоохранения в Республике Казахстан .....	9
<i>Байжунусов Э.А., Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау ұйымдары үшін медициналық техникаларды жоспарлау және сатып алу тұжырымдамасының жобасы</i>	

#### **Ермекбаев К.К.**

Актуальные вопросы финансирования здравоохранения Республики Казахстан .....	13
<i>Ермекбаев К.К., Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын қаржыландырудың өзекті мәселелері</i>	

#### **Телеуов М.К.**

Совершенствование подготовки управленческих кадров здравоохранения Республики Казахстан .....	16
<i>Телеуов М.К., Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласының басқарма кадрларын даярлауды жетілдіру</i>	

#### **Байсеркин Б.С., Ибраев С.Е., Исатаева Н.М., Пономарева С.В.**

Рейтинговая оценка в здравоохранении – одна из составляющих процесса управления качеством и доступности медицинской помощи .....	20
<i>Байсеркин Б.С., Ибраев С.Е., Исатаева Н.М., Пономарева С.В., Денсаулық сақтау саласындағы рейтингтік бағалау – медициналық көмектің сипасымен қол жетімдігін басқару үрдісінің құрамдасының бірі.</i>	

#### **Шарман А.Т.**

Инновации в здравоохранении: опыт Национального медицинского холдинга .....	24
<i>Шарман А.Т., Денсаулық сақтаудағы инновациялар: Ұлттық медициналық холдингтің тәжірибесі</i>	

#### **Ақтаева Л.М., Султангазиев Т.С., Касымова А.С.**

Госпиталь будущего: управление инфраструктурой в медицинских организациях .....	30
---	----

#### **Ақтаева Л.М., Султангазиев Т.С., Қасымова А.С.,**

Болашақ госпиталі: медициналық ұйымдарында инфрақұрылымды басқару .....	34
---	----

#### **Ахметов В.И.**

Комплексный подход к обеспечению непрерывного профессионального развития кадровых ресурсов здравоохранения .....	38
<i>Ахметов В.И., Денсаулық сақтау саласының кадрлық ресурстарын үздіксіз кәсіби дамытуды қамтамасыз етуге кешенді қадамдар</i>	

## СЕКЦИЯЛЫҚ МӘЖІЛІС / СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ

### ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫН ҚАРЖЫЛАНДЫРУ ДЫ ЖЕТІЛДІРУ / СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

#### **Айкешева А.С., Стратулат И.С., Егеубаева С. А., Ермаханова Г.А.**

Актуальные проблемы системы оплаты медицинских услуг на уровне ПМСП .....	40
<i>Айкешева А.С., Стратулат И.С., Егеубаева С. А., Ермаханова Г.А., БМСК деңгейінде медициналық қызметке ақы төлеу жүйесінің өзекті мәселелері</i>	

<b>Тата Чантуридзе</b> Создание эффективной технической помощи: уроки по поддержке реформ здравоохранения-финансирования в Республике Казахстан.....	45
<i>Тата Чантуридзе, Тиімді техникалық көмектің жасауы: Қазақстан Республикасында денсаулық сақтаудың реформаларының қолдауы бойынша сабақтар</i>	

<b>Tata Chanturidze</b> Making Technical Assistance effective: Lessons Learnt Through Supporting Health-Financing Reforms in Kazakhstan .....	49
--	----

<b>Какенов С.К., Демин М.П., Кодашев С.О.</b> Опыт работы по внедрению модели бизнес-планирования.....	53
<i>Какенов С.К., Бизнес жоспарлау үлгісін енгізу бойынша жұмыс тәжірибесі</i>	

<b>Коянбаева Ж.К.</b> Система управления использования коежного фонда в рамках Единого плательщика по итогам 9 месяцев 2012 года .....	56
<i>Коянбаева Ж.К., 2012 жылдың 9 айдың қорытындылары бойынша төсектік қорды пайдаланудың тиімділігінің басқару жүйесі</i>	

## МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ САПА МЕНЕДЖМЕНТІН ЖЕТІЛДІРУ / СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

<b>Костюк А.В., Табаров А.Б., Альмадиева А.К.</b> Оценка медицинских технологий – сдерживание затрат или обеспечение качества?.....	61
<i>Костюк А.В., Табаров А.Б., Альмадиева А.К., Медициналық технологиялардың бағалау – шығыстарды шектеу әлде сапаны қамтамасыз етуді баяулату ма?</i>	

<b>Исатаева Н.М., Пономарева С.В., Фомичева О.А.</b> Возможности формирования индикаторов оценки качества оказываемых медицинских услуг в программных комплексах. Проблемы, пути решения .....	64
<i>Исатаева Н.М., Пономарева С.В., Фомичева О.А., Бағдарламалық кешендерде көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын бағалаудың индикаторларын қалыптастыру мүмкіндіктері. Мәселелер, шешу жолдары</i>	

<b>Муканова Ш.Н.</b> Использование автоматизированных информационных систем в повышении качества оказания медицинских услуг беременным .....	67
<i>Мұқанова Ш.Н., Автоматтандырылған ақпараттық жүйелерді пайдалану және жүкті әйелдерге медициналық қызмет көрсету сапасын арттыру</i>	

## МЕДИЦИНАЛЫҚ ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ БІЛІМ САЛАСЫНА ЗАМАНАУИ МЕНЕДЖМЕНТІН ЕНДІРУ/ ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО МЕНЕДЖМЕНТА В СФЕРУ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

<b>Шоранов М.Е., Койков В.В., Абдрахманов А.Б.</b> Проект Концепции развития медицинской и фармацевтической науки и инноваций в здравоохранении Республики Казахстан до 2020 года .....	71
<i>Шоранов М.Е., Койков В.В., Абдрахманов А.Б., Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласында медициналық және фармацевтикалық ғылым мен инновацияны дамытудың 2020 жылға дейінгі тұжырымдамасының жобасы</i>	

<b>Ақтаева Л. М., Камзебаева Л.Ж.</b> Госпиталь будущего: интеграция образования, науки и практики.....	83
<i>Ақтаева Л.М., Камзебаева Л.Ж., Болашақ госпиталі: Білім беру, ғылым және тәжірибенің интеграциясы</i>	

<b>Шалхарова Ж.С.</b> Best Evidence Medical Education. Исследования в медицинском образовании как инструмент для эффективного менеджмента .....	85
<i>Шалхарова Ж.С., Best Evidence Medical Education. Медициналық білім берудегі зерттеулер тиімді менеджменттің құралы ретінде</i>	

<b>Сарымсакова Б.Е.</b> Повышение эффективности управления качеством научных исследований в здравоохранении: место и роль этической экспертизы .....	92
<i>Сарымсакова Б.Е., Денсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулердің сапасын басқарудың тиімділігін арттыру: этикалық сараптаманың орын мен рөлі</i>	

<b>Степкина Е.Л.</b> Современные технологии обучения в системе последипломного медицинского образования .....	95
<i>Степкина Е.Л., Дипломнан кейінгі медициналық білім беру жүйесіндегі оқытудың заманауи технологиялары</i>	

**Кульжанов М.К.**

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

## УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Этот номер нашего журнала посвящается итогам проведенной II Международной конференции, где обсуждались актуальные проблемы управления и менеджмента в системе здравоохранения и их решения посредством применения инновационных технологий менеджмента.

Основной целью конференции было предоставление возможности для обмена практическим опытом между менеджерами медицинских организаций. Также, она являла собой эффективный инструмент обратной связи между государственными органами и представителями практического здравоохранения Республики Казахстан и стран зарубежья, и была местом для планирования проведения дальнейших совместных мероприятий.

Мы надеемся, что, благодаря вашей поддержке, мы сможем соответствовать тем высоким требованиям, которые предъявляются к качеству, полноте и скорости получения необходимой и интересной информации по рассматриваемым актуальным вопросам менеджмента здравоохранения.

Приветствую Вас и надеюсь на долгое и плодотворное сотрудничество!

**Главный редактор**



**Каирбекова С.З.**

*Министр здравоохранения Республики Казахстан*

## УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

**Р**ада приветствовать Вас на данной конференции!

Республика Казахстан динамично развивающаяся страна, и доказательство тому - достижения Казахстана за годы независимости в различных сферах экономики, в том числе и в сфере здравоохранения. Хотелось бы отметить, что эти результаты достигнуты в основном благодаря принимаемым мерам, предусмотренных в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Системы управления в организациях здравоохранения должны обладать организационной гибкостью, чертами самонастраивающейся системы, позволяющей и способной эффективно реагировать и приспосабливаться к переменам, происходящим во внешней среде, рынке и технологиях. 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, социально ориентированной, управляемой, призванной обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи.

За последние 10 лет финансирование здравоохранения в Казахстане увеличилось в несколько раз. Если в 2002 году было выделено 71.1 млрд. тенге, то в 2012 году объем финансирования составил 420.7 млрд. тенге. И очень важно, чтобы эти финансовые средства были использованы прозрачно и с достижением конечного результата. В этом

велика роль адекватного менеджмента.

По оценке ВОЗ, ни одна страна еще не заявила о достаточности финансовых средств для системы здравоохранения. Данный факт показывает, что эффективность системы здравоохранения не всегда зависит от объема финансирования. Например, в США расходы на здравоохранения составляют сегодня почти 16% от ВВП — это на 6,1% больше, чем средний показатель по другим индустриально развитым странам, однако по результатам рейтинга качества услуг подготовленных ВОЗ, Соединенные Штаты Америки значительно отстают в рейтинге от других индустриально развитых стран.

Необходимы системные подходы для повышения потенциала системы менеджмента здравоохранения в стране. Ведь успех организации зависит не столько от финансовых возможностей, сколько от умения эффективно их использовать, активизировать внутренние возможности и потенциал персонала, от способности применять инновационные подходы в организации и управлении. Хороший руководитель максимально и эффективно использует средства и ресурсы для достижения максимальной результативности при минимальных затратах, он имеет навыки мотивационного управления, которые заключаются в целенаправленном изменении предпочтений персонала, путем внедрения дифференцированной системы оплаты труда и вознаграждений. Ведь только высоко мотивированный персонал способен обеспечить соответствие оказания медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям,

современному уровню медицинской науки и техники.

Дорога к повышению эффективности здравоохранения как системы проходит в первую очередь через совершенствование менеджмента, с переосмысления роли и функций менеджера. Конструктивный менеджмент, подкрепленный соответствующими управленческими компетенциями – центр любой реформы в здравоохранении, включающей в себя всё необходимое для улучшения здоровья населения.

К примеру, на сегодняшний день, мы добились снижения материнской и младенческой смертности, и для этого нужны были не дополнительные средства, а четко выстроенные управленческие технологии. Необходимо было учесть всего два момента. Первое, пришлось применить дисциплинарные меры относительно главных врачей, потому что именно от руководителя зависит алгоритм оказания медицинской помощи беременным, роженицам и соответственно рожденному ребенку. Второе, это работа над ошибками в виде разбора каждого случая. Бывали случаи, когда дети и мамы умирали от отсутствия запаса крови, кислорода, консультанта или правильно сформированной бригады и т.д. Для предотвращения всего этого необходимо было только все правильно организовать, составить правильный алгоритм и точно все выполнять. Этот простой пример показывает, какую огромную роль играют менеджеры здравоохранения. Поэтому мы не должны забывать, что от того как мы все организуем, как мы будем друг друга видеть, слышать и поддерживать на этом пути зависит наша профессиональная честь, качество и безопасность медицинских услуг, и в конце концов, здоровье граждан нашей страны.

В связи с этим, хотелось бы отметить проект «Сегодня лучший – ты, завтра – все», целью которого является повышение эффективности управления организаций здравоохранения путем обучения и распространения передового опыта по внедрению современного менеджмента. Уникальность этого проекта – прежде всего в концептуальной основе, которая

предопределяет успешное осуществление положительных перемен в здравоохранении путем внедрения современных принципов менеджмента и маркетинга, экономических и социально-психологических методов в управлении субъектами здравоохранения. Важным является замена роли организатора, которая была типичной в условиях централизованного управления, на роль менеджера, управленца.

Этот проект существенно продвинул нас на пути реализации задуманных мероприятий, а участники проекта, являются своеобразным индикатором, по которому мы видим отклик наших реформ. И я возлагаю большие надежды, на управленцев прошедших обучение по этому проекту, которые, как мы надеемся, будут проводниками на пути реализации поставленных задач в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Дополнительно, хотелось бы упомянуть о выпуске нового отраслевого журнала «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан», миссией которого является информирование руководителей государственных и частных медицинских организаций, руководителей и специалистов органов управления здравоохранением о современных направлениях в области менеджмента, о зарубежном опыте администрирования здравоохранения и возможностях трансферта современных управленческих технологий в сферу здравоохранения.

Все это говорит о том, что идет активная и кропотливая работа над созданием достаточно большого пула аналитических материалов, управленческих выводов и современных рекомендаций для менеджеров здравоохранения. Все эти мероприятия направлены на качественную реализацию Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

В заключение, хочу добавить, что нам следует учиться не только на положительном опыте, но и на ошибках, и я уверена, что объединив усилия, мы реализуем поставленные цели.



**Кульжанов М.К.**

Генеральный директор Республиканского центра развития здравоохранения  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

## II МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ: «ПОВЫШЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ МЕНЕДЖМЕНТА: СИСТЕМНЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ МЕНЕДЖМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

### УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Республика Казахстан – интенсивно развивающаяся молодая страна. За 20 лет независимости наша республика добилась успехов во многих направлениях, включая и сферу здравоохранения. Успешная реализация программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы была одна из них. Итоги реализации этой программы, проведенный анализ состояния здоровья населения и системы здравоохранения РК определили последующие приоритетные цели для стратегического направления и успешной реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, для создания доступной и эффективной системы здравоохранения.

Для реализации этих задач постановлением Правительства РК от 14 февраля 2011 года № 113 «Вопросы Министерства здравоохранения РК» путем 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 РК.

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК - ведущий центр в республике по научно-обоснованному анализу, разработке и внедрению передовых

инновационных технологий, обеспечению системы мониторинга за функционированием отрасли здравоохранения и состоянием здоровья населения, развитию отраслевой информационной системы и усилению института менеджмента в стране.

Основной целью РЦРЗ является содействие улучшению здоровья нации путем развития устойчивой инфраструктуры по разработке и методологическому сопровождению принимаемых решений в усилении эффективности системы здравоохранения Республики Казахстан.

#### Основные стратегические направления РЦРЗ:

1. Повышение потенциала и развитие институциональной устойчивости организации здравоохранения
2. Содействие улучшению эффективности системы здравоохранения
3. Содействие повышению качества медицинской помощи
4. Содействие развитию системы образования и науки в здравоохранении
5. Содействие развитию информационного пространства здравоохранения

#### Основные направления деятельности

- Обучение и исследования в области менеджмента здравоохранения
- Медико-экономическая экспертиза и анализ предоставления медицинской помощи в рамках единой национальной системы здравоохранения
- Развитие программ по информати-

зации здравоохранения

- Поддержка мониторинга и формирование статистической отчетности по состоянию здоровья и службам здравоохранения
- Методическая работа по отработке нормативной базы по совершенствованию организации медицинской помощи
- Проведение экономического анализа и исследований в области политики здравоохранения
- Развитие аккредитации медицинских организаций
- Развитие стандартизации в здравоохранении
- Развитие стандартов клинической практики, экспертиза медицинских технологий и лекарственного обеспечения
- Планирование, мониторинг и оценка инвестиционных проектов
- Экспертиза и развитие инновационных проектов в здравоохранении
- Содействие развитию медицинского образования и науки
- Информационно-разъяснительная деятельность по реформам здравоохранения

РЦРЗ играет немаловажную роль в реализации Государственной Программы развития здравоохранения (ГПРЗ), в таких направлениях как разработка системы мониторинга, оценка ГПРЗ и инвестиционных проектов организаций здравоохранения и государственно-частного партнерства, развитие национальных счетов здравоохранения, исследования домохозяйств и социологический опрос удовлетворенности населения предоставляемой медицинской помощи для повышения эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия. Также, Центр помогает совершенствовать организацию, управление и финансирование медицинской помощи в условиях ЕНСЗ путем развития института профессионального менеджмента, совершенствования способов оплаты поставщиков медицинских услуг и КЗГ, отраслевой статистики и ЕИСЗ, организации, управления медицинской помощи и механизмов управления на уровне ПМСП, проведения исследований по моделированию ГОБМП, конкретизации перечня ГОБМП, мониторинга и оценки основных индикаторов здоровья ЕНСЗ на стационарном и амбулаторном уровне.

РЦРЗ обеспечивает трансферт инноваций и методологию проведения научных исследований, разрабатывает образовательные программы, повышает квалификацию и занимается переподготовкой кадров и профессиональным обучением для совершенствования медицинского образования, раз-

вития и внедрения инновационных технологий в медицине.

Совместно с МЗ РК РЦРЗ работает над совершенствованием формулярной системы, проводит исследования фармакологического сектора и экспертизу лекарственных средств и информирует населения и профессиональные аудитории, чтобы повысить доступность и качества лекарственных средств для населения.

Все это стало возможным благодаря организованной и согласованной деятельности 13 различных центров РЦРЗ.

В этом году Центр организовал II Международную конференцию «Повышение потенциала системы здравоохранения: Системные подходы к развитию менеджмента здравоохранения».

В мире такие конференции проводятся довольно часто и служат площадкой для обсуждения наиболее актуальных проблем управления здравоохранения. Самая большая ассоциация менеджеров здравоохранения ЕНМА (European Healthcare Management Association) и ассоциация академических программ по подготовке менеджеров здравоохранения (США), где Казахстан является полноправным членом по обмену знаниями и опыту в области менеджмента.

Основными направлениями работы конференции определены следующие: Совершенствование финансирования организаций здравоохранения и предоставления Министерством здравоохранения Республики Казахстан помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне в условиях оплаты по комплексному тарифу, особенности управления в условиях оплаты по принципу глобального бюджета онкослужбы, менеджмент в условиях внедрения оплаты медицинских услуг по клиничко-затратным группам, бизнес-планирование медицинских организаций, рейтинговая оценка деятельности медицинских организаций, реализация принципов Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан, солидарная ответственность граждан в охране здоровья, концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения, проект национальной отраслевой квалификационной рамки.

Мы надеемся, что II Международная конференция даст вам возможность ознакомиться и поделиться новейшими технологиями и научными изысканиями в сфере здравоохранения, в основном в управлении здравоохранения, современными проблемами и с путями решения этих проблем основываясь на доказанной практике и опыте зарубежных стран.

**Байжунусов Э.А.**

Вице-министр Министерства здравоохранения Республики Казахстан

# ПРОЕКТ КОНЦЕПЦИИ ПЛАНИРОВАНИЯ И ЗАКУПОК МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

**Атадуы:** Қазақстан республикасында денсаулық сақтау ұйымдары үшін медициналық техникаларды жоспарлау және сатып алу тұжырымдамасының жобасы

**Автор:** Байжунусов Е.Ә., КР Денсаулық сақтау вице-министрі

**Түйіндеме:** Бұл тұжырымдама жобасында медициналық жабдықтардың саны мен құнына қарай ағымдағы жағдайға талдау жасалған, Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау ұйымдары үшін медициналық техникаларды жоспарлау және сатып алудың негізгі бағыттары айқындалған. Тұжырымдамаға сәйкес, сатып алу циклінің міндетті кезеңдері: емдеу-профилактикалық ұйымдардың медициналық жабдықтарға мұқтаждығын талдау, болжамдау, жоспарлау және қалыптастыру болуы тиіс, бұл ақырғы нәтижесінде сатып алудың түрлі нысандарына алып келеді.

**Title:** The project of planning concept and procurement of medical equipment for healthcare organizations in the Republic of Kazakhstan.

**Author:** Bayzhunusov E. A., Vice Minister of Health of RK

**Abstract:** In this concept project, an analysis of the current situation in the quantities and value of medical equipment is presented and defined the main directions of the planning and procurement of medical equipment for healthcare organizations in the Republic of Kazakhstan. According to the concept mandatory steps in the procurement cycle should be: analysis, forecasting, planning and formation the demand for medical equipment from therapeutic- prophylactic organizations, which ultimately leads to the implementation of various forms of procurement.

Концепция разработана в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Основной идеей концепции является создание оптимальных условий для функционирования рациональной системы планирования и закупок медицинской техники для организаций здравоохранения в Республике Казахстан.

В Концепции представлен анализ текущей ситуации в количествах и стоимостном выражении медицинского оборудования, определены основные направления планирования и закупок медицинской техники для организаций здравоохранения в Республике Казахстан. В соответствии с концепцией обязательными этапами закупочного цикла должны стать: анализ, прогнозирование, планирование и формирование потребности в медицинском оборудовании лечебно-профилактическими организациями, что в конечном итоге ведёт к осуществлению различных форм закупок.

Одним из основных направлений государственной политики в здравоохранении является создание благоприятных условий оснащения медицинских учреждений современным диагностическим и лечебно-

профилактическим оборудованием. Эту сложную задачу призвано выполнить эффективное функционирование рынка медицинского оборудования. Исследования показали, что в условиях становления новых экономических отношений данный рынок является стабильно развивающимся звеном хозяйственного комплекса страны. В нем утвердились новые формы собственности и конкуренция, увеличилось число хозяйствующих субъектов, вырос объем и ассортимент выпускаемой продукции.

Изучение особенностей казахстанского рынка медицинского оборудования свидетельствует о развитии в нем процессов интеграции, специализации и концентрации производства при усиливающейся конкуренции между предприятиями, фирмами, компаниями за доминирующее положение. Характерной особенностью рынка является присутствие на нем иностранного капитала и возрастающих объемов импортной продукции.

В настоящее время процедура планирования и закупок медицинского оборудования в организациях здравоохранения требует концептуального пересмотра. Зачастую из-за отсутствия сервиса, технического сопровождения, обученных специалистов

неэффективно используется медицинское оборудование.

В целях повышения эффективности расходования бюджетных средств, а также повышению качества закупаемого медицинского оборудования, исключения сговора поставщиков медицинской техники и заказчиков необходимо реализовать комплекс краткосрочных и долгосрочных мер.

На сегодняшний день в медицинских организациях республики имеется:

- 160 695 единиц медицинской техники стоимостью до 5 млн. тенге на общую сумму 1,96 млрд. тенге, с износом 41%;
- 9 449 единиц медицинской техники стоимостью от 5 до 50 млн. тенге на общую сумму 69, 5 млрд.тенге, с износом 25%;
- 249 единиц медицинской техники стоимостью свыше 50 млн. тенге на общую сумму 30,8 млрд. тенге, с износом 23%.

На 2012 год запланирован закуп медицинской техники по основным приоритетам Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на общую сумму 9,96 млрд. тенге. Приоритетными направлениями являются: материнство и детство, онкология, туберкулез, кардиологическая служба.

Проведенный анализ выявил необходимость разработки новых подходов в управлении качеством ресурсного обеспечения (технического и технологического оснащения) медицинских организаций, внедрения международных стандартов оснащения медицинской техникой.

В соответствии с Государственной программой «Саламатты Қазақстан» до 2015 года в целях повышения эффективности деятельности организаций здравоохранения, планируется повышение их автономности и самостоятельности – путем предоставления им большей независимости в принятии управленческих решений. Для этих целей предусмотрена схема закупа медицинской техники стоимостью до 5 млн.тенге в рамках тарифа по КЗГ.

Акционерное общество «КазМедТех» впервые с 2011 года закупает и поставляет медицинскую технику на условиях финансового лизинга.

Перед АО «КазМедТех» была поставлена задача – разработать механизм эффективного использования медицинской техники, через лизинг медицинской техники. АО «КазМедТех» проводит экспертизу объектов, направляет на закуп перечень организатору закупа, заключает договора с поставщиками, а также договора лизинга с медицинскими организациями.

Возврат лизинговых платежей привязан к факту оказания медицинских услуг на лизинговом оборудовании. Экспертиза снимает риск простоя оборудования и

предотвращает неэффективное использование бюджетных средств. Данный способ закупа планируется для медицинской техники стоимостью от 5 млн. до 50 млн.тенге.

Дорогостоящая медицинская техника и техника нуждающаяся в унификации требует особого подхода. Например, оснащение глаукомного кабинета для проведения скрининга требует унификации оборудования, для точных и корректных результатов исследования в целом по Республике.

В этой связи планируется проведение централизованного закупа ТОО «СК-Фармация» для медицинской техники требующей унификации и техники стоимостью свыше 50 млн.тенге.

В рамках краткосрочных мер на 2012 год планируется провести ранжирование всех лечебно-профилактических учреждений страны, создать Реестр медицинской техники в разрезе функциональности с технической спецификацией и обеспечить его доступность через Интернет ресурсы, провести стандартизацию оснащений организаций здравоохранения, разработать стандартные требования (техническое задание) к приобретаемой медицинской технике для оснащения медицинских учреждений в зависимости от уровня, профиля и видов оказываемой медицинской помощи.

Также планируется создать единый сайт, где будет размещаться вся информация о закупках медицинской техники в организациях здравоохранения и разработать требования к потенциальным поставщикам медицинского оборудования. К тому же, для приобретения оборудования стоимостью до 5 млн. тенге государственными предприятиями на праве хозяйственного ведения с Наблюдательными советами и акционерными обществами, где 50 и более процентов акции принадлежат государству, которые оказывают медицинские услуги в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП), установить фиксированную ставку в размере 1 процента к тарифу. А функции по закупке и лизингу медицинского оборудования стоимостью от 5 до 50 млн. тенге будут переданы в АО «КазМедТех».

В рамках долгосрочных мер планируется обеспечение условия для более рационального и полного использования оборудования (подготовка высококвалифицированных отечественных специалистов), устранение посредников при осуществлении закупок медицинского оборудования, увеличение доли отечественных производителей и создание совместных предприятий с ведущими мировыми производителями. А к поставщикам медицинской техники будут установлены следующие требования:

- наличие прямого Дилерского договора с производителем;
- опыт в поставках медицинского оборудования;
- собственная логистическая структура;
- осуществление гарантийного и пост гарантийного обслуживания, а также обеспечение расходными материалами для исключения простоя дорогостоящего оборудования и его усовершенствования.

Экспертиза заявок и технических спецификаций медицинской техники, приобретаемой в рамках централизованного закупа, и закупа в лизинг будет осуществляться через АО «КазМедТех». Для этого необходимо создание филиалов с техническими сотрудниками по сервису, информационному сопровождению, введению в штатный норматив медицинских организаций специалиста - медтехника или сотрудника, содержащегося за счет АО «КазМедТех», проведение закупа оборудования в основном через лизинг. Также необходимо будет установить сроки эксплуатации оборудования, с обязательным требованием проверки качества по его истечению и замены в случае наличия недостатков. Ко всему прочему, нужно создать республиканский центр по подготовке медтехников с необходимой технической базой для обучения (возможно на базе республиканского медицинского колледжа) и службы технических экспертов по качеству медицинского оборудования.

В 2013 году планируется внедрение финансовых механизмов концепции по трем направлениям. Первое, это закуп медицинской техники в рамках тарифа по клинко-затратным группам (стоимость медицинской техники до 5 млн. тенге). Ожидается установление фиксированных ставок в размере 1 процента к тарифу для приобретения оборудования стоимостью до 5 млн. тенге государственными предприятиями на праве хозяйственного ведения с Наблюдательным советом и акционерных обществ с 50-процентным и более акции, которых принадлежит государству, оказывающим медицинские услуги в рамках ГОБМП.

Организация здравоохранения будет определять техническую спецификацию закупаемой медицинской техники, согласовывать её с Управлением здравоохранения, затем закупать способом ценовых предложений.

Второе, лизинг медицинской техники стоимостью от 5 млн. до 50 млн. тенге, не требующая унификации будет осуществляться на ниже представленных условиях:

1) представление коммерческого предложения на запрашиваемую медицинскую технику и паспорта проекта в АО «КазМедТех» от организаций здравоохранения для проведения предварительной экспертизы

проекта на соответствие условиям и требованиям лизинга;

2) ответ АО «КазМедТех» по результатам предварительной экспертизы лизингового проекта;

3) представление клинко-технического обоснования, технической спецификации в АО «КазМедТех» для проведения правовой, технической, организационной и финансовой экспертизы;

4) рассмотрение лизинговых проектов на Инвестиционном комитете АО «КазМедТех»;

5) направление утвержденных проектов на согласование в Министерство здравоохранения Республики Казахстан;

6) получение АО «КазМедТех» согласования в Министерстве здравоохранения Республики Казахстан;

7) направление согласованных с Министерством здравоохранения Республики Казахстан лизинговых проектов организатору закупа медицинской техники для организации и проведения тендера по отбору поставщиков медицинской техники с использованием двухэтапных процедур и закупа из одного источника;

8) организация и проведение организатором тендера по отбору поставщиков медицинской техники с использованием двухэтапных процедур и закупа из одного источника;

9) направление организатором закупа медицинской техники перечня поставщиков, определенных победителями, в АО «КазМедТех»;

10) заключение договора о закупе между АО «КазМедТех» и поставщиком медицинской техники;

11) заключение договора лизинга между АО «КазМедТех» и организацией здравоохранения;

12) передача поставщиком в организацию здравоохранения предмета лизинга, пуско-наладочные работы, обучение персонала, гарантийное и постгарантийное обслуживание;

13) заключение Дополнительного соглашения организации здравоохранения с территориальными департаментами Комитета оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан и с областными Управлениями здравоохранения;

14) заключение договора страхования между организацией здравоохранения и страховой организацией;

15) погашение организацией здравоохранения лизинговых платежей в АО «КазМедТех»;

16) переоформление права собственности на предмет лизинга от АО «КазМедТех» на организацию здравоохранения.

Централизованный закуп медицинской техники стоимостью свыше 50 млн. тенге, требующая унификации будет проводиться через ТОО «СК-Фармация» в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 1729 «Об утверждении Правил организации и проведения закупок лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи». Экспертизу заявок и технических спецификаций будет проводить АО «КазМедТех». Средства медицинским организациям на закуп медицинской техники будут выделяться в виде субсидий.

В результате реализации данной Концепции будут созданы правовые основы для внедрения механизмов рационального закупок медицинской техники, способствующего качественному и своевременному удовлетворению государственных нужд. Будет полностью проанализирована структура обеспечения медицинским оборудованием медицинских организаций, целесообразность их дополнительного оснащения, а также будут пересмотрены тарифы на возмещение медицинским организациям по факту пролеченных случаев. Повышение результативности закупок медицинской

техники позволит существенно повысить объемы и качество оказываемых населению медицинских услуг и снизить затраты на их оказание путем эффективного использования медицинской техники организациями здравоохранения. Разделение стадий планирования и закупок медицинской техники между различными субъектами является антикоррупционным механизмом.

Таким образом, конечный эффект от реализации Концепции будет включать:

- повышение качества удовлетворения государственных нужд за счет реализации процедур прогнозирования и планирования закупок медицинской техники в увязке с мониторингом и контролем исполнения договоров, учете и комплексной оценке результатов;
- предотвращение проявления коррупции при реализации государственного заказа – за счет осуществления необходимых закупочных процессов на всех этапах жизненного цикла контракта, их регламентации и публичного мониторинга;
- повышение эффективности бюджетных расходов – за счет сокращения малоэффективных государственных контрактов, оперативного контроля исполнения, анализа и предупреждения контрактных рисков;
- обеспечение технологической безопасности – за счет контроля качества предоставляемых товаров, работ и услуг.

**Ермекбаев К.К.***Председатель Комитета оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан*

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**Аталуы:** Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын қаржыландырудың өзекті мәселелері  
**Авторы:** Ермекбаев Қ.Қ., Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызметке ақы төлеу комитетінің төрағасы

**Түйіндеме:** Жалпыны бірдей қамту мен тұрғындардың табыс деңгейінен тәуелсіз олардың барлығына медициналық көмектің қолжетімді болуына мүмкіндік беретін нарықтық қатынастары бар бюджеттік үлгісі халықтың әлсіз топтарын қорғаудың жоғары деңгейін көрсетеді және медициналық персоналдың еңбегін уәждеу тетіктерін дамытады.

**Title:** Actual issues of healthcare financing of the Republic of Kazakhstan

**Author:** Yermekbayev K.K., Chairman of the medical services payment committee Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

**Abstract:** The budget model with market relations, which allows for overall coverage and accessibility to medical care for all residents regardless of their level of income, provides a high level of protection for vulnerable groups of population, and develops mechanisms for motivation of healthcare staff work.

**В**ыбор Казахстана бюджетной модели здравоохранения с элементами рыночных отношений при оказании медицинских услуг закреплено в Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Основные задачи по совершенствованию системы здравоохранения в части организации, управления и финансирования обозначены в 4 направлениях Госпрограммы. Это формирование эффективной системы здравоохранения, основанной на приоритетном развитии ПМСП, совершенствование системы управления и менеджмента в отрасли здравоохранения, совершенствование механизмов финансирования здравоохранения и обеспечение высокого качества и доступности медицинской помощи.

Внедрение принципов Единой национальной системы здравоохранения является эффективным инструментом реализации задач 4-го направления Госпрограммы.

Создание равных условий для поставщиков медицинских услуг и привлекательные тарифы определили участие частных поставщиков и создание конкурентной среды. В начале 2012 года в рамках Единого плательщика были заключены договора с 789 поставщиками медицинских услуг, из них 126 медицинских организаций относятся

к частному сектору. Доля поставщиков негосударственного сектора увеличилась с 12% в 2011 году до 16%, в 2012 году.

Финансирование здравоохранения – одно из важнейших слагаемых устойчивого функционирования системы здравоохранения. Методы финансирования создают набор определенных стимулов для поставщиков. Эти стимулы должны формировать поведение поставщиков, направленные на повышение качества и доступности медицинской помощи, улучшение связей между уровнями оказания медицинской помощи, улучшение потоков движения пациентов и стимулировать развитие технологий.

Финансирование – это краеугольный камень менеджмента, а финансирование и менеджмент – это неразрывные понятия (ВОЗ).

Системы финансирования здравоохранения играют три важные взаимосвязанные роли:

- мобилизуют финансовые средства для здравоохранения;
- объединяют их для распределения финансовых рисков, связанных с оплатой услуг;
- и используют имеющиеся финансовые средства на приобретение и предоставление требуемых медико-санитарных услуг.

С 2012 года внедрена система оплаты по клинико-затратным группам (далее – КЗГ) для оказания стационарной и

стационароразмещающей помощи.

Внедрение новой системы стало возможным в результате проведенных работ по совершенствованию тарифообразования на базе 10 пилотных медицинских организаций. При поддержке международных консультантов разработана новая версия группировки КЗГ, обеспечено программное сопровождение, основанное на веб-технологии, проведены каскадным методом обучающие семинары для поставщиков медицинских услуг.

Поскольку финансирование медицинских организаций по КЗГ рассматривается не только как инструмент оплаты за оказанные услуги больниц, а также как механизм улучшения менеджмента, в настоящее время начат мониторинг структуры расходов поставщиков медицинских услуг.

С этого года в стоимость тарифа оплаты стационарных и стационароразмещающих услуг включены средства для повышения квалификации медицинских специалистов, что позволяет обеспечить автономность поставщиков на выбор приоритетов обучения, организаций образования и науки, преподавателей. Это формирует конкурентную среду среди образовательных организаций и увеличивает качество преподавания.

Для данной цели на 2012 год было выделено 1,1 млрд. тенге, в рамках этих средств из каждой медицинской организации должны обучаться не менее 20% медицинских специалистов.

Также, с 2012 года предусмотрены средства для самостоятельного приобретения поставщиками основных средств через лизинг. Это позволит укрепить материально-техническую базу медицинских организаций. Государство погашает лизинговый платеж в случае эффективного использования медицинской техники. Для определения эффективности использования медицинской техники определяется соотношение количества фактических манипуляций, совершенных на новой медицинской технике, к пропускной способности медицинской техники, то есть:

Эффективность Медицинской Техники (МТ) = факт использования МТ / нормативная нагрузка МТ. В случае неэффективного использования медицинской техники организации здравоохранения погашают лизинговые платежи за счет средств, полученных от оказания платных услуг.

В настоящее время реализация проекта «Сегодня лучший – ты, завтра – все» находится на этапе дальнейшего распространения в регионах передового опыта по внедрению современного менеджмента с помощью медицинских организаций, определенных как участники данного проекта.

В связи с реализацией принципа свободного выбора стационара повысилась доступность медицинской помощи для всех слоев населения республики. По итогам отчетного периода своим правом воспользовались более 190 тысяч человек, при этом 45,2% из них составляли сельские жители. При сравнении с аналогичным периодом прошлого года, в отчетном периоде отмечается положительная тенденция в сторону увеличения доли госпитализированных лиц от числа направленных на плановую госпитализацию. Но в то же время планируется снижение расходов на оказание стационарной помощи путем снижения необоснованной госпитализации, структуризации госпитализации больных, уменьшения койко-дней пребывания в стационаре, оптимизация диагностических процедур, исключения полипрогмазии в назначении лекарственных средств и диагностических исследований и внедрения эффективных технологий, позволяющих снизить среднее пребывание и ресурсосбережение (рациональное использование и аутсорсинг).

Так же изменение методов финансирования стационарной помощи затронет вопрос возмещения инвестиционных и капитальных затрат стационаров.

Продолжается системная работа по совершенствованию амбулаторно-поликлинического сектора. Много изменений происходит и в области совершенствования механизмов финансирования на уровне первичного звена здравоохранения. Мы стараемся перенаправить поток денег из специализированных услуг в услуги общеврачебной практики. Это позволяет увеличить потенциал ПМСП, повысить результат деятельности АПО через улучшение качества и удовлетворенность населения, улучшить преемственность между ПМСП и КДП, сдерживать необоснованный рост затрат на КДП, снижать высокочрезмерные методы лечения и мотивировать на повышение профессионализма врачей общей практики.

В настоящее время рассматривается вопрос объединения пулов СКПН и скрининговых исследований, с определением стимулирующего компонента в сумме расходов на скрининг. Это обеспечивает улучшение базовых показателей системы здравоохранения (отсутствие материнской, младенческой смертности, раннее выявление туберкулеза и онкологической патологии).

Оплата через стимулирующий компонент за 4 квартал 2011 года позволила дополнительно осуществить выплаты к основному окладу в среднем врачам около 85 000 тенге, медицинским сестрам около

50 000 в квартал.

В конечном итоге предполагается, что прогрессивные методы финансирования стационарного сектора и ПМСП станут экономическим механизмом, стимулирующим структурные в амбулаторно-поликлиническом секторе для дальнейшего повышения его эффективности.

Основные цели организации онкологической службы - это ранняя диагностика заболеваний, доступность онкологической помощи и лекарственных препаратов на амбулаторном уровне, увеличение продолжительности жизни, экономическая эффективность. Для достижения этих целей, с 2012 года финансирование онкологической службы осуществляется по принципу «глобального бюджета», где два бюджета (местный и республиканский) соединился в одну бюджетную программу с целью защиты интересов пациента.

Финансирование по «глобальному бюджету» предусматривает оплату за лечение пациента, зарегистрированного в электронном канцер-регистре, осуществить финансирование его маршрута по всем эта-

пам лечения. Онкологические диспансеры заинтересованы в раннем выявлении заболеваний и качественном лечении в соответствии с международными стандартами для обеспечения увеличения показателей выживаемости онкологических больных.

Учетом особенности сельского здравоохранения, а именно низкую плотность населения, отсутствие конкурентной среды и задач системы здравоохранения на селе с 2013 года предполагается осуществлять финансирование по принципу «глобального бюджета». При этом финансирование будет осуществляться за счет объединенных средств республиканского и местного бюджетов за достижение индикаторов установленных уполномоченным органом.

Совершенствование методов возмещения затрат на медицинские услуги в первую очередь должны отвечать интересам пациента через мотивацию поставщиков медицинских услуг, медицинских коллективов, каждого участника лечебно-диагностического процесса по обеспечению доступности и качества медицинской помощи.

**Телеуов М.К.**

Директор Департамента науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения Республики Казахстан

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**Аталуы:** Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласының басқарма кадрларын даярлауды жетілдіру

**Автор:** Телеуов М.К., Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Ғылым және адами ресурстар департаментінің директоры

**Түйіндеме:** Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласының басқарма кадрларын даярлауды жетілдіру ШЖҚ және АҚ-ға өту жолымен денсаулық сақтау ұйымдарының автономиясын көтеруге, байқау кеңестерін енгізу арқылы транспарентті басқару нысанын енгізуге, сараланған еңбек ақы төлеуді, медтехниканы лизингтеу тетіктерін және қаржы менеджменті құралдарын, оның ішінде бизнес-жоспарлар әзірлеу арқылы енгізуге көмектеседі. Барлық деңгейдегі басқарма кадрларын даярлаудың, денсаулық сақтау менеджерлері үшін біліктілікті арттырудың қысқа мерзімдік каскадтық курстарын өткізудің табысты тәжірибесінің, заман талаптарына сай ұзақ мерзімді оқу бағдарламаларын енгізудің мұндай құрылымдалған жүйесінің денсаулық сақтау жүйесіне оң әсері бар.

**Title:** Improving Management Training of Health of Kazakhstan

**Author:** Teleuov M.K., Director of science and human resources department Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

**Abstract:** Improving training of healthcare management staff of the Republic of Kazakhstan will encourage rising the organization autonomy of healthcare by transition to REM and JSC, implement a transparent form of management, by implementation of supervisory boards, implement mechanisms for differentiated pay, medical equipment leasing and financial management instruments, including development of business plans. This whole structured system of healthcare all level management staff training, the successful experience in carrying out the short-term advance training courses for healthcare managers and introduction of long-term training programs in accordance with modern requirements has a positive effect on the healthcare system.

В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы одним из приоритетных направлений является внедрение института профессиональных менеджеров и транспарентных форм управления организациями здравоохранения РК. Эти вопросы неразрывно связаны с развитием кадровых ресурсов системы здравоохранения, в том числе и управленческого персонала. В связи с чем, одним из фундаментальных достижений является создание концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 гг., которая определила стратегические направления развития человеческих ресурсов всей отрасли.

В настоящее время в нашей стране подготовку управленческих кадров в рамках специальности «Менеджмент здравоохранения» осуществляют все Медицинские ВУЗы: Медицинский университет Астана, Государственный медицинский университет г. Семей, Казахский Национальный Медицинский Университет

им. С.Д. Асфендиярова, Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Западно-Казахстанский Государственный Медицинский Университет им. М. Оспанова, Южно-Казахстанская Государственная Фармацевтическая Академия, а также Алматинский Государственный Институт Усовершенствования Врачей и Высшая школа общественного здравоохранения. Кроме того, образовательной деятельностью занимается Республиканский Центр развития здравоохранения.

Формат подготовки зависит от требований к объему, срокам и целей обучения, и представлен различными формами обучения т.к. повышение квалификации, переподготовкой, магистратурой и докторантурой. Система подготовки управленцев для здравоохранения состоит из додипломного уровня – бакалавриата и последипломного уровня, который состоит из 3-х форм обучения: краткосрочное обучение – курсы повышения квалификации, среднесрочное обучение – переподготовка по специальности «менеджмент здраво-

охранения» и долгосрочное обучение – магистратура и PhD докторантура.

Додипломный уровень осуществляется в соответствии с государственным обще-обязательным стандартом образования по специальности 5В110200 - Общественное здравоохранение, в последипломный уровень входит магистратура по специальности 6М110200 - Общественное здравоохранение, включающая профильную (срок обучения – 1- 1,5 года) и научно-педагогическую магистратуру (срок обучения – 2 года), а также докторантура PhD в соответствии со стандартом по специальности 6D110200 - Общественное здравоохранение.

Учебные программы для краткосрочных и среднесрочных курсов состоит из обязательного компонента и компонента по выбору. Перечень дисциплин обязательного компонента и соответствующие минимальные объемы часов/недель определяются Типовыми учебными планами в соответствии с государственными стандартами дополнительного образования. Перечень дисциплин по выбору и соответствующие минимальные объемы часов/недель устанавливаются организациями образования и науки самостоятельно. Дисциплины компонента по выбору предполагают углубленное изучение отдельных разделов менеджмента здравоохранения и смежных дисциплин, при этом учитываются современные тенденции реформ, ожидания работодателей и потребности рынка труда.

Таким образом, 1, 2 и 4-х недельные курсы повышения квалификации в рамках специальности «Менеджмент здравоохранения», проводятся практически во всех в Медицинских ВУЗах страны. Соотношение обязательного компонента и компонента по выбору на циклах повышения квалификации продолжительностью от 1 до 3 недель на 100% состоят из компонента по выбору. Тогда как для циклов повышения квалификации продолжительностью 4 недели типовой учебный план состоит из двух базовых дисциплин обязательного компонента: Вопросы формирования здорового образа жизни, гражданская оборона и организация медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях; обязательный компонент профилирующих дисциплин содержит актуальные проблемы менеджмента здравоохранения и компонент по выбору.

Курсы переподготовки для управленческих кадров в рамках специальности «Менеджмент здравоохранения» реализуются ВШОЗ, РЦРЗ, ГМУС, МУА и АГИУВ. В остальных организациях переподготовка не осуществляется. Типовой учебный план переподготовки состоит из Базовых дисциплин обязательного компонента, в который входят

дисциплины: Общественное здоровье и здравоохранение, гражданская оборона и организация медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях. Профилирующие дисциплины обязательного компонента состоят из 5 дисциплин: организация и управление здравоохранением, экономика здравоохранения, финансовый менеджмент в здравоохранении, менеджмент и маркетинг в здравоохранении, методы принятия решений в здравоохранении и компонент по выбору.

Рабочий учебный план магистратуры разрабатывается в соответствии с Типовым учебным планом и состоит из Базовых дисциплин обязательного компонента: макро-и микро экономика, организационное поведение, управление маркетингом, финансовый и бухгалтерский учет для менеджеров, количественные методы в бизнесе. Базовые дисциплины компонента по выбору: интеллектуальные карты, командообразование, управление персоналом в системе здравоохранения, методология исследования. Профилирующие дисциплины обязательного компонента содержат: стратегический менеджмент, операционный менеджмент в системе здравоохранения, финансовое планирования и бюджетирование в здравоохранении и компонента по выбору.

В настоящее время подготовка управленческих кадров по программе магистратуры осуществляется в Медицинском университете Астана с 2009 года и в Высшей школе общественного здравоохранения начиная с сентября 2012 года. По окончании 1,5-годичного курса обучения слушателям присваивается степень Магистра делового администрирования в области больничного управления. Особенностью программы подготовки магистрантов МВА на базе МУА является модульное обучение с прохождением одной трети циклов на базе ведущих мировых академических центров, таких как Университет Дьюк в США и Парквей колледж в Сингапуре.

Особенностью новой программы МВА на базе ВШОЗ является обучение без отрыва от производства с применением дистанционных технологий обучения, что позволяет управленцам организаций здравоохранения совмещать обучение с трудовой деятельностью.

За первое полугодие 2012 году на базе Республиканских организаций образования прошли повышение квалификации более 2400 человек и переподготовку 66 человек из числа управленцев здравоохранения различного уровня.

Одним из успешных образовательных проектов, проведенных по инициативе Министерства здравоохранения РК и реализованный Центром менеджмента здраво-

охранения РЦРЗ в 2012 году является проект «Сегодня лучший – ты, завтра – все». Целью проекта было обеспечение Повышения эффективности управления организациями здравоохранения путем обучения и распространения передового опыта по внедрению современного менеджмента.

В основе проекта лежали краткосрочные каскадные обучающие курсы, разработанные на основе рекомендаций международной консалтинговой компанией EPOS Health Management. Данные курсы были составлены по 6-ти ключевым компетенциям: 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.

На сегодняшний день каскадный метод обучения является одним из самых эффективных методов обучения и информирования, потому что позволяет охватить за короткий промежуток времени большое количество медицинских организаций Республики Казахстан и донести в рамках обучения самые последние и новейшие изменения происходящие в стране. Особенности реализации данного проекта были:

1) Организации подлежащие обучению были разделены на 2 потока: медицинские организации, оказывающие стационарную медицинскую помощь и амбулаторно-поликлинические медицинские организации.

2) Медицинские организации были распределены по принципам: профильности (многопрофильные, детские, МО родовспоможения), Территориальности (обучаемая МО должна быть максимально приближена к выбранной «точке роста»).

3) Состав команды тренеров состоял

из тренер – практиков (руководитель медицинской организации – «точки роста»), и тренер из профессорско-преподавательского состава медицинских ВУЗов Республики Казахстан.

4) В рамках, каскада обучение прошли руководители и экономисты стационаров и ПМСП страны, а также преподаватели кафедр Общественного здравоохранения и менеджмента здравоохранения медицинских ВУЗов РК.

5) Дополнительные инструктажи для тренеров проводились на базе передовых медицинских организаций Республики Казахстан.

6) В ходе обучения присутствовали представители областных Управлений здравоохранения и ТД КОМУ.

7) Формой завершения каскадного курса обучения являлся проект по защите «Бизнес-плана» медицинской организации.

В ходе реализации проекта «Сегодня лучший – ты, завтра - все» осуществлялась оценка эффективности проведенного обучения менеджеров здравоохранения.

Во время обучения, непосредственно на точках роста регистрировалась посещаемость обучения и оценка качества заполнения всех разделов бизнес плана обучаемыми слушателями во время семинара. Во время презентации каждым слушателем бизнес-плана тренерами оценивалась полнота отображения информации в соответствии с каждым разделом бизнес-плана, что являлось показателем усвояемости учебного материала.

По предоставленным результатам эффективности обучения (рисунок 1), мы видим, что в процессе обучения наиболее полно был усвоен материал слушателями, обучавшимися на точках роста в Атырауской, Павлодарской, Жамбылской областях. Еще на этапе образовательного процесса, наименее эффективными были точки роста в Кызылординской области.

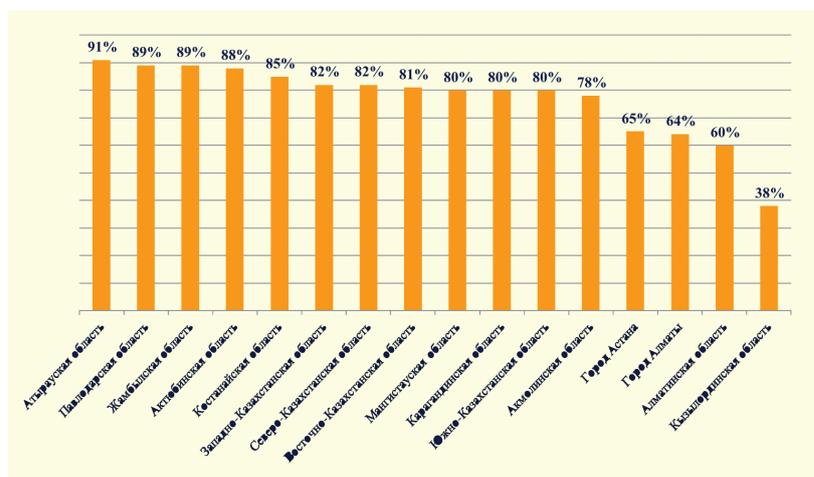


Рисунок 1 - Эффективность обучения топ-менеджеров здравоохранения по проекту «Сегодня лучший ты, завтра – все»

Защита «бизнес-планов» осуществлялась в Министерстве здравоохранения РК (для республиканских организаций) и в областных управлениях здравоохранения (регионально). Специалисты МЗ РК приняли участие в защите «Бизнес-планов» медицинскими организациями регионов, по итогам которого было сделано заключение о состоянии уровня менеджмента. Анализ показал, что в целом по республике менеджмент находится в стадии формирования: в 76% организациях требуется его дальнейшее развитие, в 20,2% отсутствует и только в 2,7% имеется достаточно эффективный менеджмент.

Проект защиты бизнес-планов явился основой оценки уровня практического менеджмента, дал пищу для размышлений о качестве реализации на местах внедряемых новых технологий менеджмента, позволил руководителям организаций здравоохранения оценить множество факторов внешней и внутренней среды их организаций и на конец в период непосредственной защиты, позволил совместно с сотрудниками МЗ РК и территориальных ДКОМУ, ДККМФД решить ряд спорных и пограничных вопросов.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. На сегодняшний день, в стране функционирует структурированная система подготовки управленческих кадров всех уровней на базе сети Республиканских организаций образования;

2. Имеется успешный опыт проведения

краткосрочных каскадных курсов повышения квалификации для менеджеров здравоохранения, что в соответствии с наилучшим международным опытом является наиболее эффективным методом обучения в переходный период реформирования системы здравоохранения;

3. Внедряются долгосрочные программы обучения в соответствии с современными требованиями (МВА, без отрыва от производства);

4. Обучение современным управленческим компетенциям имеет положительный эффект на систему здравоохранения:

- показатели смертности, продолжительности жизни;
- повышение автономии организаций здравоохранения, путем перехода на ПХВ (план на 2012 г. 479, факт за 6 мес. 332) и в АО (6);
- внедрение транспарентных форм управления, путем внедрения наблюдательных советов (9 РПП, 58 КПП за 6 мес.);
- внедрение механизмов дифференцированной оплаты труда и лизинга мед-техники;
- внедрение инструментов финансового менеджмента, в т.ч. через разработку бизнес-планов.

В заключение, необходимо отметить, что совершенствование подготовки управленческих кадров здравоохранения Республики Казахстан для работы на всех уровнях играет ключевую роль в реализации проводимых реформ в секторе здравоохранения.

**Байсеркин Б.С.**

*Председатель Комитета по контролю в сфере оказания медицинских услуг МЗ Республики Казахстан*

**Ибраев С.Е.**

*Первый заместитель Генерального директора Республиканский центр развития здравоохранения МЗ Республики Казахстан*

**Исатаева Н.М.**

*Руководитель Центра совершенствования организации медицинской помощи и статистики Республиканский центр развития здравоохранения МЗ Республики Казахстан*

**Пономарева С.В.**

*Начальник отдела Центра совершенствования организации медицинской помощи и статистики Республиканский центр развития здравоохранения МЗ Республики Казахстан*

## РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ – ОДНА ИЗ СОСТАВЛЯЮЩИХ ПРОЦЕССА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Аталуы:** Денсаулық сақтау саласындағы рейтингтік бағалау – медициналық көмектің сапасымен қол жетімдігін басқару үрдісінің құрамдасының бірі.

**Авторлары:** **Байсеркин Б.С.**, ҚР ДСМ Медициналық қызмет көрсету саласындағы бақылау комитетінің төрағасы; **Ибраев С.Е.**, ҚР ДСМ Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының Бас директорының бірінші орынбасары; **Исатаева Н.М.**, ҚР ДСМ Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының Медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру және статистика орталығының жетекшісі; **Пономарева С.В.**, ДСМ Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының Медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру және статистика орталығының бөлім бастығы.

**Түйіндемe:** Мақала бағдарламалық кешендерде көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын бағалау индикаторларын қалыптастыру мүмкіндіктерін сипаттайды. Қолда бар бағдарламалық кешендерден медициналық қызметтердің сапасын бағалау индикаторларын қалыптастыру мүмкіндігі ақпаратты бағдарламалық кешенше уақытылы және сапалы енгізген кезде тезарада сенімді мәліметтер алады қамтамасыз етуге мүмкіндік береді, құрылып жатқан біртұтас ақпараттық кеңістіктің арқасында шалғайдан ақпарат алуға, сондай-ақ мәліметтерді автоматты түрде өңдеуге мүмкіндік береді.

**Title:** Rating score in healthcare – one of the component of the quality management process and availability of medical care

**Authors:** **Bayserkin B.S.**, Chairman of the monitoring committee in the provision of medical services Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan.; **Ibrayev S.E.**, First deputy General director of the Republican center for health development Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan.; **Isatayeva N.M.**, Head of the centre for improvement the organization of medical care and statistics Republican center for health development Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan., **Ponomareva S.V.**, Head of the department of the Centre for improvement the organization of medical care and statistics Republican center for health development Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan..

**Abstract:** The purpose of the ratings of the healthcare organizations is to improve the quality, efficiency and patient safety. However, its success and effectiveness will depend on the reliability of the data and the absence of conflict of interest in the organization which has been collecting, analyzing data and publishing the results of the assessment.

Rating evaluation method for evaluation of the activities of healthcare organizations was designed by Republican center for health development, a comprehensive assessment which includes an analysis of the clinical activity of the medical organization, human resources potential, quality of medical care, patient satisfaction to medical care.

**П**роблема качества медицинской помощи и безопасности пациентов в настоящее время является одной из наиболее важных в здравоохранении. От качества оказываемых медицинских услуг

зависит качество жизни, как отдельных людей, так и общества в целом. В этой связи приоритетным направлением развития системы здравоохранения в современных условиях является внедрение и постоянное

развитие системы управления качеством медицинской помощи. На сегодняшний день практически все страны мира сталкиваются с проблемами обеспечения при имеющихся ресурсах равного доступа, безопасности, эффективного внедрения инструментов доказательной медицины и стандартизации процесса оказания медицинской помощи с целью минимизации в процессе лечения человеческого фактора, и, как следствие, медицинских ошибок.

В мировой практике широко используется целый арсенал методов и средств обеспечения и улучшения качества.

Несмотря на закрепленное в конституциях многих стран право на доступную и качественную медицинскую помощь, механизмы реализации этого права в разных государствах различаются, что во многом зависит от типа действующей системы здравоохранения. Однако различают ряд общих подходов. Так, в большинстве стран основными механизмами, обеспечивающими надлежащее качество медицинской помощи и ее доступность, являются: 1) нормативная правовая база отрасли, регламентирующая оказание, управление и контроль медицинской помощи, 2) стандартизация отрасли, осуществляемая посредством нормативно-технических документов, и 3) система экспертизы и контроля. Важной основой создания системы обеспечения, оценки и контроля качества медицинской помощи во всех странах является стандартизация организации лечебно-диагностического процесса.

Развитие рыночной экономики в Казахстане определило новые приоритеты развития не только производства, но и здравоохранения. В настоящее время процесс создания систем менеджмента качества в медицине значительно отстает от быстро развивающегося рынка медицинских услуг и постоянно возрастающих запросов потребителей, касающихся гарантий качества на медицинскую услугу, о чем свидетельствует незначительное число медицинских организаций, получивших международный сертификат качества.

Качество продукции (включая новизну, технический уровень, отсутствие дефектов при исполнении, надежность в эксплуатации) является одним из важнейших средств конкурентной борьбы, завоевания и удержания позиций на рынке. Поэтому фирмы уделяют особое внимание, обеспечению высокого качества продукции, устанавливая контроль на всех стадиях производственного процесса, начиная с контроля качества используемых сырья и материалов и заканчивая определением

соответствия выпущенного продукта техническим характеристикам и параметрам не только в ходе его испытаний, но и в эксплуатации. В связи с чем, управление качеством продукции стало основной частью производственного процесса и направлено не столько на выявление дефектов или брака в готовой продукции, сколько на проверку качества изделия в процессе его изготовления. Аналогичный подход к повышению качества услуг, в том числе медицинских.

В последние десятилетия в странах с развитой экономикой все большее внимание уделяется важности вовлечения потребителей в процесс лечения, информирования граждан об их правах в сфере охраны здоровья и повышения у граждан чувства ответственности за собственное здоровье. Дорогие по стоимости и потерянной прибыли судебные разбирательства многих больниц привели к тому, что груз принятия решения о лечении полностью лег на плечи пациентов: ответственность врача все чаще является информирование пациента о его состоянии и возможных вариантах лечения, а окончательно решение о лечении (проведение операции, отказ от операции и пр.) принимается пациентом, что подтверждается в письменной форме ("written consent", письменное согласие). Развитие консьюмеризма диктует представление потребителям медицинских услуг максимально возможной информации на максимально доступном языке, как относительно правильного питания и здорового образа жизни, так и о результатах деятельности медицинских организаций. В настоящее время широко используются и очень популярными являются различные интернет-энциклопедии и блоги, разрабатываемые специально для потребителей медицинских услуг, выпускаются специальные телевизионные программы, газеты и журналы. Все это выполняется с целью предоставления потребителям необходимых ресурсов для ведения здорового образа жизни, а в случае болезни – для принятия информированного решения о выборе поставщика медицинской помощи или врача конкретного профиля. С этой же целью в некоторых странах проводится сравнительная оценка деятельности больниц, результаты которой публикуются для широкого круга общественности.

В зависимости от конечных целей таких рейтингов зависит формат оценки: 1) предоставление информации потребителям о результатах деятельности медицинских организаций (информация открыта для широкого круга общественности) с тем, чтобы потребители могли принять оптимальное решение относительно лечения и выбора поставщика для проведения определенных

медицинских процедур; 2) контроль со стороны государственных органов управления здравоохранением с целью принятия управленческих решений, как клинического, так и финансового характера.

Таким образом, рейтинговая оценка деятельности медицинских организаций может рассматриваться в качестве одной из составляющих процесса управления качеством медицинской помощи. С одной стороны такая оценка позволяет проводить мониторинг деятельности поставщиков, а с другой стороны, через информирование потребителей о деятельности поставщиков, она мотивирует поставщиков непрерывно улучшать показатели деятельности.

Методика рейтинговой оценки деятельности медицинских организаций, разработанная Республиканским центром развития здравоохранения, представляет собой комплексную оценку, которая включает результаты анализа клинической деятельности медицинской организации, кадрового потенциала, качества оказываемых медицинских услуг, степени удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью.

В основе данной методики лежат:

- объективность и точность выбора системы индикаторов;
- простота методики их исчисления;
- возможность получения данных из существующих информационных комплексов;
- количественная оценка определения собственно рейтинга, позволяющего ранжировать медицинские организации.

В качестве индикаторов для расчета рейтинга отобраны наиболее значимые показатели с точки зрения оценки различных аспектов деятельности медицинской организации: качество оказываемых медицинских услуг, эффективность использования ресурсов (например, медицинского оборудования, кадрового потенциала), наличие национальной и/или международной аккредитации, степень удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью и пр. При этом отобранные для оценки показатели не являются функционально зависимыми и не дублируют друг друга. Кроме того, индикаторы также учитывают виды медицинской помощи, предоставляемой медицинскими организациями.

Нормативные значения по каждому из показателей установлены с учетом анализа нормативов, результатов исследований, среднесложившихся республиканских показателей, целевых индикаторов Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан»

на 2011-2015 годы, программ развития территорий, собственных наблюдений и отраслевой специфики.

Алгоритм итоговой рейтинговой оценки построен на экспертно-балльном методе. Рейтинг определяется суммированием баллов.

### Правила ранжирования

1. Меньшему значению начисляется меньший ранг.

2. Наибольшему значению начисляется ранг 1.

3. Следующие ранги назначаются по мере убывания значений.

Ранжирование медицинских организаций на основе рейтинговой оценки должна стать одним из действенных инструментов повышения качества медицинской помощи.

Рейтинг медицинских организаций определяется в целях:

- предоставления общественности информации для принятия решений (населению, управленцам, политикам, фондам, работодателям, международным организациям);
- способствования развитию конкуренции медицинских организаций;
- стимулированию по созданию и развитию центров обеспечения качества медицинских организаций.

Информация о результатах ранжирования медицинских организаций предназначена для:

- 1) населения страны, т.е. потребителей медицинских услуг;
- 2) государственных органов управления здравоохранением;
- 3) провайдеров медицинской помощи;
- 4) страховых компаний;
- 5) других заинтересованных лиц.

В первом случае, открытый доступ к такой информации даст возможность потребителям медицинских услуг принимать осознанные решения относительно предпочтительной больницы для получения медицинской помощи в условиях свободного выбора стационара. В таких условиях поставщики медицинских услуг получают огромный стимул улучшать показатели деятельности, чем у конкурентов. Выбор пациентом конкурирующей больницы означает потерю денег – механизм «деньги следуют за пациентом». Таким образом, стремление больниц быть лучше – в разрезе разработанных индикаторов рейтинга – напрямую влияет на улучшение качества оказываемых поставщиками услуг.

Во втором случае, рейтинговая оценка позволяет определить репутацию организаций с целью оперативного принятия управленческих решений, таких,

как, корректировка объема оказываемой медицинской помощи, выделение приоритетных программ по охране здоровья согласно структуре заболеваемости и смертности, корректировка бюджетного финансирования, развитие системы поощрительных выплат и др.

Осуществление такого мониторинга деятельности медицинских организаций с целью принятия управленческих решений в системе здравоохранения также имеет своей конечной целью улучшение уровня

качества и эффективности оказываемой медицинской помощи. Таким образом, конечной целью рейтинговой оценки деятельности медицинских организаций является улучшение качества, эффективности деятельности и уровня безопасности пациентов. Однако ее успешность и эффективность будет зависеть от достоверности представляемых данных и отсутствия конфликта интересов у организации, осуществляющей сбор, анализ данных и публикацию результатов оценки.

#### Источники:

1. Послание Президента страны Назарбаева Н.А. народу Казахстана 2012 года «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана».
2. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы».
3. Орынбаев Е., заместитель Премьер-Министра «Человеческий капитал как основной экономический фактор развития Республики Казахстан», 6 сентября 2011 г.
4. Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК. Методические рекомендации по определению стимулирующего компонента подушевого норматива (СКПН) для организаций первичной медико-санитарной помощи, Астана, 2011 г.
5. Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
6. Drugs and Money Prices, affordability and cost containment Edited by M.N.G. Dukes University of Oslo, Norway F.M. Naaijer-Ruskamp University of Groningen, The Netherlands, C.P. de Joncheere WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, A.H. Rietveld Cambridge Pharma Consultancy, Cambridge, United Kingdom Published on behalf of the World Health Organization Regional Office for Europe by IOS Press 2003, World Health Organization.
7. Реформа больниц в новой Европе / Фигерас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Солтман Р.Б. / Пер. с англ. – М: Издательство «Весь Мир», 2002. – 320 с.
8. Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos «Финансирование Здравоохранения в европейском союзе. Проблемы и стратегические решения», Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения, Серия исследований Обсерватории, выпуск 17.
9. Энджел Дж., Блэкуэлл Р. и Миниард П. Поведение потребителей. СПб.: Питер, 1999. С.148.

**Шарман А.Т.**

*Председатель наблюдательного совета Центра науки о жизни при АОО «Назарбаев университет»  
Член совета директоров АО «Национальный медицинский холдинг»*

## ИННОВАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ОПЫТ НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ХОЛДИНГА

**Аталуы:** Денсаулық сақтаудағы инновациялар: Ұлттық медициналық холдингтің тәжірибесі

**Авторы:** Шарман А.Т., «Назарбаев университет» ААК жанындағы Өмір жайлы ғылымдар орталығының байқау кеңесінің төрағасы, «Ұлттық медициналық холдинг» АҚ Директорлар кеңесінің мүшесі

**Түйіндеме:** Мақалада Ұлттық медициналық холдингтің тәжірибесі мен материалдық және материалдық емес инвестициялар контекстіндегі технологиялық инновациялар, бірлесіп басқару жүйесі сипатталады. Сондай-ақ сапа стандарты мен Медициналық мекемелердің аккредитациясы жөніндегі халықаралық комиссиясының Joint Commission International (JCI) халықаралық аккредитациясы айтылады.

**Title:** Innovations in healthcare: the experience of the National medical holding

**Author:** Sharman A.T., Chairman of the supervisory board of the Center for life science "Nazarbayev University", Member of the board of directors of JSC "National medical holding"

**Abstract:** The article describes the experience of the National medical holding and technological innovation in the context of tangible and intangible investments, the system of corporate management. Well as quality standards and international accreditation Joint Commission International (JCI) - The international commission for the accreditation of healthcare institutions.

### АО «Национальный медицинский холдинг» и технологические инновации.

Акционерное общество «Национальный медицинский холдинг» было создано в мае 2008 года по поручению Главы Государства: «сформировать на базе существующих и строящихся объектов в Астане медицинский холдинг для последующего создания на его базе «Госпиталя будущего» под управлением международной управляющей компании». Единственным акционером Холдинга в момент его создания являлось государство в лице Министерства здравоохранения, которое владело 100 процентами его акций. С того времени Нацмедхолдинг претерпел значительное расширение своих активов (завершение строительства и оснащения всех клиник), а также серьезную реструктуризацию, связанную со сменой единственного акционера: Министерство здравоохранения (2008 – 2010) и АОО «Назарбаев университет» (2010 по настоящее время), а также со стратегией на создание интегрированной академической системы здравоохранения университета.

Сегодня, спустя 4 с половиной года с момента создания, Национальный медицинский холдинг представляет собой уникальный комплекс, состоящий из шести

ультрасовременных больниц в общей сложности на 1500 коек, оказывающих высокоспециализированные услуги в области кардиохирургии, нейрохирургии, неотложной помощи, ядерной медицины, родовспоможения, гинекологии, педиатрии, детской реабилитации и других важных направлений.

Из-за того, что еще несколько лет назад многие высокотехнологичные медицинские услуги не были доступны в Казахстане, пациенты были вынуждены выезжать за рубеж. В связи с этим, одной из приоритетных задач, поставленных перед Национальным медицинским холдингом, являлось обеспечение казахстанцев ранее недоступными в стране высокотехнологичными услугами путем внедрения технологических инноваций. Холдинг в значительной степени справился с поставленными задачами.

Например, 6 августа 2012 года в Национальном научном кардиохирургическом центре Нацмедхолдинга впервые в Центральной Азии успешно осуществили пересадку сердца. Данное событие является квинтэссенцией совместных усилий кардиохирургов, генетиков, трансфузиологов, иммунологов, реабилитологов. Оно отражает высокое технологическое развитие медицины,

закономерный результат многолетних усилий по созданию и развитию Холдинга в качестве локомотива медицинских инноваций в стране.

Пересадке сердца предшествовало внедрение другой инновационной технологии – искусственного желудочка сердца. За 1 год – с 7 ноября 2011 года в Национальном научном кардиохирургическом центре Нацмедхолдинга было имплантировано более 50 таких устройств. Причем было имплантировано две модификации кардиоимплантантов: LVAD – компании Thoratec и HVAD – компании HeartMate. Казахстан, благодаря такой инновации, вошел в число 22 ведущих стран мира, в которых стали доступными такие высокие технологии. Важной особенностью является то, что, если ранее кардиоимплантанты применялись в качестве временных устройств для пациентов, ожидающих трансплантации сердца (“bridge to transplantation”), то кардиоимплантанты нового поколения обеспечивают долгосрочную компенсацию сердечной недостаточности – то, что называют “destination therapy”. Иными словами, многим пациентам, получившим такие кардиоимплантанты трансплантации сердца, скорее всего вообще не потребуются.

В Национальном кардиохирургическом центре внедряют такие высокотехнологичные методы, как чрезкожная катетерная имплантация аортального клапана, а также устройства почечной денервации Symplicity, обеспечивающие контроль артериального давления. На очереди – такие технологии, как искусственное легкое (ЕСМО, A-Lung) и многие другие.

Самые современные технологии также внедряются в других клиниках Национального медицинского холдинга. В Центре нейрохирургии широко применяют навигационную хирургию, благодаря которой стало возможным, например, малоинвазивное интраназальное удаление опухоли гипофиза. Также в Центре внедряют технологию хирургического лечения эпилепсии, малоинвазивные методы лечения протрузии дисков позвоночника и многие другие современные методы.

В Национальном медицинском холдинге проводят трансплантацию почек у взрослых и детей, пересадку костного мозга, применяют методы ядерной медицины и ряд других инновационных подходов. Всех их объединяет то, что они относятся к категории технологических инноваций и, как правило, требуют значительных материальных инвестиций и серьезной подготовки медперсонала.

Тот факт, что высокотехнологические инновации стали возможными в Национальном медицинском холдинге является отражением новой фазы развития Холдинга, сопряженной с качественными изменениями.

Они явились результатом значительных интеллектуальных инвестиций в создание современной системы управления, развитие компетенций и внедрения международных стандартов качества, которые также являются инновационными.

С первого дня создания Нацмедхолдинга в качестве стратегических приоритетов были определены следующие задачи: создание системы корпоративного управления, международная аккредитация, консолидация ряда смежных служб, развитие госпитальной информационной системы, интеграция клинического, образовательного и научного процесса путем создания академической системы здравоохранения. Все эти приоритеты сопряжены с инновациями, призванными улучшить качество оказания медицинской помощи и совершенствовать бизнес-процессы.

### **Инновации в контексте материальных и нематериальных инвестиций**

Инновации означают новые пути и возможности совершенствования человеческой деятельности. Они направлены не только на создание нового товара или вида услуг, но и на трансформацию их технических характеристик, а также улучшение производительности труда и совершенствование бизнес-процессов. Инновации сопряжены с изменениями организационных форм и бизнес-стратегий, и, благодаря этому, обеспечивают динамику развития и рост производительности труда. Для того чтобы создавать что-либо новое, необходимо, прежде всего, научиться этому новому. Если образовательного процесса не происходит, то нет условий для создания нового. Поэтому, говоря об инновациях, важно концентрироваться на источниках, природе и характеристиках новых знаний и процессах приобретения этих знаний и навыков.

Традиционно инновации рассматривались в контексте линейной модели, предусматривающей последовательные этапы (иногда циклы), в которых новые знания, возникающие в результате научного открытия, ведут к изобретениям, а затем к конкретным инженерным решениям или методам диагностики и лечения, результатом которых являются инновации.

Современные модели инноваций – гораздо сложнее; они предусматривают более интегрированные и многогранные процессы, реализуемые с привлечением разнообразных ресурсов, относящихся к различным экономическим системам. (Van der Ven, A. (1999) *The Innovation Journey*, Oxford). Инвестиции в инновации должны предусматривать привлечение как материальных (опытно-конструкторские разработки, патенты), так и нематериальных активов, таких как интеллектуальная собственность, программное обеспечение,

развитие управленческих навыков и экономических компетенций (корпоративное управление, аккредитации, тренинги), а также дизайнерские решения, маркетинг и брендинг. Причем современной тенденцией является склонность к более широкому привлечению нематериальных инвестиций, которые называют интеллектуальным капиталом (Battisti, G. and Stoneman, P., 2007, *The Prices of Material and Intermediate Inputs in UK Manufacturing: Identifying the Contributions of World Prices and Domestic Factor Costs*, Applied Economics, vol. 39(7): pp. 859-882).

Например, Великобритания в 2008 году инвестировала 137 миллиардов фунтов стерлингов (£) в нематериальные инновационные активы, такие как совершенствование бизнес процессов (£31 миллиард), тренинги (£27 миллиардов), дизайнерские решения (£23 миллиарда), разработка программного обеспечения (£22 миллиарда). При этом инвестиции в опытно-конструкторские разработки составляли £16 миллиардов; из них патенты составляли лишь £4 миллиарда (NESTA Innovation Index (2010))

Такой подход предусматривает восприятие инноваций в контексте интегрированных компонентов развития. Например, инвестиции в технологии в качестве физического капитала необязательно способствует повышению производительности, если такие инвестиции не сопровождаются комплементарными усилиями по обучению специалистов, соответствующей организационной реструктуризацией, формированием новых стандартов и стандартных операционных процедур, а также адаптацией сотрудников к новым технологическим условиям.

Именно такое понимание лежало в основе создания и развития Национального медицинского холдинга – передового проекта здравоохранения Казахстана. Инновации в Холдинге рассматриваются как в контексте инвестиций в развитие материальных активов, таких как современные технологии диагностики и лечения, так и инвестиций в нематериальные активы, такие как создание системы корпоративного управления, международные стандарты аккредитации, развитие академической системы здравоохранения. Для того чтобы лучше понять динамику инновационного развития Холдинга важно рассмотреть указанные направления его деятельности.

#### **Система корпоративного управления**

Одной из первых задач, которые были поставлены в период формирования Национального медицинского холдинга, было создание системы корпоративного управления. Это было совершенно инновационной

задачей для здравоохранения не только Казахстана, но и для всех постсоветских стран, в системе больничного управления которых продолжали доминировать вертикальные административные принципы, реализуемые главными врачами и их подотчетными командами.

Принципиальной философией корпоративного управления является управленческая подотчетность при условии четкого разделения прав собственности и контрольных функций. Инновации здесь связаны с новыми принципами инвестиций и размещения ресурсов. Инновации требуют инвестиций, а такие инвестиции осуществляются управленцами. Система корпоративного управления позволяет принимать коллективные решения, но в то же время ограничивает полномочия, касающиеся стратегических инвестиций, а также вопросов распределения доходов от инвестиций в виде заработной платы, прибыли, дополнительных инвестиций.

В системе АО «Национальный медицинский холдинг», как сама холдинговая компания, так и отдельные дочерние клиники (также являющиеся акционерными обществами), управляются советами директоров, представляющих единственного акционера (для холдинговой компании – в лице Министерства здравоохранения, а с 2010 года – АОО «Назарбаев университет, а для отдельных дочерних организаций – сама холдинговая компания). Операционное управление осуществляется правлением – исполнительным органом, члены которого назначаются советами директоров.

В составе советов директоров 4 – 5 членов официальных членов, представляющих акционера. Одна треть состава представлена независимыми членами, среди которых представители медицинской, научной и бизнес элиты, ученые и общественные деятели.

Важным условием корпоративного управления является возможность оценки деятельности компании на основе ключевых показателей результативности КПП). Если в производственных компаниях данная задача решается на основе конкретных количественных характеристик, то в системе больничного управления ситуация гораздо сложнее, поскольку критериями оценки чаще всего являются качественные характеристики. Между тем, это достаточно серьезная задача, поскольку с ней связаны принципы возмещения затрат медицинской деятельности.

Исторически сложилось так, что оплата медработникам и больницам, как правило, осуществляется не по конечным результатам, а на основе оказанных медицинских услуг и процедур. Еще в 18-м веке до н.э. Кодекс

Хаммурапи в Месопотамии указывал на то, что «хирург получает 10 шекелей серебра за то, что выполнит хирургическую процедуру патрицию – вскрыет абсцесс или удалит катаракту при помощи бронзового ланцета». С тех древних времен медикам возмещают за то, что они делают и какие процедуры выполняют, а не за результат лечения. Следствием является существующая сегодня система, при которой оплата медицинских услуг предусматривает многочисленные финансовые транзакции за отдельные процедуры, тесты, работу специалистов и т.д., но не за конечный результат.

В 2010-м году Национальным медицинским холдингом было предложено Министерству здравоохранения вместо малоэффективной системы возмещения по фактическим затратам взять за основу более

прогрессивную, хотя и далеко не идеальную, систему Клинико-затратных групп (КЗГ). В настоящее время возмещение медицинских услуг в клиниках Холдинга осуществляется по системе КЗГ. Являясь более прогрессивной моделью, он, вместе с тем, не решает в достаточной мере проблемы оплаты за конечный результат.

С аналогичной проблемой сталкиваются ряд ведущих стран, в том числе и Соединенные Штаты Америки, где в рамках Закона о доступности медицинских услуг (Affordable Care Act) была разработана Национальная Стратегия Качества, включающая ряд ключевых индикаторов для государственной программы Medicare. На их основе в США планируется наладить систему оплаты медицинским организациям. Некоторые из этих индикаторов представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Индикаторы оценки результативности стационарных услуг в рамках Закона о доступности медицинских услуг (Affordable Care Act), предложенного президентом США Обамой

Название индикатора	Краткое описание
Процент пациентов с инфарктом миокарда, которым дан фибринолитический медикамент в течение 30 минут с момента поступления	Тромбы могут вызвать инфаркт миокарда. Врачи могут дать данное лекарство, или выполнить процедуру по открытию блокады, иногда прибегнуть к обоим методам.
Процент пациентов с инфарктом миокарда, которым проведены чрескожные коронарные вмешательства в течение 90 минут с момента поступления	Процедуры под названием чрескожные коронарные вмешательства (Percutaneous Coronary Interventions) – одни из самых эффективных при открытии заблокированных сосудов. Которые вызывают инфаркты. Врачи могут провести такие вмешательства, или дать лекарство для открытия блокады, иногда прибегнуть к обоим методам.
Процент пациентов с коронарной недостаточностью. Кому при выписке проведена беседа по уходу	Персонал больницы должен при выписке предоставить информацию, чтобы помочь управлять симптомами сердечной недостаточности
Процент пациентов с пневмонией, кому до введения первой дозы антибиотиков было проведено бак. исследование крови в приемном покое	Культура крови (чувствительность в АБ) показывает те АБ, которые наиболее эффективны для лечения вашего случая пневмонии
Первичный выбор антибиотиков для иммунокомпетентного пациента с приобретенной пневмонией	АБ – это лекарства для лечения инфекций с различной эффективностью. Больницы должны выбирать те АБ, которые будут эффективны для каждого пациента с пневмонией.
Профилактические антибиотики полученные в течение 1 часа до хирургического вмешательства (разреза)	Получение антибиотиков в течение одного часа до операции снижает риск инфицирования ран. Эта мера показывает, как часто сотрудники больницы обеспечивают получение антибиотика хирургическими пациентами в нужное время.
Выбор антибиотиков для профилактики инфекций у хирургических больных	Некоторые антибиотики действуют лучше, чем другие в предотвращении раневой инфекции на отдельные виды операций. Этот индикатор показывает, как часто сотрудники больницы обеспечивают получение пациентами правильного вида антибиотикотерапии для операции.
Профилактическое применение антибиотиков прекращено в течение 24 часов после окончания операции	Принятие превентивных антибиотиков в течение более 24 часов после плановой операции обычно не требуется. Этот индикатор показывает, как часто больницы перестали давать антибиотики хирургическим больным, когда они были больше не нужны для предотвращения хирургической инфекции.
Кардиохирургические больные с контрольной послеоперационной проверкой глюкозы крови в 6 утра	Всем больным с операцией на сердце проводится проверка уровня сахара в крови после операции. Любой пациент, который имеет высокое содержание сахара в крови после операции на сердце имеет больше шансов получить инфекцию (ВБИ). Этот индикатор показывает, как часто у кардиохирургических больных уровень сахара в крови находился под хорошим контролем в дни, сразу после операции.
Хирургические больные на бета-блокаторе до госпитализации, которые также получали бета-блокатор в периоперационном периоде	Многие кардиологические пациенты или люди, подверженные риску сердечных заболеваний принимают бета-блокаторы для снижения риска возникновения кардиологических проблем в будущем. Этот индикатор показывает, получали ли пациенты бета-блокаторы непосредственно до и после операции, если эти пациенты уже принимали бета-блокаторы до госпитализации

Хирургические больные по показанию, кому назначена профилактика венозной тромбоэмболии	Certain types of surgery can increase patients' risk of having blood clots after surgery. For these types of surgery, this measure tells how often treatment to help prevent blood clots was ordered by the doctor. Некоторые типы операции могут увеличить риск пациентов на наличие тромбов после операции. Для таких операций, этот индикатор показывает, как часто врач назначил профилактическое лечение кровяных сгустков
Хирургические пациенты которые получили соответствующую профилактику венозной тромбоэмболии в течение 24 часов до и 24 часов после операции	Данный индикатор показывает, как часто определенные хирургические пациенты получили антикоагулянтную терапию в течение 24 часов до и 24 часов после операции.
Опыт пациента от медицинской помощи (удовлетворенность)	Проводится опрос случайной выборки пациентов, выписанных из больницы по всей стране. Заданные вопросы касаются их ощущений и представлений об их пребывании в больнице.
	Эта мера отражает деятельность больницы по вопросам, которые уточняли у пациентов их уровень удовлетворенности некоторыми из следующих пунктов: - насколько хорошо медсестры обращались с пациентами - насколько хорошо врачи обращались с пациентами - насколько доброжелателен был больничныи персонал к нуждам пациентов - как хорошо медики обезболивали пациентов - как доступно медики разъясняли пациентам назначение их лекарств - степень чистоты и уровень шума в больнице - как хорошо медики объяснили пациенту и его семье о лечебных мерах, предпринимаемых после выписки из больницы (т.е. выписные рекомендации) Опрос также просит пациентов дать общую оценку их пребывания в больнице.

Помимо индикаторов качества, в рамках указанного законодательства в США предусматривается создание так называемых «Подотчетных организаций здравоохранения», основанных на консорциумах, управляемых самими медработниками и финансируемых на основе подушевого принципа. Оплата в таких организациях предусматривается за пролеченный случай, который включает как первичное звено (на этапе выявления заболевания), так и период госпитализации и 30 дней после выписки. Такой подход способствует преемственности оказания медицинской помощи, развитию первичного звена и реабилитационной помощи, а также снижению числа госпитализаций и повторных госпитализаций.

Международный опыт в данном вопросе играет важную роль в разработке качественных индикаторов результативности которые станут важным аспектом системы корпоративного управления и критерием оценки деятельности клиник Национального медицинского холдинга. Основными приоритетами системы корпоративного управления являются: фокус на профессиональное развитие; привлечение и удержание конкурентоспособных кадров через мотивационную систему, ориентированную на результат; конкурентоспособность и финансовая устойчивость; а также мониторинг и координация процессов консолидации смежных функций и, по мере необходимости, юридического слияния клиник. Важными задачами также являются разработка стандартизованных систем для клиник Холдинга в рамках создания

Интегрированной академической системы Назарбаев университета и подготовки к Школе медицины, обеспечение транспарентности и высоких стандартов качества оказания медицинской помощи.

#### Стандарты качества и международная аккредитация JCI

С первых месяцев создания Национального медицинского холдинга в качестве основного приоритета была поставлена задача обеспечения высоких стандартов качества и безопасности. В современном мире одним из основных критериев оценки качества медицинских учреждений является аккредитация Joint Commission International (JCI) – Международной комиссии по аккредитации медицинских учреждений. В связи с этим был инициирован процесс международной аккредитации больниц Национального медицинского холдинга по системе JCI.

Всего в мире насчитывается около 300 организаций, аккредитованных JCI. В марте 2012 года Центр материнства и детства Национального медицинского холдинга первым на постсоветском пространстве получил международную аккредитацию JCI, которая является «золотым стандартом» для медицинских организаций, критерием международного признания качества медицинского обслуживания и безопасности пациентов и медперсонала, показателем развития больничного сектора страны. Кроме того, аккредитация JCI обеспечивает доступ к международным ресурсам, позволяющим постоянно улучшать качество, уменьшать риски и повышать степень больничной

безопасности пациентов и медработников;

Аккредитация предусматривает соответствие более чем 300 международным стандартам на основе 1250 оцениваемых критериев качества оказания больничной помощи, предусматривающих преемственность оказания медицинской помощи, требования к осмотру пациентов, неотложной помощи (система “Code Blue”), анестезии и хирургическому лечению, контролю за медикаментами.

Например, в результате аккредитации JCI в Центре материнства и детства Нацмедхолдинга стандартными стали совместные действия врачебного и медсестринского персонала в вопросах первичного осмотра пациентов, разработки плана лечения и ухода, ежедневных осмотров и мониторинга. Важными требованиями также являются единая частота записи для мониторинга анестезии и операций, единые критерии пробуждения, перевода в реанимацию и так называемые «чек-листы».

В рамках аккредитации JCI были внедрены стандарты для использования медикаментов высокого риска, которые предусматривают тщательное обучение медперсонала и аудит выполнения стандартов. Новшествами также стали такие требования, как активное участие среднего медперсонала в первичной и повторной оценке болевых симптомов, риска падения, пролежней и др. Ключевыми в системе JCI также являются единые правила, обеспечивающие безопасность химических веществ, международные требования к сервисному обслуживанию медицинского оборудования, безопасности и обслуживания больничного здания.

Аккредитация JCI исключительно важна для пациентов, обеспечивая безопасность оказания медицинской помощи путем ликвидации медицинских ошибок; участие пациентов в принятии решений, осуществляемое на основе полной

информированности о тактике и методах лечения; соблюдение конфиденциальности информации о пациенте; исключение возможности нарушения прав пациентов; совершенствование системы обратной связи с пациентом. В рамках аккредитации JCI в клиниках Холдинга внедряются условия безопасности для медицинского персонала, а также международные стандарты штатной обеспеченности для различных категорий медицинских работников.

Международный опыт показывает, что конечными результатами соблюдения стандартов JCI являются такие, как снижение уровня внутрибольничных инфекций, частоты медицинских ошибок, средней длительности пребывания пациентов в больнице, а также повышение удовлетворенности пациентов и медицинского персонала.

Следует отметить, что обеспечение аккредитации JCI являлось одним из главных требований в рамках договора с австрийской компанией Vamed на больничное управление Центром материнства и детства. Данный опыт международного больничного управления также явился первым на территории постсоветского пространства.

В настоящее время осуществляется подготовка к международной аккредитации JCI других клиник Национального медицинского холдинга – центров Нейрохирургии, Кардиохирургии, Диагностического центра и Центра детской реабилитации. В рамках стратегии Национального медицинского холдинга международная аккредитация JCI является одним из ключевых критериев готовности клиник холдинга в качестве клинических баз для будущей школы медицины Назарбаев университета. Это является важнейшим условием создания Интегрированной академической системы университета, что является очередной стратегической задачей инновационного развития Национального медицинского холдинга.

**Актаева Л.М.**

Заместитель Председателя правления АО «Национальный медицинский холдинг»

**Султангазиев Т.С.**

АО «Национальный медицинский холдинг»

**Касымова А.С.**

АО «Национальный медицинский холдинг»

## ГОСПИТАЛЬ БУДУЩЕГО: УПРАВЛЕНИЕ ИНФРАСТРУКТУРОЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

**Атауы:** Болашақ госпиталі: Медициналық ұйымдарында инфрақұрылымды басқару

**Авторлар:** Актаева Л.М., Сұлтангазиев Т.С., Қасымова А.С., «Ұлттық медициналық холдинг» АҚ

**Түйіндеме:** Бұл мақалада алдыңғы қатарлы медициналық ұйымдарда қолданылатын «инфрақұрылымды басқару» деген (facility management) ұғымына анықтама беріледі. «Инфрақұрылымды басқару» терминіне берілген халықаралық анықтамасы мен осы терминді қазақстандық мамандардың түсінуі арасындағы айырмашылық, біздің еліміздің медициналық ұйымдарында осы қызмет бағытын дамыту қажеттілігінің өзекті екенін көрсетеді. Инфрақұрылымды басқарудың халықаралық моделінің бейімделуі медициналық ұйымдардың жабдықтары және ғимараты жағдайларының физикалық қалпына қызмет көрсету бойынша қызмет көрсетудің тиімділігі және сапасы саласында айтарлықтай оң артықшылықтарға ие.

**Title:** Hospital of the future: Facility management in medical organizations

**Authors:** Aktaeva L.M., Sultangaziyev T.S., Kassymova A.S., "National Medical Holding" JSC

**Abstract:** This article the definition of facility management in a way it is understood and used in the leading international medical organizations. The difference between the way facility management is defined internationally and its understanding by local specialists emphasizes the critical necessity of development of this area of medical organizations' activity in our country. Adaptation of the international model of facility management on a local level can have a significant positive impact on the quality and effectiveness of services provided for maintenance of the infrastructure and equipment of medical institutions.

Согласно стратегии АО «Национальный медицинский холдинг» (далее Холдинг) на 2012 – 2020 года, утвержденной в марте 2012 года, одной из восьми основных целей развития Холдинга «Повысить эффективность больничного менеджмента и производительность деятельности клиник». [1] На пути к достижению данной цели необходимо иметь ввиду не только набор квалифицированного медицинского и среднего медицинского персонала, развитие ведущих направлений в области медицины, оптимизацию процессов по уходу за пациентами, но и создание благоприятной и, самое главное, безопасной рабочей среды для всех участников системы здравоохранения. В данном контексте основным понятием является определение «управление инфраструктурой»:

Управление инфраструктурой – интегрирование процессов в организации с целью

развития и ухода за основными видами услуг, которые поддерживают и улучшают эффективность основных видов деятельности данной организации. [2]

До недавнего времени понятия «управление инфраструктурой» (facility management) не существовало в сфере здравоохранения в нашей стране. Данный термин пришел с Запада вместе со многими нововведениями, к которым организации в Казахстане не столько стремились, сколько вынуждены были принять и внедрить на местном уровне в силу необходимости сохранения и развития конкурентоспособности предоставляемых ими услуг. Наряду с ускорением экономического роста в стране увеличивается спрос населения на высококачественные медицинские услуги; и в силу все увеличивающейся скорости развития медицинских технологий, управление инфраструктурой медицинских организаций играет

не последнюю роль для своевременного и качественного оказания медицинской помощи. В одной из последних статей по современному управлению инфраструктурой говорится, что «на заре преобразований в системе здравоохранения технологии будут играть все более важную роль в процессах ухода за населением, которое, в свою очередь, будет жить дольше и требовать все более высокого качества обслуживания». [3]

Атрибуты современной больницы, Госпиталя будущего, напрямую зависят от уровня управления ее инфраструктурой; чем более технологически развита медицинская организация, тем более развитыми должны быть и подразделения, обслуживающие ее инфраструктуру. Порой от качества управления системами инфраструктуры даже может зависеть жизнь пациента, так как отключение системы электропитания или выход из строя медицинской аппаратуры во время операции может отрицательно повлиять на ее исход.

Как больницы на сегодняшний день становятся более многопрофильными организациями, включающими в себя все более широкий диапазон оказываемых услуг, так и понятие управления инфраструктурой здания расширяется, адаптируясь под растущие нужды данных комплексных организаций. Современное управление инфраструктурой современных медицинских организаций включает в себя уже шесть основных компонентов, это:

1. Управление зданием и коммунальной инфраструктурой – обеспечение надлежащего физического состояния строительных конструкций и инженерных сетей, своевременное обнаружение неполадок и их устранение, управление затратами на содержание, ремонт и коммунальные услуги, закуп необходимых инструментов и запасных частей для содержания зданий и коммунальной инфраструктуры и т.д.;

2. Управление электроникой и немедицинским оборудованием – ведение реестра немедицинского оборудования, запланированный и незапланированный ремонт немедицинского оборудования, управление затратами на его содержание и ремонт, закуп необходимых инструментов и запасных частей, соблюдение нормативно-правовой базы по эксплуатации оборудования, оценка и контроль над рисками, связанными с данным видом оборудования;

3. Управление биомедицинским оборудованием – ведение реестра медицинского оборудования, запланированный и незапланированный ремонт медицинского оборудования, управление затратами на его содержание и ремонт, закуп необходимых инструментов и запасных частей, проверка

оборудования, лицензирование нового оборудования, соблюдение нормативно-правовой базы по эксплуатации оборудования, оценка и контроль над рисками, связанными с данным видом оборудования;

4. Управление уборкой зданий и территорий, управление отходами – обеспечение качества услуг по уборке зданий и прилегающих территорий, контроль над договорами по аутсорсингу услуг, управление процессом по устранению медицинских и других опасных и ядовитых отходов с территории организации, соблюдение нормативно-правовой базы;

5. Управление видеонаблюдением и охраной – разработка и выполнение мероприятий в случае чрезвычайных ситуаций, пожарная безопасность, охрана на территории и внутри зданий, контроль и технический уход за системой видеонаблюдения;

6. Управление информационными системами – управление коммуникационными сетями, использование Информационной системы технического обслуживания инфраструктуры зданий.

Также немаловажным является рекрутинг и обучение высококвалифицированного персонала для эффективного управления и обслуживания инфраструктуры медицинских организаций по всем вышеуказанным компонентам.

Важность данного вида деятельности в медицинских организациях очевидна и это также доказано посредством многолетнего опыта зарубежных госпиталей, являвшихся не просто полем для испытания данного новаторского подхода к менеджменту больниц, но и двигателями прогресса в данной сфере.

Ярким примером необходимости применения нового подхода к менеджменту инфраструктуры медицинских организаций является клиника Charité - Universitätsmedizin Berlin, расположенная на трех отдельных территориях с общей площадью в 120 гектаров и возможностью одновременного амбулаторного лечения 3200 пациентов. Шарите заключила контракт с компанией «Шарите Фасилити менеджмент» на аутсорсинг 18-ти вспомогательных процессов; данный подход к организации деятельности позволил добиться Шарите более эффективного использования имеющихся ресурсов. Так, за 3 года «Шарите» удалось сэкономить около 90 миллионов евро. На сегодняшний день «Шарите Фасилити Менеджмент» продолжает расширять сферу своей деятельности.

Acibadem Hospitals Group также применяет подобную модель управления инфраструктурой. Ведущее учреждение в области Здравоохранения Турции -

Группа Здравоохранения Аджибадем, имеет в составе 16 основных больниц, 11 из которых аккредитованы Международной объединенной комиссией (Joint Commission International) с 2005 года. На сегодняшний день Аджибадем имеет современную инфраструктуру, использует новейшие технологии и стал эталоном для многих медицинских организаций Турции, а также одним из ориентиров для большинства организаций мира, работающих в системе здравоохранения.

Сегодняшняя инфраструктура Холдинга ничем не уступает международным медицинским организациям в оснащенности и сложности. Дочерние организации Холдинга представляют собой шесть современных объектов здравоохранения с коечным фондом 1416 мест. Общая площадь территории дочерних организаций составляет примерно 37 гектаров; общая площадь помещений – более 150 000 кв.м; основные фонды, включая медицинское оборудование и инженерное оборудование – 51 209 единиц. Общая стоимость активов составляет 65 миллиардов тенге, в том числе 10 000 единиц медицинского оборудования на 16,8 миллиардов тенге.

Каждая из дочерних организаций Холдинга имеет свою собственную материально-технические, финансовые и кадровые ресурсы для ухода за медицинским и инженерным оборудованием. Наряду с этим, дочерние организации Холдинга также имеют договора с аутсорсинговой компанией по обслуживанию общей информационной инфраструктуры, Информационной системы технического обслуживания для принятия заявок на обслуживание и ремонт медицинского и немедицинского оборудования и контроля качества данного процесса, а также на услуги пресс-службы и маркетинга.

На сегодняшний день управление инфраструктурой в дочерних организациях Холдинга разрозненно; уровень обслуживания зависит от объема бюджетных средств, определенного для сервисно-хозяйственных услуг каждой дочерней организацией индивидуально, что чаще всего не соответствует требующемуся уровню финансирования. Степень внимания, оказываемого проблемам управления инфраструктурой, не является достаточной для оказания услуг на международном уровне, так как представления большинства людей о важности данного направления деятельности больниц до сих пор отстают от действительности.

Очевидным является то, что для достижения высокого качества и экономической целесообразности услуг по управлению инфраструктурой во всех дочерних организациях, необходимо

их интегрировать. В целях интеграции инфраструктур дочерних организаций Холдинга международная консалтинговая компания взялась разработать концепцию интегрированной системы по управлению инфраструктурой дочерних организаций Холдинга в рамках государственного задания Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

На основании анализа текущего состояния инфраструктуры и управления инфраструктурой, проведенного специалистами международной консалтинговой компании в дочерних организациях Холдинга, был выявлен ряд проблем, который является общим для многих медицинских организаций Казахстана: несоответствие качества номенклатуры международным стандартам, слабо оснащенные и недостаточно организованные службы по уходу за инфраструктурой, низкий уровень финансирования данных служб, недостаточный уровень квалификации кадров, слабая материально-техническая база и т.д. В ходе фазы разработки специалисты международной консалтинговой компании поставили целью создание концепции управления интегрированной инфраструктурой дочерних организаций Холдинга и разработку плана действий для достижения данной цели. Примером модели для управления интегрированной инфраструктурой может послужить индивидуальная модель обслуживания инфраструктуры АО «Национальный научный центр материнства и детства» (ННЦМД), которая была разработана и внедрена в ходе подготовки ННЦМД к аккредитации Joint Commission International в марте 2012 года.

Модель управления инфраструктурой ННЦМД предполагает разделение структуры управления на три звена:

1. Стратегическое управление – это управление, происходящее на уровне администрации и руководителей объектов, которые должны видеть общую картину состояния процессов управления и состояния всей инфраструктуры здания. Стратегическое управление включает в себя определение объемов финансирования, распределение бюджета, инициацию проектов по улучшению инфраструктуры, проектов по реконструкции и ремонту, планирование ремонта оборудования, определение организационной структуры, оптимизацию процессов и прочие стратегические решения, влияющие на долгосрочные цели развития медицинской организации в целом.

2. Техническое управление – вид управления, который отвечает за логистические функции в ходе оказания услуг, то есть распределяет обязанности между специалистами, отвечает за мониторинг

исполнения заявок на ремонт, поступивших от персонала больницы, документацию услуг, соблюдение и исполнение ключевых показателей результативности, отчетность;

3. Операционное управление – включает в себя функции непосредственного исполнения заявок, поступивших от персонала больницы, данный вид управления осуществляется специализированным персоналом управления инфраструктурой.

Такого рода разделение функций и полномочий позволяет обеспечить непрерывное расширение диапазона предоставляемых услуг наряду с улучшением их качества, что также предполагает легкость распространения данного метода управления инфраструктурой на несколько организаций одновременно, не прерывая их операционные процессы. Очевидно, что интеграция процессов управления инфраструктурой всех шести дочерних организаций Холдинга подразумевает под собой централизованное управление финансовыми ресурсами и их распределением, что повысит экономическую эффективность данных процессов. Централизованный закуп услуг и материалов для всех дочерних организаций обеспечит не только снижение цен на единицу продукции за счет повышения закупаемых объемов, но и повысит стандарт качества предоставляемых товаров и услуг и позволит лучше контролировать данные показатели. Интегрированное управление

инфраструктурой обеспечит более целесообразное и эффективное распределение кадрового потенциала и стабильный уровень его квалификации, что положительно скажется на уровне ухода за оборудованием и зданиями медицинской организации.

В итоге, проект интеграции преследует целью улучшение качества и расширение спектра услуг до их соответствия международному уровню посредством повышения качества обслуживания оборудования, улучшения процессов управления инфраструктурой и повышения эффективности использования активов дочерних организаций.

Преимуществами данного метода управления инфраструктурой будут пользоваться не только сами больницы, но и их пациенты, которые смогут получать широкий спектр услуг более высокого качества.

Внедрение понятий управления инфраструктурой в медицинских организациях поможет им достичь создания надлежащих условий для качественного выполнения основных функций, повышения качества обслуживания пациентов, внедрения комплексной системы безопасности, освобождения медицинского персонала клиник от немедицинских функций, возможность сосредоточиться на медицинской практике, повышения эффективности использования основных фондов, аккредитации Joint Commission International.

#### Источники:

1. «Стратегия развития АО «Национальный медицинский холдинг» на 2012- 2020 годы», утверждена Решением Совета директоров АО «Национальный медицинский холдинг» №1, 28 марта 2012 года.
2. Стандарт EN15221-1, European Facility Management Network, октябрь, 2006, версия на английском языке.
3. Роулингс С. (Rowlings, Scott), «Hospital construction should aim for flexibility from start», FacilitiesNet.com, 2012, версия на английском языке.

**Ақтаева Л.М.**

«Ұлттық медициналық холдинг» АҚ

**Сұлтанғазиев Т.С.**

«Ұлттық медициналық холдинг» АҚ

**Қасымова А.С.**

«Ұлттық медициналық холдинг» АҚ

## БОЛАШАҚ ГОСПИТАЛІ: МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫНДА ИНФРАҚҰРЫЛЫМДЫ БАСҚАРУ

**Название:** Госпиталь будущего: Управление инфраструктурой в медицинских организациях

**Авторы:** Актаева Л.М., Сұлтанғазиев Т.С., Қасымова А.С., АО «Национальный медицинский холдинг»

**Резюме:** Данная статья разъясняет понятие «управление инфраструктурой» (facility management), используемое в ведущих международных медицинских организациях. Разница между международным определением термина «управление инфраструктурой» и его понимания казахстанскими специалистами подчеркивает актуальность острой надобности развития данного направления деятельности в медицинских организациях нашей страны. Адаптация международной модели управления инфраструктурой на местном уровне имеет значительные положительные преимущества в сфере качества и эффективности оказания услуг по уходу за физическим состоянием зданий и оборудования медицинских организаций.

**Title:** Hospital of the future: Facility management in medical organizations

**Authors:** Aktaeva L.M., Sultangaziyev T.S., Kassymova A.S., "National Medical Holding" JSC

**Abstract:** This article the definition of facility management in a way it is understood and used in the leading international medical organizations. The difference between the way facility management is defined internationally and its understanding by local specialists emphasizes the critical necessity of development of this area of medical organizations' activity in our country. Adaptation of the international model of facility management on a local level can have a significant positive impact on the quality and effectiveness of services provided for maintenance of the infrastructure and equipment of medical institutions.

«Ұлттық медициналық холдинг» АҚ (бұдан әрі-Холдинг) 2012 жылдың наурызында бекітілген 2012-2020 ж. Стратегиясына тиісті Холдинг дамуының сегіз негізгі мақсатының бірі «Ауруханалық менеджмент тиімділігін және емхана қызметінің өнімділігін арттыру» болып табылады [1]. Берілген мақсатқа қол жеткізу барысында жоғары білікті медициналық және орта медициналық қызметкерлерді, медицина саласындағы жетекші бағыттарды, емделушілерге күтім көрсетуді оңтайландыруды ғана ескеріп қоймай, денсаулық сақтау саласындағы барлық қатысушыларға қолайлы, ең бастысы қауіпсіз орта жасау болып табылады. Аталған контексте «инфрақұрылымды басқару» анықтамасы басты ұғым болып табылады:

Инфрақұрылымды басқару – берілген ұйымның негізгі қызмет түрінің тиімділігін қолдайтын, негізгі қызмет түріне күтім жасау және дамыту мақсатында ұйымдағы үрдіні ықпалдандыру [2].

Бүгінгі күнге дейін біздің мемлекетіміздің денсаулық сақтау саласында «инфрақұрылымды басқару» (facility management) түсінігі болған жоқ. Бұл термин Батыстан көпшілік жаңа ұғымдармен бірге келді, Қазақстандағы ұйымдар жаңа терминдер енгізуге талпынғандықтан емес, ұсынатын қызметтердің бәсекелестік қабілетін дамыту және сақтау қажеттілігіне байланысты ендіруге мәжбүр болды. Мемлекетте экономиканың қарқынды дамуына байланысты тұрғындарға жоғарысапалы медициналық қызмет көрсету сұранысы ұлғайып келеді; медициналық технологиялардың даму жылдамдығының арқасында қазіргі заманға сай және сапалы медициналық көмек көрсетуде медициналық ұйымдардың инфрақұрылымын басқару маңызды рөл атқарады. Қазіргі заманға сай инфрақұрылымды басқару бойынша соңғы мақалалардың біреуінде «Денсаулық сақтау жүйесіндегі халықты күту үрдісінде технологиялар бұрыңғыдан да маңызды орынға ие болады, олар өз кезегінде ұзақ өмір

сүріп және одан да жоғары сапалы қызмет етуді талап етеді» деп айтылған [3].

Жаңа заманға сай аурухана, Болашақ госпиталі, атрибуттары оның инфрақұрылымын басқару деңгейіне тікелей тәуелді; медициналық ұйым технологиялары қаншалықты дамыған болса, әсіресе оның инфрақұрылымына қызмет ететін бөлімдер де дамыған болу керек. Кейде инфрақұрылым жүйесін басқару сапасына емделушінің өмірі тәуелді болуы мүмкін, себебі электркөзі жүйесінің сөнуі немесе оперция кезінде медициналық жабдықтың реттен шығуы нәтижеге кері әсерін тигізуі мүмкін

Бүгінгі күні ауруханалардың қызмет көрсету аясы одан да кеңейген көпсалалы ұйымдар болған сайын осы кешенді ұйымдардың өсіп жатқан қажеттіліктеріне бейімделіп, ғимарат инфрақұрылымын басқару ұғымы ұлғаюда. Жаңа заманға сай медициналық ұйымдардың инфрақұрылымдарының замануи басқаруы алты негізгі компоненттен тұрады, олар:

1. Ғимаратты және коммуналды инфрақұрылымды басқару – құрылыс конструкциясын және инженерлі желілердің қажетті физикалық қалпын қамтамасыз ету, ақауларды уақытында анықтап және оларды жою, ұстаудың, жөндеудің, коммуналдық қызметтердің шығындарын басқару, ғимаратты ұстау үшін және коммуналды инфрақұрылымға қажетті құралдарды және бөлшектер қорын сатып алу және т.с.с.;

2. Электрониканы және медициналық емес жабдықтарды басқару - медициналық жабдықтар тізімін жүргізу, жоспарланған және жоспардан тыс медициналық жабдықтарды және қордағы бөлшектерді жөндеу, оларды ұстауға және жөндеуге арналғын шығындарды басқару, жабдықты қолдану бойынша нормативті-құқықтық базасын ұстану, осы жабдықтармен байланысты тәуекелдерді қадағалау және бағалау;

3. Биомедициналық жабдықтарды басқару – медициналық жабдықтар тізімін жүргізу, жоспарланған және жоспардан тыс медициналық жабдықтарды жөндеу, оларды ұстауға және жөндеуге арналғын шығындарды басқару, қажетті құралдар мен бөлшектер қорын сатып алу, жабдықты тексеру, жаңа жабдықты лицензиялау, жабдықты қолдану бойынша нормативті-құқықтық базаны ұстану, осы жабдықтармен байланысты болатын тәуекелдерді қадағалау және бағалау;

4. Ғимарат, аймақ және қалдықтарды басқару – ғимаратты және іргелес аймақтардың сапалы жиналуын қамтамасыз ету, қызметтер аутсорсингі бойынша келісім шарттарды қадағалау, ұйым аймағынан медициналық және басқа қауіпті және улы қалдықтарды жою үрдісін басқару, нормативті-құқықтық базаны ұстану;

5. Видеоқадағалау мен күзетті басқару – төтенше жағдай болған кезде іс-шараларды дайындау және орындау, өрт қауіпсіздігі, ғимарат ішінде және ғимарат аймағында күзет, видеоқадағалау жүйесін қадағалау және техникалық күту;

6. Ақпараттық жүйені басқару – коммуникациялық желіні басқару, ғимарат инфрақұрылымының техникалық қызмет көрсету ақпараттық жүйесін қолдану.

Сонымен қатар, жоғарыда көрсетілген барлық компоненттер бойынша медициналық ұйымдардың инфрақұрылымына қызмет көрсету және тиімді басқару үшін жоғарымамандандырылған қызметкерлерді оқыту және рекрутинг маңызды болып табылады.

Медициналық ұйымдарда бұл қызмет түрлері маңызды екені анық және ол аурухана менеджментінде жаңашыл жолдарды тек сынау алаңы ғана емес, осы салада қозғаушы процесс болған, шетелдік госпитальдердің көпжылдық тәжірибесімен дәлелденген.

Медициналық ұйымдардың инфрақұрылым менеджментінде жаңашыл жолдарды қолдану қажеттілігінің айқын мысалы ретінде Charité - Universitätsmedizin Berlin клиникасын атауға болады, бөлек үш аймақта орналасқан жалпы ауданы 120 гектар болатын, бірден 3200 науқасқа амбулаторлы ем көрсете алатын мүмкіндігі бар клиника. Шарите «Шарите Фасилити менеджмент» компаниясымен 18 қосалқы процесска келісім шарт жасасты; қызмет ұйымдастырудың бұл түрі Шаритеге бар ресурстарды одан да тиімді қалдануға мүмкіндік берді. Осылай, 3 жыл ішінде «Шарите» 90 миллион евро ақша үнемдеді. Бүгінгі таңда «Шарите Фасилити Менеджмент» өзінің қызмет саласын ұлғайтуды жалғастыруда.

Acibadem Hospitals Group инфрақұрылым басқармасында да осындай модель қолданылады. Түркия Денсаулық сақтау саласында алдыңғы қатарлы мекемелердің бірі – Аджибадем Денсаулық сақтау Тобы, құрамында 16 негізгі ауруханасы бар, оның 11 ауруханасы 2005 жылдан бері Халықаралық бірлескен комиссия аккредитациясын (Joint Commission International) өткен. Бүгінгі күні Аджибадем заманауи инфрақұрылымға ие, онда ең жаңа технологиялар қолданылады және Түркиядағы көптеген медициналық ұйымдарға эталон болып саналады, сондай-ақ денсаулық сақтау жүйесінде жұмыс істейтін көптеген әлем ұйымдарына нысана (ориентир) болды

Холдингтің бүгінгі инфрақұрылымы халықаралық медициналық ұйымдардан өзінің жабдықтарымен және күрделілігімен кем емес. Холдингтің еншілес ұйымдары қорында 1416 орынға арналған алты заманауи денсаулық сақтау нысанынан тұрады. Еншілес

ұйымдардың аймағының жалпы ауданы шамамен 37 гектар; ғимараттың жалпы ауданы – 150 000 метр шаршадан артық; медициналық және инженерлі жабдықтарды қосқанда негізгі қоры 51 209 дана. Активтардың жалпы құны 65 миллиард теңгені құрайды, соның ішінде 10 000 дана медициналық жабдықтар 16,8 миллиард теңгені құрайды.

Холдингтің әрбір еншілес ұйымында өзінің жеке медициналық және инженерлі жабдықтарды ұстау үшін материалды-техникалық, қаржылық және кадр ресурстары бар. Сонымен қатар, Холдингтің еншілес ұйымдары аутсорсингті компаниялармен жалпы ақпаратты инфрақұрылымды ұстау, медициналық және медициналық емес жабдықтарды жөндеу және қызмет көрсетуге сұраным қабылдау үшін техникалық қызмет көрсетудің ақпараттық жүйесі және осы үрдісті қадағалау сонымен қатар, баспасөз және маркетинг қызметтеріне келісім туралы шарттары бар.

Бүгінгі күні Холдингтің еншілес ұйымдарында инфрақұрылымды басқару шашыраңқы; қызмет көрсету деңгейі жеке әрбір еншілес ұйымның қызметтік-шаруашылық қызметіне бөлінген бюджеттік қаржы көлеміне тәуелді, ол көбінесе талап ететін қаржыландыру деңгейіне сәйкес келмейді. Инфрақұрылымды басқару мәселелеріне бөлініп жатқан көңіл деңгейі халықаралық дәрежеде қызмет көрсету үшін жеткіліксіз, себебі, көптеген адамдардың халықаралық деңгейде қызмет көрсетудің маңыздылығы туралы көзқарастары осы күнге дейін артта қалуда.

Барлық еншілес ұйымдарда инфрақұрылымды басқару бойынша жоғарғы сапа мен экономикалық мақсат сәйкестікке жету үшін оларды интеграциялау қажет екендігі анық. Холдингтің еншілес ұйымдарының инфрақұрылымын интеграциялау мақсатында халықаралық консалтингті компания Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің мемлекеттік тапсырмасы аясында Холдинг еншілес ұйымдарын басқаруда интергацияланған жүйе концепциясын дауындауға кірісті.

Холдинг еншілес ұйымдарында халықаралық консалтинг компания мамандарымен өткізілген инфрақұрылымды басқару және инфрақұрылымның ағымдағы жағдайын сараптау негізінде, Қазақстандағы медициналық ұйымдарда көбіне ортақ болатын бірқатар мәселелер анықталды: номенклатура сапасының халықаралық стандартқа сәйкес келмеуі, инфрақұрылымды қарау қызметі нашар немесе толық қамтылмаған, бұл қызметтерді қаржыландыру деңгейі төмен, кадрларды мамандандыру деңгейі төмен, материалды-техникалық базасы нашар және т.с.с. Халықаралық консалтинг

компаниясының мамандары дайындау фазасы кезінде, Холдинг еншілес ұйымдарының интеграцияланған инфрақұрылымын басқару концепциясын дайындауды мақсат етіп қойды және сол мақсатқа жету үшін атқарылатын амал жоспарын дайындауды көздеді. Интеграцияланған инфрақұрылымды басқаруда модель үлгісі болып «Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы» АҚ-ның инфрақұрылым қызмет көрсету жеке моделін атауға болады, ол 2012 жылдың наурыз айында АБҰҒР-ның Joint Commission International аккредитациясына дайындалу кезінде жасалды.

АБҰҒР-ның инфрақұрылымды басқару моделі басқару құрылымын үш топқа бөліп қарастырды:

4. Стратегиялық басқарма – нысаналардың әкімшілігі және басшылары деңгейіндегі басқару, оар басқару үрдісінің жалпы жағдайын және ғимараттың барлық инфрақұрылымын бақылауды қажет ететін басқару түрі. Стратегиялық басқарма қаржыландыру көлемін, бюджетті үйлестіру, инфрақұрылымда жақсарту бойынша жобаларды бастау, қайта жасау және жөндеуді жоспарлау, ұйымдасқан құрылымын анықтау, үрдістерді оптимизациялау және тұтыс медициналық ұйымның ұзақмерзімді даму мақсатына әсер ететін стратегиялық шешімдер;

5. Техникалық басқарма – қызмет көрсету кезінде логистикалық міндеттерге жауап беретін, демек мамандар арасында жауапкершілікті бөлу, жөндеу жүргізу үшін аурухана қызметкерлерінен келіп түскен сұраныстың орындалу мониторингісіне жауап беру, қызметтерді құжаттау, нәтижелердің негізгі көрсеткіштерін орындау және ұстану, есептілікті басқарудан тұрады;

6. Операционды басқарма – аурухана қызметкерлерінен келіп түскен сұраныстардың мүлтіксіз орындалу міндеттен тұрады, басқарудың бұл түрі инфрақұрылымды басқарудың мамандандырылған қызметкерлерімен жүзеге асырылады.

Міндеттер мен өкілеттіліктің осылай бөлінуі ұсынылатын қызметтер түрінің диапозонының үздіксіз ұлғаюын және сапасының жақсаруын қамтамасыз етеді, ол бірнеше ұйымды бір уақытта инфрақұрылымды басқару әдісінің операционды үрдістен үзбей тез арада таралуын болжайды. Холдингтің барлық алты еншілес ұйымдарының инфрақұрылымды басқару үрдісінің интергациясы осы үрдістің экономикалық тиімділігін арттыратын қаржы қорларымен және оның бөлімдерімен орталықтандырылған басқаруды болжайды. Барлық еншілес ұйымдарға қызметтер мен материалдарды орталықтандырылған сатып алуды қамтамасыз ету сатып алу көлемінің

ұлғаю есебінен өнімдердің бір дана үшін құнын тек түсіріп қана қоймай, сонымен қатар ұсынылатын тауар мен қызмет сапа үлгісін жоғарлатып, көрсеткіштерді бұдан да жақсы қадағалауды қамтамасыз етеді. Инфрақұрылымның интеграцияланған басқаруы кадр потенциалының тиімді және мақсатқа сәйкес бөлінуін қамтамасыз етеді, ол медициналық ұйым ғимаратына және жабдықтарға қызмет көрсету деңгейіне оң әсерін тигізеді.

Нәтижесінде, интеграциялау жобасы жабдықтарға қызмет көрсету сапасын көтеру, инфрақұрылымды басқару үрдісінің жақсаруы және еншілес ұйымдардың активтерін қолдану тиімділігін жоғарлату арқасында халықаралық сәйкестікке дейін қызмет спекторын ұлғайту және сапасын

жақсартуды мақсат етіп қояды.

Бұл инфрақұрылымды басқару әдісінің артықшылығымен тек ауруханалық пайдаланып қоймай, сонымен қатар одан да жоғары сапалы үлкен қызмет спекторын ала алатын олардың емделушілері де пайдаланыла алады.

Медициналық ұйымдарда инфрақұрылымды басқару ұғымын енгізу емделушілерге қызмет көрсету сапасын көтеру, кешенді қауіпсіздік жүйесін енгізу, клиникалардың медициналық қызметкерлерін медициналық емес қызметтерден босату, медициналық тәжірибеге зейін қою мүмкіндігі, негізгі қорларды қолданудың тиімділігін арттыру, Joint Commission International аккредитациясын өту сияқты негізгі міндеттерді сапалы орындау үшін көмектеседі.

#### **Дерекнамалар:**

1. «Стратегия развития АО «Национальный медицинский холдинг» на 2012- 2020 годы», утверждена Решением Совета директоров АО «Национальный медицинский холдинг» №1, 28 марта 2012 года.
2. Стандарт EN15221-1, European Facility Management Network, октябрь, 2006, версия на английском языке.
3. Роулингс С. (Rowlings, Scott), «Hospital construction should aim for flexibility from start», FacilitiesNet.com, 2012, версия на английском языке.

**Ахметов В.И.**

*Ректор Алматинского государственного института усовершенствования врачей  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан*

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОБЕСПЕЧЕНИЮ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Аталуы:** Денсаулық сақтау саласының кадрлық ресурстарын үздіксіз кәсіби дамытуды қамтамасыз етуге кешенді қадамдар

**Авторы:** Ахметов В.И., Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Алматы мемлекеттік дәрігерлерді жетілдіру институтының ректоры

**Түйіндеме:** Халықаралық стандарттарға сай келетін, тәжірибелік дағдыларды, клиникалық тәжірибені меңгерудің заманауи технологияларына негізделген, денсаулық сақтау саласының кадрлық ресурстарын үздіксіз кәсіби дамытуды қамтамасыз етуге кешенді қадамдар, медициналық кадрлардың үздіксіз кәсіби дамуын қамтамасыз ету арқылы саланың кадрлық әлеуетінің сапалық өсуі.

**Title:** Comprehensive approach to provision of the continuous professional development of the healthcare staff

**Author:** Akhmetov V.I., Rector of the Almaty state institute of advanced medical education Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

**Abstract:** A comprehensive approach to continuing professional development of human resources for healthcare, quality improvement of human resources potential in the field, by providing continuous professional development of medical staff, based on modern technologies of learning practical skills, clinical experience, in accordance to international standards.

Вопросы развития кадровых ресурсов здравоохранения поднимаются в течение последних десяти лет на государственном уровне. Данная тенденция наблюдается практически во всех странах. Так, исследования Европейского регионального бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ) и Европейской Обсерватории по системам и политике здравоохранения выявили общие проблемы кадровых ресурсов в здравоохранении европейских стран:

- Широкий спектр медицинских специальностей.
- Дисбаланс в количестве, качестве, распределении (как по специальностям, так и географически).
- Дефицит кадров (чаще всего медицинского персонала среднего звена).
- Рост мобильности кадров как внутри страны, так и за рубежом.
- Дисбаланс между уровнем подготовки кадров и потребностями здравоохранения.
- Необходимость развития информационных баз данных о кадровом составе.
- Ограниченные возможности в регулировании и управлении.
- Необходимость внедрения механизмов повышения мотивации специалистов.

Важность проведения эффективных мер по развитию кадровых ресурсов отрасли отмечается в Новой политике ЕРБ ВОЗ «Здоровье – 2020» в связи тем, что здоровье населения является важнейшим

макроэкономическим фактором и немаловажным элементом процветающего общества и динамично развивающейся экономики в XXI веке. Один из десяти приоритетов политики ВОЗ является обеспечение компетентными действующими кадрами.

В Республике Казахстан вопросы развития кадровых ресурсов являются одним из основных направлений Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.

В то же время, несмотря на предпринимаемые меры, остаются нерешенными вопросы, связанные с уровнем подготовки специалистов, их непрерывного профессионального развития, которые отражаются на:

- Степени удовлетворенности работодателей уровнем практических навыков выпускников вузов.
- Уровне удовлетворенности врачей обучением на клинических базах (низкий уровень доступности к пациентам).
- Направленности клиник на обучающий компонент.
- Отрыве профессорско-преподавательского состава вузов от практического здравоохранения.

Вопросам непрерывного профессионального развития кадровых ресурсов здравоохранение особое внимание обращает Глава государства Н.А.Назарбаев, определив роль непрерывного самообразования, модер-

низации национальной системы образования, необходимости принятия мер по обеспечению качественного роста человеческого потенциала, создания независимой системы подтверждения квалификации выпускников вузов, колледжей и специалистов практического здравоохранения.

Данные поручения реализуются в рамках проводимой политики Министерства здравоохранения. Так, одной из задач Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 годы является совершенствование подготовки и непрерывного профессионального развития (НПР) кадров: включающее совершенствование профессионального образования, НПР, внедрение института независимой оценки уровня квалификации медицинских кадров.

Внедрение с 2012 года накопительной системы зачетных единиц предопределяет повышение образовательной активности самих медицинских работников. Так, если раньше для подтверждения квалификации специалист должен был пройти повышение квалификации 1 раз в пять лет, то с внедрением современной модели непрерывного профессионального развития кадровых ресурсов требуется не только наличие образовательной составляющей, но и участие в мероприятиях по научно-информационному обмену (конгрессы, съезды, конференции, семинары), в мастер-классах, тренингах, публикации в научных журналах и средствах массовой информации и т.д.

Для обеспечения НПР кадровых ресурсов отрасли также и перед организациями образования стоят новые вызовы. Это - разработка образовательных и профессиональных программ, основанных на международных стандартах НПР, внедрение новых форм обучения (индивидуальное, дистанционное, коучинг/наставничество, имитационное и др.), расширение доступа к профессиональному образованию, диверсификация услуг в свете внедрения накопительной системы зачетных единиц,

Действенным механизмом качественного роста предоставляемых образовательных программ является интеграция научного образовательного и клинического процессов, создание полного цикла обучения и оценки практических навыков выпускников организаций образования, специалистов практического здравоохранения на базе университетских клиник.

Конечная цель университетских клиник – обеспечение непрерывного профессионального развития медицинских кадров, основанное на современных технологиях освоения практических навыков, клинического опыта, соответствующих международным

стандартам.

Международная практика, требования сегодняшнего дня свидетельствуют о необходимости усиления практической наполняющей образовательных программ на базе Симуляционных центров, включающей:

I уровень – теоретическая подготовка + life operation (трансляция операций в режиме реального времени с возможностью обратной связи) с пояснением специалистов.

II уровень – обучение на высокотехнологических тренажерах.

III уровень – работа в секционных материалах, проведение операций на лабораторных животных.

Одним из ключевых инструментов непрерывного профессионального развития кадров является независимая экзаменация знаний и навыков. С 2012 года создан республиканский Центр оценки знаний и навыков, который должен обеспечить организацию и проведение независимой оценки знаний и навыков. В перспективе создаваемые в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 г. региональные симуляционные центры должны стать базой для отработки практических навыков специалистов.

В развитии института независимой оценки знаний и навыков будет адаптирован лучший зарубежный опыт. Международная практика свидетельствует о целесообразности проведения трехэтапной оценки:

- Оценка знаний фундаментальных дисциплин (на уровне бакалавриата).
- Оценка знаний клинических дисциплин, практических навыков (на уровне интернатуры).
- Лицензионный экзамен по оценке применения клинических знаний и навыков (на уровне резидентуры).

Таким образом, в настоящее время имеются реальные возможности реализации комплексного подхода к непрерывному профессиональному развитию кадровых ресурсов здравоохранения, качественному росту кадрового потенциала отрасли.

В то же время, успех проводимой политики будет обеспечен только при системном подходе к непрерывному профессиональному развитию кадровых ресурсов здравоохранения (среднеспециальное, высшее, послевузовское, дополнительное профессиональное образование, трансферт передовых технологий на базе университетских клиник, научно – исследовательских центров), внедрении механизмов независимой оценки знаний и навыков для обеспечения отрасли конкурентоспособными специалистами.

**Айкешева А.С.**

Начальник отдела Центра экономических исследований Республиканский центр развития здравоохранения МЗ Республики Казахстан

**Стратулат И.С.**

Начальник управления мониторинга и развития ЕНСЗ Департамент комитета оплаты медицинских услуг МЗ Республики Казахстан

**Егеубаева С. А.**

Заместитель Генерального директора по стратегическому развитию и международному сотрудничеству Республиканский центр развития здравоохранения МЗ Республики Казахстан

**Ермаханова Г.А.**

Начальник отдела Центра экономических исследований Республиканский центр развития здравоохранения МЗ Республики Казахстан

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА УРОВНЕ ПМСП

**Атадуы:** БМСК деңгейінде медициналық қызметке ақы төлеу жүйесінің өзекті мәселелері  
**Авторлары:** Айкешева А.С., Стратулат И.С., Егеубаева С.А., Ермаханова Г.А., Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Денсаулық сақтау Министрлігі

**Түйіндеме:** Қазақстандағы жан басына шаққандағы норматив бойынша МСАК қаржыландырудың қолданыстағы әдістері халықаралық практикада кеңінен пайдаланылады және сарапшылардың бағалауы бойынша ел үшін оңтайлы болып табылады. Бірақ Қазақстандағы экономикалық қатынастардың нарықтық жүйесі қаржыландырудың қолданыстағы тәсілдерін өзгерту қажеттілігін көрсетеді. Соңғы жылдары МСАК қаржыландыру жүйесі анағұрлым өзгерістерге ұшырады, бюджеттік-сметалық қаржыландырудан бастап екі компонентті жан басына шаққандағы нормативке дейін эволюциялық жолдан өтті.

**Title:** Current problems of payment Health care Services at primary Health care  
**Authors:** Aykesheva A.S., Stratulat I.S., Yegeubayeva S.A., Yermahanova G.A., Republic Centre for Health Development

**Abstract:** This paper presents an analysis of levels of development of First Medical Aid financing system, and results of its continuous improvement. The goals of out-patient care financing reforms represent complex tasks, addressing solutions of interrelated problems, directed towards improvement of quality of service and motivation for primary level specialists in healthcare.

**Актуальность.**

Действующие в Казахстане методы финансирования ПМСП по подушевому нормативу широко используются в международной практике, и по оценкам экспертов являются для страны оптимальными. Однако рыночная система экономических отношений в Казахстане диктует необ-

ходимость изменения существующих подходов к финансированию. За последние годы система финансирования ПМСП претерпела значительные изменения, прошла эволюционный путь от бюджетно – сметного финансирования до двухкомпонентного подушевого норматива (рисунок 1).

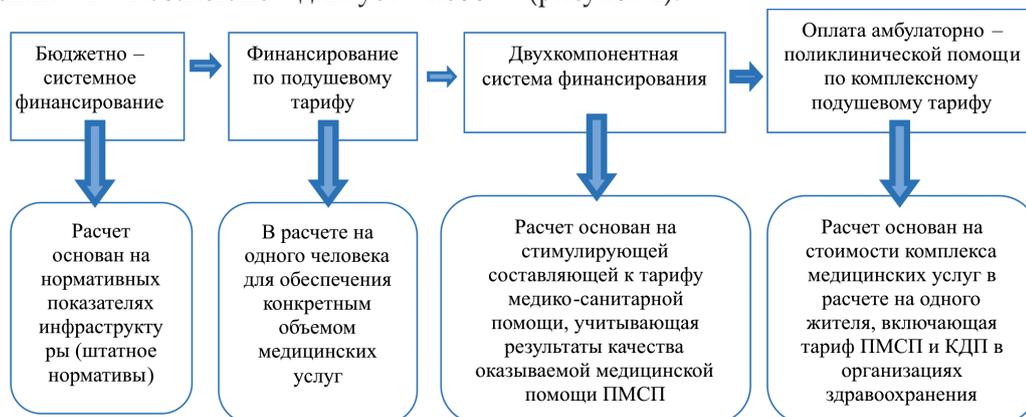


Рисунок 1 - Особенности этапов системы финансирования ПМСП

Как видно из рисунка 1, до 2011 года финансирование ПМСП осуществлялось по подушевому принципу. В мировой практике считается, что финансирование по подушевому принципу наиболее полно демонстрирует разумный баланс между требуемым и реально оказываемым количеством услуг и акцентом на профилактических мероприятиях. Однако все это достигается только при наличии конкуренции между поставщиками услуг ПМСП.

Подушевое финансирование, как метод оплаты, используется на первичном уровне за оказание базового набора услуг. Во многих странах подушевое финансирование является основой в распределении ресурсов в здравоохранении. Формула, определяющая размер ставки, может быть как очень простой, когда общие затраты относят к количеству населения, так и более сложной, если включать демографические и эпидемиологические показатели. По предоставленным данным областных, городов Астана и Алматы управлений здравоохранения, подушевой норматив финансирования в среднем по республике в динамике за 2005-2009 гг. вырос более чем в 2 раза. При этом коэффициент вариации (V) в пределах 35-43% указывает на значительное межрегиональное неравенство в подушевом финансировании регионов РК, уровень здоровья населения не имел заметного улучшения.

В процессе анализа эффективности действующей системы финансирования ПМСП до 2010 года были определены основные факторы неэффективности: недостаточное финансирование ПМСП, неэффективное управление средствами, межрегиональное неравенство в финансировании ПМСП в разрезе регионов страны, отсутствие межсекторального сотрудничества, отсутствие солидарной ответственности за здоровье. В целях достижения межрегионального выравнивания определена формула формирования ПН с учетом всех поправочных коэффициентов, что значительно приближает объем финансирования на прикрепленного жителя в соответствии с потребностями, определен объем финансирования по возмещению затрат первичной медико-санитарной помощи и утвержден внесением изменений и дополнений в Постановление Правительства от 7 декабря 2009 года № 2030 года «Об утверждении Правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств»:

$Офин = (Кнас \cdot Пнорм \cdot Пкоэф.) + ДКПН$ , где:

Офин - объем финансирования на очередной плановый период организации первичной медико-санитарной помощи;

Кнас - количество прикрепленного

населения;

Пнорм - подушевой норматив;

Пкоэф - пологовозрастной поправочный коэффициент данной организации ПМСП;

ДКПН - дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи.

Однако в условиях несовершенства РПН и других факторов, описанных выше, само по себе подушевое финансирование не способно действительно стимулировать поставщиков услуг к непрерывному росту качества оказываемых услуг и акцентированию профилактической направленности.

С 2011 года для решения этих задач в систему финансирования ПМСП внедрен стимулирующий компонент (составляющая) подушевого норматива (СКПН). СКПН является величиной переменной и финансируется из средств республиканского бюджета для дополнительной оплаты труда и повышения квалификации медицинских работников ПМСП. Система финансирования, в которой величина выплачиваемой суммы зависит от качественных результатов работы, предоставляет дополнительные стимулы поставщикам ПМСП совершенствовать систему менеджмента качества, эффективность организационной структуры, создает условия для мотивации сотрудников на повышение качества оказываемых услуг.

Однако реализация основных задач ГПРЗ «Саламатты Қазақстан», ЕНСЗ в части приоритетности развития и адекватности финансирования ПМСП, направленного на повышение качества медицинских услуг, наряду с внедрением СКПН, требует комплексного подхода и дополнительных финансовых вложений для развития профилактической медицины (внедрение Национальной скрининговой программы), развития социально - ориентированной ПМСП, внедрения принципа общей врачебной практики. Для реализации этих целей финансирование ПМСП за период внедрения ЕНСЗ увеличилось почти на 80%, в том числе за счет РБ более чем в 5 раз. Созданы службы социально-психологической помощи: работают 462 психолога, 2060 социальных работников, 6900 вторых и третьих медицинских сестер. Для усиления профилактической медицины – созданы: 3029 школ здоровья, 201 центров укрепления здоровья, 87 антитабачных центров, 50 молодежных центров. На СКПН выделено 9 496 943 тыс. тг., 100% охват организаций ПМСП, более 35 тыс. медицинских работников, 2,5 тыс. социальных работников, не менее 10% средств направлено на повышение квалификации, средние дополнительные выплаты к основному окладу: врачам – 85 тыс. тг. (48, 8 - 120,3 тыс. тг.), мед. сестрам – 48 тыс. тг. (25,6 - 52, 6 тыс. тг.), соц.

работникам и психологам – 32 тыс. тг. (22,7 - 98,9 тыс. тг).

Таким образом, благодаря существенному росту бюджетных ассигнований, в том числе из республиканского бюджета, для реализации задач периода активного развития ЕНСЗ внедрена система двухкомпонентного подушевого норматива, национальная скрининговая программа, созданы службы социально-психологической помощи, условия развития профилактической медицины.

С целью адекватного распределения ресурсов СКПН для достижения цели по мотивации труда сотрудников ПМСП Министерством здравоохранения Республики Казахстан разработана методика расчета СКПН и система индикаторной оценки деятельности организаций ПМСП. Заложены в Методике механизм выплат СКПН, а именно: СКПН не выплачивается организации ПМСП с наихудшими результатами, а также расчет достижения цели проводится в сравнении с предыдущим значением, а не исходным в начале или конце года – позволили участвовать в конкурентной

среде, практически, всем поставщикам услуг первичной медико-санитарной помощи. Основу индикаторов составили заболевания и состояния, определяющие медико – демографические последствия для страны, медико-экономические аспекты деятельности ПМСП.

Общая картина значений индикаторов СКПН на протяжении 7 кварталов показала тенденцию к слабopоложительной динамике, более выраженную по индикатору «Госпитализация в КС с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы». Детальный анализ динамики значений каждого индикатора и целей по кварталам выявил отсутствие четких закономерностей на протяжении всего периода мониторинга.

Результаты анализа экономической эффективности СКПН по 2 индикаторам (с 2012 г) – случаям госпитализации в круглосуточный стационар с осложнениями хронических заболеваний и эффективности использования стационарозамещающей технологии, представлены в таблице 1 и указывают на актуальность проблемы.

Таблица 1 - Результативность внедрения ЕНСЗ на ПМСП

Поток больных	Количество случаев	% от совокупного объема	Необоснованные расходы, млрд. тг.
Экстренная госпитализация больных с обострениями хронических заболеваний, управляемых на уровне АПО	142 817	9	8,2
Экстренная госпитализация больных, лечение которых возможно в АПО	41 281	2,6	2,4
Экстренная госпитализация больных, лечение которых возможно в АПО	118 111	7,3	2,3
Кол-во пролеченных в ДС, лечение которых возможно в АПО	40 505	2,5	1,7

Необоснованные расходы на госпитализацию в круглосуточный и дневной стационар при возможности управления этими случаями на уровне амбулаторно-поликлинической организации, в частности ПМСП, составили около 15 млрд. тг.

Анализ выплат СКПН по данным ЦИЗ РЦРЗ показал, что суммы в разрезе регионов варьируют в широких пределах: от 33 млн. тг. в Южно – Казахстанской до 67 млн. тг. в Акмолинской области, что является одним из показателей наличия конкурентной среды среди поставщиков медицинских услуг.

Полученные положительные тренды динамики индикаторов СКПН свидетельствуют о вкладе организаций ПМСП на пути к достижению целевых индикаторов государственной программы «Саламатты Қазақстан» и Глобального

индекса конкурентоспособности страны. С внедрением СКПН получило развитие внедрение принципа общей врачебной практики – количество ВОП увеличилось более чем в 3 раза, внедрена индикаторная система оценки деятельности организаций ПМСП, что позволит эффективно использовать выделенные государством ресурсы.

В то же время достаточно высокая вариабельность как значений индикаторов, так и сумм выплат СКПН диктуют необходимость анализа факторов и условий, влияющих на достижение конечных целей. Учитывая, что целевые уровни индикаторов для всех поставщиков услуг ПМСП имеют одинаковые уровни, фактические значения каждого индикатора за 3 квартала 2011г. и 1 квартал 2012 г. проанализированы в

разрезе каждой организации относительно их верхнего, нижнего и среднего уровня по критерию «достижение» или «недостижение» на протяжении 3-4 кварталов. Расчеты показали, что возможности достижения запланированных уровней индикаторов между верхним и нижним значением по всем индикаторам различаются почти в 3 раза. Подобный подход позволил выделить «аутсайдеров», которые при наилучших собственных результатах имеют минимальные возможности и для повышения квалификации. Из этого следует, что для этой группы организаций целесообразно устанавливать соответствующие их реальным возможностям пороговые значения. Такой подход способствовал бы к стремлению медицинских организаций к непрерывному улучшению своих показателей.

Несмотря на непрерывное совершенствование системы финансирования, способствующее повышению качества деятельности ПМСП, сохраняется тенденция к росту хронических неинфекционных заболеваний. Известно, что финансирование по подушевому тарифу с учетом СКПН в условиях повышения потребности населения в комплексе необходимого объема исследований, является неадекватным. Для реализации целей ресурсосбережения на сегодня нет четкого механизма взаимодействия между ПМСП и консультативно-диагностическими отделениями (КДО). Все это стало основанием для пилотного внедрения оплаты амбулаторно-поликлинической помощи (Пилот) по комплексному подушевому тарифу (КПН), который может стать следующим этапом в развитии системы финансирования ПМСП. Организация менеджмента в условиях КПН предполагала мотивацию не просто на снижение КДУ, а повышение профессионализма специалистов ПМСП и КДП, профилактики. Кроме того, стояла задача четко выделить функции ПМСП и разделить полномочия между КДП, определить кто играет ключевую роль.

Подготовительный этап к внедрению Пилота позволил выявить ряд факторов, препятствующих эффективному управлению ресурсами ПМСП и в целом АПО. К ним относятся, прежде всего, несовершенство учетно – отчетной нормативной базы, где нет четкого разделения затрат на виды консультативно-диагностических услуг (КДУ), посещения по заболеваемости значительно превышают работу профилактического направления, объем затрат непрерывно растет за счет деятельности КДО и др.

Учитывая, что основным контингентом, потребляющим КДУ, является диспансерная группа, из общего количества нозологий,

подлежащих наблюдению у узких специалистов – 124 (всего – 159, 35 – для врачей ПМСП, 124 – для узких специалистов) 35 нозологий делегированы специалистам ПМСП, что составило 27,3%. С учетом 35 нозологий, исходно подлежащих наблюдению у врача ПМСП, удельный вес диспансерных нозологий у специалиста ПМСП составил 42,9%.

В соответствии с программой обучения интернов – врачей общей практики врачам ПМСП от узкого специалиста делегированы функции по 80 кодам нозологий из 327 или 24,5%. В структуре делегированных функций нозологии педиатрического профиля составили 35%, хирургического – 6,2%, терапевтического – 58,7%.

Основные индикаторы КПН, которые мониторировались в Пилоте, включали объем КДУ, финансирования, оптимизацию штатного расписания и формирование фонда КПН, предназначенной для мотивации труда основного персонала ПМСП. Наряду с этими изучалась динамика активности профилактической работы, индикаторов СКПН.

В условиях КПН имеется достаточно высокая мотивация и для профильных специалистов. Повышению их профессионального уровня соответствуют такие индикаторы как: снижение очередности, количество уточненных на амбулаторном этапе диагнозов, количество посещений для установления диагноза и определения тактики лечения, снижение количества вызовов скорой медицинской помощи, госпитализации в круглосуточный стационар.

По результатам мониторинга Пилота фактических значений индикаторов КПН существенное влияние оказывают такие объективные факторы, разные размеры базовой ставки, весового коэффициента, укрупнение ВОП, несовершенство РПН (наличие значительного количества нефинансируемой части населения), отсутствие четкой организации работы СМР и др. Среди них наиболее значимым фактором является межрегиональное неравенство в финансировании объема КДУ на 1 прикрепленного жителя в условиях Пилота. Доказательством данного положения является в наших исследованиях КВ, равный при финансировании по счет – реестрам УЗ 78,1%, по фактическим затратам – 53,5% (норма до 24%) Это указывает на выраженной степени колеблемость, или в нашем случае выраженное неравенство в финансировании по счет – реестрам, средней степени – по факту. На роль и место ВОП в возможности реализации расширенного функционала указывает наличие обратной корреляционной зависимости сильной

степени объема консультативных услуг и численностью ВОП в организациях, где укомплектованность составляет выше 50% (Караганда ГП №3 и ГП №4, Алматы №15, Астана №4 и 8).

Таким образом, непрерывное совершенствование системы финансирования первичной медико-санитарной помощи является важной задачей отрасли здравоохранения, определяющей перспективы развития ПМСП, направленной на повышение качества оказываемых медицинских услуг и укрепление здоровья популяции.

**Выводы:**

1. Система финансирования ПМСП в Казахстане характеризуется адекватным потребностям увеличением бюджетных ассигнований и процессом непрерывного совершенствования эффективностью управления финансовыми ресурсами для развития

профилактики.

2. Внедрение СКПН в стране является важным этапом системы финансирования ПМСП, способствующей как мотивации труда специалистов первичного звена, так и непрерывному повышению качества оказания медицинской помощи.

3. Пилотное внедрение оплаты амбулаторно-поликлинической помощи по КПН позволило выявить основные объективные факторы, влияющие на эффективность развития ПМСП и возможности ресурсосбережения в организации.

4. На основании полученных результатов исследования мониторинга СКПН и КПН Министерством здравоохранения Республики Казахстан разрабатываются стратегические цели и задачи по дальнейшему совершенствованию системы финансирования ПМСП.

**Тата Чантуридзе,**

MD, MPH, старший консультант по здравоохранению, OPM

## СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: УРОКИ ПО ПОДДЕРЖКЕ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-ФИНАНСИРОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

**Аталуы:** Тиімді техникалық көмектің жасауы: Қазақстан Республикасында денсаулық сақтаудың реформаларының қолдауы бойынша сабақтар

**Авторы:** Тата Чантуридзе, MD, MPH, Денсаулық сақтау бойынша бас консультант, OPM

**Түйіндеме:** Қазақстан Бүкіләлемдік банк жоба шегінде реформаларды қаржыландырылатын «Twinning Arrangements for Health Finance Capacity Building and Strengthening Strategic Purchasing» бюджеті 300 миллион АҚШ долларын құрайтын денсаулық сақтау секторы үшін техникалық қолдауды (ТҚ) алады. Денсаулық сақтауды Министрлігінің (ДСМ), халықаралық консалтинг агенттіктеріне де реформалардың масштабы және ТҚ, сонымен бірге мүмкіндігі шектеулі ескілікті іс есептер және денсаулық сақтау секторының өзгертілуінің масштаб әрекеттерімен, ТҚ тиімді іске асыруының жанында бір уақытта екі жақтан қысым жиі құрайды.

**Title:** Making technical assistance effective: Lessons learnt through supporting health-financing reforms in Kazakhstan

**Author:** Tata Chanturidze, MD, MPH Senior Health Consultant, OPM

**Abstract:** Kazakhstan is receiving technical assistance (TA) for health sector reforms through the World Bank-funded project “Twinning Arrangements for Health Finance Capacity Building and Strengthening Strategic Purchasing”, with a budget of US\$ 300 million. The scale of reforms and TA, as well as limitations in the Ministry of Health’s (MoH) capacity to simultaneously deal with the routine tasks and large-scale sector reform initiatives, puts particular pressure on both international consulting agencies and the MoH to make TA effective. This article highlights lessons learnt during three years of cooperation between the MoH Kazakhstan and Oxford Policy Management (OPM) in making TA useful for addressing the constantly updated priorities of health-financing reforms in the complex Kazakhstan context.

### Введение

Сотрудничество между Министерством здравоохранения (МЗ) Республики Казахстан и Консалтинговой компанией «Оксфорд Полиси Менеджмент» (ОПМ) началась в апреле 2010 года, когда был отобран ОПМ, чтобы обеспечить техническую поддержку (ТП) реформам и политике финансирования в области здравоохранения в Казахстане. На тот момент, Министерству здравоохранения приоритетным было понять, собирается ли ОПМ предложить готовые реформы финансирования здравоохранения, основанные на британском опыте и с ограниченным пониманием локального контекста, или работать в приоритетах и партнерстве с МЗ для достижения правительственных целей.

Со своей стороны ОПМ предложил амбициозные и сложные предложения для улучшения почти всех аспектов сектора здравоохранения, включая:

- Создание системы здравоохранения.
- Рационализация медицинской инфраструктуры поставок.
- Усовершенствование механизмов закупок.

- Достижение автономии поставщиков.
- Предоставление потребителю большого выбора со стороны поставщиков услуг.
- Определение и оптимизация гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

- Улучшение качества медицинских услуг и работы медицинского персонала.
- Выделение важности временной ценности денег и качество фармацевтических и лабораторных услуг.

Реформирование проводилось на основе политических целей, определенных президентом и правительством Республики Казахстан:

- Создание универсального обеспечения.
- Создание принципа разделения ответственности за здоровье народа, посредством четкого распределения финансовых и нематериальных обязанностей по здоровью между государством, работодателями и гражданами.
- Рациональное использование ресурсов.
- Совершенствование оказания меди-

цинских услуг.

- Поэтапное совершенствование эффективности бюджетного финансирования.
- Сокращение неформальных платежей.
- Изменение поведения граждан в отношении здоровья.

ОПМ был вовлечен в эту серию изменений с определенной целью, поддержать стратегическое планирование, основанное на фактических данных, и финансирование здравоохранения, улучшить механизмы закупок, отношения «потребитель-поставщик» и систему финансового менеджмента.

### Основные проблемы

Основная сложность для МЗ и ОПМ состояла в определении масштабов реформ и требуемой ТП, когда МЗ, с его ограниченными возможностями, приходилось заниматься рутинными делами, широкомасштабными реформами, и параллельно с этим наблюдением и контролем за работой восьми консалтинговых компаний, занимающихся 12 проектами по различным компонентам реформы. Возникшая в связи с этим проблема заключалась в недостаточности сотрудничества, доверия и ясности по техническим работам. Для решения этих проблем, ОПМ предложила МЗ правила, для достижения своевременной и полезной ТП в таком сложной ситуации.

Следующие секции описывают пять важных элементов для эффективного предоставления ТП Министерству здравоохранения РК.

### 1. Определение областей для поддержки

Во-первых, необходимо было определить области, в которых ОПМ отвечал бы требованиям МЗ в реформах финансирования здравоохранения. После полного анализа основных приоритетов МЗ, ОПМ сосредоточил свою деятельность в следующих областях:

- солидарная ответственность;
- составление бюджета, основанного на результатах;
- развитие и совершенствование КЗГ;
- выравнивание финансирования ПМСП и внедрение дифференцированной оплаты труда;
- автономия поставщиков;
- Национальные счета общественного здравоохранения;
- пересмотр гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП);
- исследования и обзоры.

### 2. Установление процесса объединенной работы

Следующий шаг должен был установить процесс объединенной работы с МЗ, Республиканским центром развития здравоохранения (РЦРЗ) и основными заин-

тересованными лицами, основанный на непрерывном сотрудничестве между участвующими сторонами.

ОПМ предложил согласовать конечные результаты на каждой фазе (проектный год). Это должно было происходить через обязательные встречи с координатором проекта МЗ при контроле Вице-министра в начале фазы, и завершаться письменным соглашением по конечному результату.

ОПМ также предложил стандартизированный процесс для совершенствования технических документаций, отчетов и образовательных материалов следующим образом:

- определение местных приоритетов;
- детальное ознакомление с проектом;
- подготовка черновых вариантов проекта;
- подготовка черновых вариантов проекта для комментариев и обратной связи с МЗ;
- информирование партнерских организаций работающих над схожими темами;
- проведение презентаций МЗ и заинтересованным лицам;
- рассмотрение каждого проекта;
- пересмотр черновых работ после проверки;
- предоставление заключительных проектов МЗ.

### 3. Гибкость при возникновении новых приоритетов у МЗ в ходе работы

В процессе работы, ОПМ научился гибко реагировать при возникновении новых приоритетов у МЗ в ходе работы, когда другие компании сосредоточились только на уже определенном списке дел, описанных в контракте.

В марте 2012 года перед ОПМ была поставлена задача проработать пять приоритетов в течение следующих трех месяцев, которые не были оговорены в контракте. Самым масштабным из этих назначений была работа над альтернативными формами финансирования здравоохранения относительно президентского обращения народу о солидарной ответственности за здоровье работодателями и гражданами.

Осознавая срочность и серьезность этой работы, ОПМ используя существующие ресурсы, выполнила поставленные задачи. Работа была закончена и представлена Вице-министру и представителям Всемирного банка в середине мая. Вице-министр одобрил концепцию финансирования здравоохранения, и ОПМ получил письмо благодарности от МЗ и Всемирного банка за предоставление ТП.

В таблице 1 представлен краткий сравнительный анализ опций финансирования здравоохранения по указанным Вице-министром критериям:

Таблица 1 - Сравнительный анализ опций финансирования здравоохранения по критериям

Критерии	Опции			
	Финансирование с бюджета + постепенное внедрение медицинского страхования	Бюджет + сооплата	Бюджет + сооплата/ ПМНС	Бюджет + ОМС
Здоровый образ жизни	=	+	-	-
Улучшение качества медицинских услуг	=	+	+	=
Точность/безопасность финансирования	=	-	=	+
Эффективность медицинских услуг	=	+	+	+
Вторичное финансирование приоритетных зон	=	-	-	+
Защита бедных и уязвимых слоев населения	=	=	--	=
Ответственность перед требованиями клиентов	=	+	+	=
Контроль затрат	=	-	--	-
Макроэкономическое влияние	=	=	-	-
Содействие развитию солидарной ответственности	=	+	+	=
Снижение неформальных платежей	=	-	-	+

Примечание: ПМНС - Персональный медицинский накопительный счет, ОМС - обязательное медицинское страхование  
 --= негативный, непоправимый, -= негативный, -= нет влияния, += позитивный, ++= позитивный, со значительной пользой

Другой пример необходимости гибкого реагирования – это оказание поддержки в развитии механизмов закупок в стационарах. ОПМ начал предоставлять ТП по этому вопросу в 2010 году, несмотря на то, что этот пункт был включен в контракт только в 2012 году. Оказание ТП в развитие КЗГ в стационарах, предоставленный ОПМ Комитету Закупок Медицинского обслуживания и РЦРЗ:

- обзор международного опыта для введения КЗГ в стационарах (2010);
- анализ казахстанских КЗГ В-0 (2011);
- поддержка рабочего плана для введения КЗГ (2011);
- анализ казахстанских КЗГ В-2 (2012);
- обзор внедрения КЗГ (2012);
- поддержка для укрепления потенциала команды МЗ/РЦРЗ по КЗГ (2011–2012).

Таким образом, ОПМ способствовал развитию и внедрению механизмов закупок в

стационарах через следующие пункты:

- внедрение КЗГ с января 2011;
- учреждение организационной структуры в 2011;
- дальнейшее рассмотрение КЗГ в 2011–2012;
- настройка мониторинга внедрения КЗГ в 2011;

Укрепление потенциала 36 специалистов, с помощью обучающих туров в Швейцарии в 2012.

В настоящее время команда МЗ/РЦРЗ, работающая над внедрением КЗГ в стационарах занимается пересмотром стоимости услуг. Необходимо закончить еще несколько задач в последующие годы, чтобы поддержать дальнейшее развитие КЗГ в стационарах. Планы описаны в общих чертах в Блоке 1. Эти задачи не указаны в контракте, и их осуществление требует дальнейшего рассмотрения возможных источников поддержки в этой области.

Блок 1 – Области, в которых необходима дальнейшая техническая помощь

<p><b>ОБЛАСТЬ 1 Распределение КЗГ по группам</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• основывается только на диагнозе или процедуре;</li> <li>• соединение МКБ 10 с МКБ 9;</li> <li>• предоставление понятия сопутствующего заболевания и серьезности;</li> <li>• Добавление КЗГ для услуг в настоящее время не включенных в группы КЗГ.</li> </ul> <p><b>ОБЛАСТЬ 2 Масштабы стоимости</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• установление стандартных требований для учета издержек;</li> <li>• открытие центров по установлению стоимости в больницах;</li> <li>• сбор информации для пересмотра масштаба стоимости;</li> <li>• рассмотрение стоимости услуг.</li> </ul> <p><b>ОБЛАСТЬ 3 Укрепление потенциала</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Укрепление потенциала больничного персонала в центрах (в национальном масштабе);</li> <li>• Укрепление потенциала кодировщик КЗГ (в национальном масштабе);</li> <li>• Укрепление потенциала команды МЗ по КЗГ.</li> </ul>
--

#### 4. Быстрая мобилизация ТП

Следующим пунктом стоял вопрос быстрой мобилизации ТП. Это нелегкая задача, у хороших консультантов почти всегда есть

график работы, запланированный за несколько месяцев вперед. В случае с МЗ, если ТП не была обеспечена в нужные сроки, они вынуждены были закончить работу без внешней

поддержки. Однако, в течение всей работы МЗ с ОПМ в этом не было необходимости, так как ОПМ обладает сильной внутренней командой и широкой сетью старших партнеров, ОПМ всегда был способен быстро мобилизовать требуемых консультантов.

### 5. Демонстрация постоянства и усердия

Также, было важно продемонстрировать постоянство и усердие в обеспечении технической поддержки относительно определенных вопросов политики. В связи с этим, необходимы были сбалансированные подходы на основе фактов местного контекста, к тому же нужно было найти способы представить эти подходы в приемлемом формате.

Основные принципы, предложенные ОПМ, были в рамках лучшей международной практики, учитывающих локальный контент. Они приводили к достижению целей. Пример этого подхода – автономия медицинских организаций, когда от ОПМ требовалось написать шесть отчетов о различных аспектах автономии поставщиков, будучи очень определенным и кратким, ориентируясь на конечный результат. Часть работы включала идентификацию областей для будущей работы, чтобы покрыть существующие пробелы, потенциально затрагивающие достижение государственной политики.

### Результаты

Все предложенные подходы в объеди-

ненной работе, описанные выше, были достаточно успешны. С сентября 2010 по апрель 2011 года (Фазы 1, 2, 3) ОПМ предоставил поддержку с конечным результатом по следующим проектам:

- 47 технических документов и отчетов;
- 13 аннотаций;
- 12 учебных пакетов и восемь учебных постановлений;
- четыре исследования;
- 20 презентаций.

Каждая из перечисленных работ предоставлялась в указанные сроки. Конечный результат проведенной работы был размещен на веб-сайте группы Поддержки Реализации Проекта Всемирного банка на русском и английском языках.

### Заключение

Мы уверены, что непрерывное сотрудничество, решение проблем возникших в связи с нехваткой контекста, незамедлительный ответ на потребности клиента, гибкость в размещении новых правительственных приоритетов/назначений, не включенных в контракт, способность быстрой мобилизации ОПМ в предоставлении ТП, сыграло основную роль в успешном сотрудничестве МЗ и ОПМ.

Эта комбинация обеспечения ТП ОПМ была высоко эффективной, и гарантировала успех в достижении поставленных целей МЗ в области финансирования здравоохранения и КЗГ в 2010–2012гг.



### Источники:

1. Mike Naylor, Tata Chanturidze, Mike Jones, George Gotzadze, Alan Roe, Martin Turner; Shared Responsibility for Health. Oxford Policy Management; Kazakhstan, May 2012
2. Mike Naylor, Tata Chanturidze, Mike Jones, George Gotzadze, Alan Roe, Martin Turner; Report on medium term projections of resource availability for health care from public and private sources and anticipated pattern of allocation. Oxford Policy Management; Kazakhstan, 2012
3. Mike Esau, Simon Hoelzer, Ale Manu; DRGs progress report, with recommendations on the implementation of DRGs as a mechanism for Hospital in-patient reimbursement in Kazakhstan. Oxford Policy Management; Kazakhstan, 2012
4. Simon Hoelzer, Mike Esau; Structure of DRG grouper and statistical analyses of current KZ-DRG; Oxford Policy Management; Kazakhstan, 2012;

**Tata Chanturidze,**  
 Senior Health Consultant, OPM

## MAKING TECHNICAL ASSISTANCE EFFECTIVE: LESSONS LEARNT THROUGH SUPPORTING HEALTH-FINANCING REFORMS IN KAZAKHSTAN

**Название:** Создание эффективной технической помощи: уроки по поддержке реформ здравоохранения-финансирования в Республике Казахстан.

**Автор:** **Тата Чантуридзе**, MD, MPH, старший консультант по здравоохранению, OPM

**Аннотация:** Казахстан получает техническую поддержку (ТП) для реформ в секторе здравоохранения, в рамках проекта финансируемого Всемирным банком «Twinning Arrangements for Health Finance Capacity Building and Strengthening Strategic Purchasing» бюджет которого составляет 300 миллионов долларов США. Масштабы реформ и ТП, а также ограничения Министерства здравоохранения (МЗ) в возможности одновременно иметь дело с рутинными задачами и с масштабными инициативами реформирования сектора здравоохранения, при эффективной реализации ТП часто создает давление на обе стороны, как на международные консалтинговые агентства, так и на МЗ.

В этой статье представлен краткий обзор уроков, извлеченные из трехлетнего сотрудничества между МЗ Республики Казахстан и Оксфорд Полиси Менеджмент (OPM), который, в рамках осуществления ТП должно помогать в решениях постоянно обновляющихся приоритетов по реформам здравоохранения – финансирования, в условиях сложного контекста Казахстана.

**Аталуы:** Тиімді техникалық көмектің жасауы: Қазақстан Республикасында денсаулық сақтаудың реформаларының қолдауы бойынша сабақтар

**Авторы:** **Тата Чантуридзе**, MD, MPH, Денсаулық сақтау бойынша бас консультант, OPM

**Түйіндемесі:** Қазақстан Бүкіләлемдік банк жоба шегінде реформаларды қаржыландырылатын «Twinning Arrangements for Health Finance Capacity Building and Strengthening Strategic Purchasing» бюджеті 300 миллион АҚШ долларын құрайтын денсаулық сақтау секторы үшін техникалық қолдауды (ТҚ) алады. Денсаулық сақтауды Министрлігінің (ДСМ), халықаралық консалтинг агенттіктеріне де реформалардың масштабы және ТҚ, сонымен бірге мүмкіндігі шектеулі ескілікті іс есептер және денсаулық сақтау секторының өзгертілуінің масштаб әрекеттерімен, ТҚ тиімді іске асыруының жанында бір уақытта екі жақтан қысым жиі құрайды.

### Introduction

The cooperation between the MoH Kazakhstan and OPM started in April 2010, when OPM was selected to provide TA in relation to health policy and financing reforms in Kazakhstan. At that time, the main concern of the MoH was to understand whether OPM was coming into the arena with “ready-made suggestions” for health-financing reforms, purely based on UK experience and with limited understanding of the local context, or whether OPM would be committed to the MoH’s priorities and be able to partner with them in a difficult pathway towards achieving governmental objectives.

From its side, OPM found a context wherein ambitious and complex health care reforms were initiated to improve almost all aspects of the sector, including:

- Creating a health system;
- Rationalising the health delivery infrastructure;

- Refining health service-related purchasing mechanisms;
- Achieving provider autonomy;
- Giving the consumer greater choice in terms of service providers;
- Specifying and optimising services in the State Guaranteed Benefit Package (SGBP);
- Improving the quality of services and health workforce; and
- Emphasising value for money and quality of pharmaceuticals and laboratory services.

These reforms were guided by the policy objectives defined by the President and the Government of Kazakhstan, calling for:

- Universal health coverage;
- Making the principle of shared responsibility for people’s health central, through a clear allocation of financial and non-financial responsibilities for health between the state, employers and citizens;
- Rationalization of resources and health

care consumption (with the focus on primary health care (PHC));

- Improving the health care delivery system;
- Gradually improving the effectiveness of budget funding;
- Achieving a reduction in informal payments; and
- Changing behavior and attitudes in relation to health.

OPM became involved in this series of changes with the clear mandate to support evidence-based policy planning, health financing and budgeting, improvement of service-purchasing mechanisms and purchaser and provider relations, and development of financial management systems.

### Key challenges

The main complexities for both the MoH and OPM came from the scale of the reforms and the TA required, where in the MoH – with its limited capacity – was required to simultaneously deal with routine tasks, large-scale sector reform initiatives and, in parallel, commission, absorb and oversee the work of eight consultancy companies working through 12 projects on various components of the sector reforms. The problems anticipated in this regard were lack of dialogue, lack of clarity on technical assignments, and lack of trust that the support provided by international agencies was worth the time spent with consultants familiarizing them with the issues, priorities and context.

To mitigate these issues, OPM proposed rules of engagement to the MoH, aimed at making the TA both timely and useful in this challenging environment.

Next sections outline five elements that became critical for effective TA delivery to the Ministry of Health of Kazakhstan.

Essentials for success

#### 1. Specifying the areas of support

The first step was to specify the areas where OPM would respond to the MoH's challenges in health-financing reforms. After thorough analyses of the MoH's priorities, OPM focused its support on the following areas:

- Shared responsibility for health;
- Results-based budgeting (RBB);
- Development and institutionalisation of diagnostic-related groups (DRGs);
- Equalisation financing for PHC and introduction of Pay for Performance (P4Ps);
- Provider autonomy;
- National Health accounts (NHA);
- Revision of the SGBP; and
- Studies and surveys.

#### 2. Establishing the process of joint work

The next step was to establish a process of joint work with the MoH, the Republican Centre for Health Developments (RCHD) and key stakeholders, based on continuous dialogue between the involved parties and a shared

understanding of the time pressures affecting political assignments.

OPM suggested making it necessary to achieve consensus on an updated list of deliverables for each phase (project year). This had to be done through obligatory meetings with the MoH Project Coordinator and the Vice Minister supervising the work at the beginning of the phase and be concluded in the written agreement on the updated list of deliverables.

OPM also suggested a standardized process for developing technical papers, reports and educational materials, as follows:

- Defining local counterparts for a deliverable;
- Developing joint understanding around a deliverable;
- Preparing draft reports/discussion papers;
- Providing drafts to the MoH for comments and feedback;
- Sharing drafts with partner organisations working on related issues;
- Presentations to the MoH and wider stakeholders;
- Peer reviewing of each deliverable;
- Revising drafts according to peer reviewer and MoH feedback; and
- Submitting final papers to the MoH.

#### 3. Being flexible in addressing emerging MoH priorities

In the process of cooperation with the MoH, OPM learnt to be flexible in addressing emerging MoH priorities, while remaining focused on the specific list of deliverables described in the contract.

In March 2012 OPM was asked to produce five deliverables within the following three months which were not included in the contract. The largest of these assignments was to work on health-financing options in relation to the President's appeal to the Nation on the shared responsibility for health of the state, employers and citizens.

Appreciating the urgency and importance of this work, and based on trust in senior MoH officials, OPM mobilised significant resources to work on the assignments. The work was completed by mid-May and presented by the top MoH officials to the Prime Minister and a representative of the World Bank at a brainstorming meeting. The Prime Minister approved the health-financing concept presented by the MoH and OPM received letters of gratitude from the MoH and the World Bank for its TA.

The table 1 below summarizes the comparative analyses of health-financing options against selected criteria, as presented to the Prime Minister:

Another example of the necessity of flexibility can be seen in the support provided by OPM in relation to the development of in-patient services purchasing mechanisms – DRGs. OPM

Table 1 - Comparison of the impacts of the main options against selected criteria

Criterion	Option			
	Financed from budget+VH1 gradually replacing OoP	Budget+co-payment	Budget+co-payment/PMSA	Budget+CHI
Promotes positive health behaviours	=	+	-	-
Encourages higher quality of service provision	=	+	+	=
Certainty/security of funding	=	-	=	+
Promotes efficiency in service delivery	=	+	+	+
Opportunity for redistribution of funding in priority areas	=	-	-	+
Protection to the poor and vulnerable	=	=	--	=
Responsiveness to individual client needs	=	+	+	=
Overhead and transaction costs	=	-	--	-
Macro-economic impact	=	=	-	-
Promotes shared responsibility	=	+	+	=
Impact on reduction of informal payments	=	-	-	+

-- negative and not correctible, - negative, = no impact, += positive, ++ positive with significant external benefits

started delivering the TA to DRGs since 2010, while deliverables for this were incorporated in the OPM contract in 2012. The TA provided by OPM to the DRG teams of the Medical Service Purchasing Committee and the RCHD included the following:

- Review of international experience on the introduction of DRGs (2010);
- Statistical analyses of KAZ DRG V-0 (2011);
- Support for the work plan for DRG introduction(2011);
- Statistical analyses of KAZ DRG V-2 (2012);
- Review of DRG implementation and recommendations for mitigation(2012); and
- Support for the capacity building of the MoH/RCHD DRG team(2011–2012).

In this way OPM contributed to the main achievements of the MoH in the development and introduction of the DRGs, through the following:

- Introduction of DRGs from January 2011;
- Establishment of a DRG organisational structure in 2011;
- Further revision of DRG grouper in 2011–2012;
- Setting up and operationalisation of DRG monitoring structures in 2011; and
- Capacity building of 36 professionals/ counterparts during the DRG study tours in Switzerland in 2012.

Currently, the MoH/RCHD DRG team is working on the revision of a grouper and cost weights with support from OPM. There are number of tasks to be completed in the coming years to support the further development and institutionalisation of DRGs. These areas are outlined in Box 1. These tasks go beyond of the current project implemented by OPM, and require further consideration of possible sources of support for the much-needed TA in this area.

Box 1 - These tasks go beyond of the current project implemented by OPM, and require further consideration of possible sources of support for the much-needed TA in this area.

**AREA I: Improving DRG grouper**

- Basing DRG only on a diagnosis or a procedure
- Linking ICD 10 with ICD 9
- Introducing concepts of co-morbidity and severity
- Adding DRGs for services currently not in the DRG grouper

**AREA II: DRG cost weights**

- Establishing standard requirements for cost accounting
- Establishing cost centres in hospitals
- Collecting information for cost weight revision from hospitals
- Reviewing cost weights

**AREA III: Capacity building**

- Capacity building of hospital staff in cost centres (nationwide)
- Capacity building of DRG coders (nationwide)
- Capacity building of the MoH DRG team

#### 4. Mobilising TA promptly

The next lesson learnt was the need to

mobilize the required TA promptly. Though seemingly straightforward, it is not always an easy

process as the best consultants almost always have their diaries booked several months in advance. For the MoH, if the TA is not provided when required then it is forced to produce a response to the assignment without external support. However, because of OPM's strong internal team and wide network of senior associates, it was always able to mobilize the requested consultants promptly.

### 5. Demonstrating persistence and diligence

Finally, it was critical to demonstrate determination and diligence in providing technical advice on specific policy issues. This required balancing evidence-based approaches with the knowledge of a local context – then finding ways to present these issues in an acceptable format.

The basic principles proposed by OPM were to adhere to the best international practice but be equally respectful to local insights and conditionality, as well as to provide explicit advice on questions and issues, leading to tangible outcomes. An example of this approach is the work done on hospital autonomy, where OPM was asked to write six reports on various aspects of provider autonomy, being very specific, concise and target oriented in each of these deliverables. Part of the work included identification of areas for future work to cover existing gaps potentially affecting the achievement of government policy.

### Results of suggested approaches

The approaches to the joint work described above were highly successful. Between April 2010 and September 2011 (Phases 1, 2, 3) OPM produced the following deliverables:

- 47 technical papers and reports;
- 13 briefing notes;
- 12 training packages developed and eight training packages delivered;
- Four small studies; and
- More than 20 presentations.

Each set of deliverables was delivered on time and to the written satisfaction of the MoH. These deliverables were published in both Russian and English on the website of the World Bank Project Implantation Support Team, Kazakhstan.

### Conclusions

We believe that the successful cooperation between the MoH and OPM was largely based on continuous dialogue, understanding of the pressure caused by the limitations of the context, urgency in responding to the client's needs, flexibility in accommodating new government priorities/assignments not included in the contract, the ability to mobilize TA promptly, and OPM's prudence and diligence in the provision of TA.

This combination ensured the technical support provided by OPM was highly effective and contributed to the MoH's extensive achievements in the areas of health financing and service purchasing in 2010–2012.



### References:

1. Mike Naylor, Tata Chanturidze, Mike Jones, George Gotzadze, Alan Roe, Martin Turner; Shared Responsibility for Health. Oxford Policy Management; Kazakhstan, May 2012
2. Mike Naylor, Tata Chanturidze, Mike Jones, George Gotzadze, Alan Roe, Martin Turner; Report on medium term projections of resource availability for health care from public and private sources and anticipated pattern of allocation. Oxford Policy Management; Kazakhstan, 2012
3. Mike Esau, Simon Hoelzer, Ale Manu; DRGs progress report, with recommendations on the implementation of DRGs as a mechanism for Hospital in-patient reimbursement in Kazakhstan. Oxford Policy Management; Kazakhstan, 2012
4. Simon Hoelzer, Mike Esau; Structure of DRG grouper and statistical analyses of current KZ-DRG; Oxford Policy Management; Kazakhstan, 2012;

**Какенов С.К.**

*Кокшетауская городская больница, г. Кокшетау*

**Демин М.П.**

*Кокшетауская городская больница, г. Кокшетау*

**Кодашев С.О.**

*Кокшетауская городская больница, г. Кокшетау*

## ОПЫТ РАБОТЫ ПО ВНЕДРЕНИЮ МОДЕЛИ БИЗНЕС-ПЛАНИРОВАНИЯ

**Аталуы:** Бизнес жоспарлау үлгісін енгізу бойынша жұмыс тәжірибесі

**Авторы:** Какенов С.К., Демин М.П., Кодашев С.О., *Көкшетау қаласының қалалық ауруханасы*

**Түйіндеме:** Бизнес-жоспарлау медициналық және қаржылық-шаруашылық жұмыстардың өзара байланысты өлшемдерін болжамдау және жоспарлаудың кешенді әдісі болып табылады және бюджет қаражатының жетіспеушілігі жағдайында жоспарлы қуаттылықтардың жұмысын толықтай ресурстық қамтамасыз ету үшін қолданылады.

**Title:** Experience in the implementation of business planning model

**Authors:** Kakenov S.K., Demin M.P., Kodashev S.O., *SCE on REM "Kokshetau city hospital"*

**Abstract:** Business planning is a complex method of forecasting and planning related parameters of medical and financial activities and in under low-budget conditions is being applied for the provision of full resourcing of the planned capacity.

Основополагающая миссия здравоохранения заключается в сохранении максимального здоровья населения.

В Послании Президента Республики Казахстан народу «Новое десятилетие, новый экономический подъем – новые возможности Казахстана» перед здравоохранением поставлены задачи на предстоящее десятилетие – улучшить качество и уровень жизни граждан, укрепить социальную стабильность и обеспечить социальную защищенность каждого гражданина.

Планирование деятельности любой организации, осуществление хозяйственной деятельности и достижение определённых её результатов характеризуется комплексом показателей, в совокупности составляющих содержание экономической информации о предметах и объектах анализа.

Планирование является важнейшей частью любого бизнеса. Серьёзный подход к планированию создает основу для устойчивого и эффективного бизнеса. Основным инструментом планирования выступает бизнес-план.

Бизнес-план – краткое, точное, доступное и понятное описание предполагаемого бизнеса, позволяющий выбрать из большого количества различных ситуаций, наиболее перспективные решения и определить средства для их достижения.

В медицинских услугах есть связь между общественной пользой и финансовой прибылью. Деятельность медицинских организаций дает обществу «чистую выгоду», кроме предоставления готовых товаров, услуг и рабочих мест.

Эта общественная польза заключается в инвестировании денег, времени и знаний в повышение качества жизни. Прибыль от медицинских услуг должна возвращаться обществу за счет улучшения качества услуг. В этом и заключается рост качества жизни или общественная польза здравоохранения.

По представленному бизнес-плану за счет оптимизации коечного фонда, увеличению объемов дневного стационара, внедрению ВСМП, сокращения средней длительности пребывания больного на койке, расширение оказания платных услуг, проведение ресурсосберегающей политики предоставят возможность предприятию получить дополнительный объем дохода в виде прибыли.

На 2012 год запланировано финансирование по госзаказу на сумму 554079,0 тыс.тенге, в том числе по программе 036 000 «Обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, за исключением направлений, финансируемых на местном уровне» на сумму 532170,0 тыс. тенге. По программе 009 015 «Оказание

медицинской помощи лицам, страдающим туберкулезом, инфекционными заболеваниями, психическими расстройствами поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ» на сумму 21909,0 тыс.тенге. По программе 033 015 «Материально-техническое оснащение медицинских организаций здравоохранения» выделено трансфертов на сумму 64000,0 тыс.т. на приобретение медицинского оборудования – 50000,0 тыс.тенге, на капитальный ремонт котельной – 14000,0 тыс.тенге. По внебюджетным средствам запланировано доходов на сумму 20000,0 тыс.тенге.

План финансирования в 2010-2011 г.г. выполнен на 100%. По итогам 9 месяцев 2012 года планы по дневному стационару выполнены на 102,2% по объему, по сумме финансирования на 105,9%, а по круглосуточному стационару отмечается рост по объему на 111,3%.

Перепрофилизация коечного фонда в зависимости от потребности населения и сокращение ряда невостребованных коек осуществлялась на основе оценки реальной потребности в количестве коек по профилям.

Анализ использования коечного фонда определяет имеющиеся возможности для дальнейшей оптимизации коечной мощности больницы. На сегодняшний день реальная потребность существует в хирургических, неврологических, кардиологических, эндокринологических и реабилитационных койках. Поэтому в долгосрочных планах перепрофилизация коек в пользу указанных нозологических групп, которые являются на рынке услуг более прибыльными. В сентябре 2012 года открыты койки восстановительного лечения и реабилитации в кардиологическом и неврологическом отделениях.

В структуре классов заболеваний коэффициент затратоемкости ниже 1 составляет 14,7%, в том числе по профилям: гастроэнтерология – 19,9%, гинекология – 18,7%, пульмонология – 10,3%, хирургия – 16,8%. Это связано с низким средним весовым коэффициентом по стационару 0,65–1,3 установленным соответственно мощности стационара на чисто бюджетной дотации с лимитным бюджетным планом финансирования.

Увеличение доли пациентов с весовым коэффициентом более 1,0–2,0, за счет перепрофилизации коечного фонда, ориентированные на специализированные койки терапевтического и хирургического профиля, внедрения ВСМП, дневного стационара за счет комплекса мед услуг, предоставляемых пациенту по ряду заболеваний, не отличающихся от услуг круглосуточного стационара, приведет к увеличению дохода предприятия.

Средний весовой коэффициент по больнице по круглосуточному стационару – 1,0424, в том числе: по гастроэнтерологии – 0,7780, гинекологии – 0,843, кардиологии – 1,5866, неврологии – 1,0805, пульмонологии – 0,7307 и хирургии – 1,2353.

С учетом низкого весового коэффициента менее 1.0 и использование коечного фонда позволяет принять управленческие решения по его оптимизации.

При увеличении коэффициента затратоемкости до 1.0 и выше в указанных отделениях доходы составят 17790,0 тыс.тенге.

Учитывая низкий коэффициент нозологических форм планируется перепрофилизация 5 коек гастроэнтерологических на эндокринологические койки, что позволит дополнительно пролечить не менее 60 больных эндокринологического профиля с экономической эффективностью до конца года 5520.0 тыс.тенге. За счет имеющихся ресурсов коечного фонда и перевода ряда больных с определенной нозологией из круглосуточного стационара на дневной для продолжения лечения в количестве 100 больных в год позволит предприятию получить прибыль в 1609,7 тыс.тенге., дополнительно к выделенному финансированию.

Возможности организации позволяют увеличить объем стационарозамещающей помощи до 300-350 больных в год

Увеличение объема стационарозамещающей помощи возможно за счет снижения госпитализации в круглосуточный стационар и госпитализации более простых клинических случаев, направленных ПМСП на плановую госпитализацию (исключение отказов), ранней выписки из стационара на долечивание в дневной стационар. Таким образом, при грамотной организации потоков пациентов и качественном подходе к управлению структурой, количество госпитализаций снизится, но, при этом сохранится или увеличится объем финансирования, позволяющий при оптимальных расходах обеспечить экономию финансовых средств.

При дальнейшей оптимизации коечного фонда имеются возможности оказания стационарной помощи по профилям коек с учетом материальных и кадровых ресурсов. Принятие указанных мер предполагает значительную интенсификацию использования коек и возможное увеличение объемов выполняемых услуг, соответственно улучшится показатель работы койки в стационаре, увеличивается получаемый доход.

Одним из резервов повышения использования коечного фонда является снижение средней длительности пребывания больного посредством внедрения малоинвазивных, современных и высокотехнологичных методов диагностики и

лечения основных заболеваний (СМП, ВСМП), проведение дополнительных диагностических исследований при необходимости в 1-й день госпитализации, проведение оперативных вмешательств в 1-й или 2-день при плановой госпитализации, начало лечения в 1-день госпитализации и своевременность выписки пациентов из стационара и т.д. Сокращение средней длительности пребывания на койке только на один день у каждого пациента в год позволило бы получить экономию по больнице 4684,2 тыс.тенге.

Предполагается пересмотр рабочего расписания основных диагностических и лечебных процедур с целью выравнивания нагрузки в течение дня (рентгенологические, ультразвуковое, лабораторные исследования, КТ, МРТ и т.д.). Перевод клинико-диагностических служб на круглосуточный режим работы позволит снизить длительность пребывания на койке, что приведет к снижению затрат на каждого больного.

Объем штрафных санкции за 1 полугодие 2012 года составил 2.4%, в суммарном выражении 6491288 тенге. За счет усиления контроля по внутреннему аудиту предполагается снижение штрафных санкции по программе ЕИСЗ (МСС) до 1 процента, что позволит увеличить доходную часть предприятия на 2675,0 тыс.тенге.

Расходы на коммунальные услуги за 2011 год в процентном отношении к общим расходам составили 3%. В разрезе услуг процент затрат на отопление составил 38%, на водоснабжение и канализацию – 21%, на электроэнергию – 41%.

За 6 месяцев 2012 года расходы на коммунальные услуги составили 4% от общих расходов, в разрезе услуг процент затрат на отопление составил 34%, на водоснабжение и канализацию – 15%, на электроэнергию – 51%.

В разрезе услуг процент затрат на отопление составил 46%, на водоснабжение и канализацию – 21%, на электроэнергию – 33%. Рост расходов на электроэнергию связан с тем что увеличился в среднем тариф на 19%, а также введены котлы для подогрева воды.

Для уменьшения расходов на электроэнергию планируются следующие

мероприятия – замена ламп накаливания на светодиодные лампы, при работе в кабинетах с персональными компьютерами использовать настольные лампы с уменьшением использования освещения потолочных ламп – экономия на первоначальном этапе потребления электроэнергии составит до 5–10% – 400,0 тыс.тенге., в последующие периоды до 30% и сокращение времени подачи горячей воды за счет отключения котлов на 1 час, экономия – 162,0 тыс.тенге. Для экономии затрат на бензин планируется переоборудование транспорта под газовое топливо, экономия составит 49%, в сумме 63,0 тыс.тенге.

Уменьшение расходов лекарственных средств на 2%, в сумме 1110,0 тыс.тенге за счет пересмотра лекарственного формуляра, активизации деятельности комиссии по рациональному использованию лекарственных средств.

Планируемое увеличение доходной части до конца года на 36156,10 тыс.тенге. Общая сумма снижения расходной части бюджета составит – 1733.0 тыс.тенге.

По представленному бизнес-плану к концу 2012 года общая прибыль предприятия будет составлять 37890,0 тыс.тенге.

#### Выводы

Пока идёт процесс накопления опыта для разработки этих планов. Основной задачей бизнес-планирования является приведение в соответствие используемых под отдельные источники финансирования ресурсов плановых мощностей и обеспечение полного ресурсного покрытия планируемых объемов мощностей по всем источникам. Ежегодное бизнес-планирование осуществляется с целью повышения финансовой стабильности организации, оптимизации использования финансовых, материально-технических и кадровых ресурсов.

Бизнес-планирование является комплексным методом прогнозирования и планирования взаимосвязанных параметров медицинской и финансово-хозяйственной деятельности и в условиях недостаточности средств бюджета применяется для полного ресурсного обеспечения работы плановых мощностей.

#### Источники:

1. Постановление Правительства Республики Казахстан №1174 от 04.08.2009 года «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан.
2. Постановление Правительства Республики Казахстан №41 от 29.12.2010 г. «Об утверждении плана мероприятий Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты- Қазақстан» на 2011–2015 годы.
3. Кирбасова Н.П., Байбиков Д.Р. Бизнес-планирование как комплексный метод повышения эффективности деятельности учреждений здравоохранения в условиях многоканального финансирования // Главный врач. - №3. – 2004. – С.12-17.
4. Морозкин В.А., Бузов В.П. Бизнес-планирование. – М.: Академия, 2003.
5. Румянцева А.Е. Менеджмент и организации. – М.: Прогресс, 2001.

Коянбаева Ж.К.

Начальник отдела статистики здравоохранения Республиканский центр развития здравоохранения

## СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА В РАМКАХ ЕДИНОГО ПЛАТЕЛЬЩИКА ПО ИТОГАМ 9 МЕСЯЦЕВ 2012 ГОДА

**Аталуы:** 2012 жылдың 9 айдың қорытындылары бойынша төсектік қорды пайдаланудың тиімділігінің басқару жүйесі

**Авторы:** Коянбаева Ж.К., Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының Медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру және статистика орталығының бөлім бастығы

**Түйіндемесі:** Біртұтас ақы төлеуші шеңберінде 2012 жылдың 9 айының қорытындысы бойынша, төсек қорларын пайдалануды басқару жүйесін жетілдіру мақсатымен өткізілген талдау койкалық қорға белгілі бір түрде қайта ұйымдастыру өткізіліп отырғанына қарамастан, ол әрқашанда жеткілікті түрде негізделген сипатқа ие бола бермейтіндігін көрсетеді. Қайта құруларды өткізудің жүйелі тәсілдері толыққанды көрсетілмеген. Төсек қорларының бара-бар емес кеңеюі байқалады; Ауруханаға шұғыл жатқызулар санының айтарлықтай өсімі (бүгінгі күні басымды болып табылатын) амбулаторлық-емханалық кезеңде пациенттерді жоспарлы қарау жұмыстарының әлсірегенін көрсете алады. Осыған байланысты, төсек қорларын пайдаланудың тиімділігін арттыру үшін бос тұрған төсектерді қысқарту қажет, нәтижесінде НБОУ қысқарады және төсек орындарының айналымы ұлғаяды, төсек орындарының жұмысы көбейіп, бұл өз кезегінде бос төсектердің санын төмендетеді.

**Title:** Administration System of Bed Capacity Utilization within the Single-payer regarding the results after 9 Months in 2012

**Author:** Koyanbayeva Zh.K., Head of the department of healthcare statistic, Republican Center for Health Development

**Abstract:** Regarding the results of analyze after 9 months in 2012, for the purpose of improvement of administration system of bed capacity utilization within the single-payer it was found out that even if certain reorganization of bed capacity is carried out, it is not always reasonable. System approach for the conduction of transformations is not fully expressed. It was observed inadequate expansion of the bed capacity; Essential growth of the emergency hospitalization (which is dominating now) can show the weakening of scheduled pursuit outpatient care work. Regarding to this, it is required to reduce empty beds to increase an efficiency of bed capacity utilization and as a result, average length of hospitalization will decrease and bed trades will increase which will lead to reduction of free beds.

**Ф**ункции управления - это конкретный вид управленческой деятельности, который осуществляется специальными приемами и способами, а также соответствующая организация работ.

Для выполнения той или иной относительно простой работы необходимо заранее определить, что нужно в итоге получить, как организовать дело, мотивировать и проконтролировать его выполнение. Это и есть функции управления.

Анри Файоль, которому принадлежит разработка теории административного управления, в начале XX в. выделил пять исходных функций, или элементов, административного процесса: предвидение, организация, распоряжение, согласование, контроль. Чаще говорят о четырех функциях управления - планирование, организация, мотивация и контроль.

Планирование как процесс управления включает разработку и реализацию средств

воздействия: концепцию, прогноз, программу, план. Каждое из средств воздействия имеет свою специфику и условия использования.

В нашей стране Президент поставил перед системой здравоохранения задачи, направленные на достижение цели по укреплению здоровья нации. Сегодня уникальным механизмом ее реализации выступает Единая национальная система здравоохранения (далее – ЕНСЗ), которая внедрена с 2010 года. Результатом внедрения ЕНСЗ являются:

- Обеспечение свободного выбора стационара;
- Повышение доступности медицинских услуг для всего слоев населения;
- Создание оптимальной сети медицинских организаций, лекарственное обеспечение;
- Обеспечение доступности современных достижений в области медицины высоких технологий (ВСМП);
- Развитие транспортной системы в

рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП);

- Развитие стационарозаменяющей помощи для населения;
- Внедрение технологии раннего восстановительного лечения и медицинской реабилитации.

В условиях внедрения ЕНСЗ появились возможности развития менеджмента в государственных организациях здравоохранения в виде самостоятельного и рационального управления своими коечными фондами.

К примеру, правильное планирование

занятости коечного фонда обеспечивает рациональное использование коечного фонда, которое является важным направлением развития здравоохранения на современном этапе. Первым этапом данного направления является реструктуризация коечного фонда, приведение его в соответствие с реальными потребностями населения в различных видах стационарной помощи, повышение эффективности использования коек.

Фактическое состояние использования коечного за 2010-2012 годы, показатели стационаров сложились следующим образом (рисунок 1):

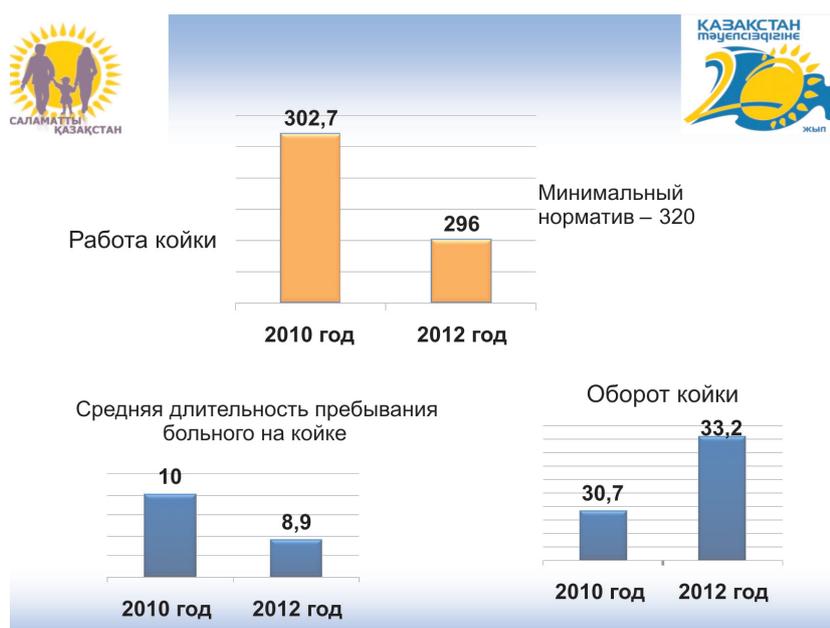


Рисунок 1 – Оценка эффективности работы круглосуточных стационаров системы ЕНСЗ.

№ п/п	Регионы	Кол-во коек на 01.01.2010 г.	Кол-во сокращенных коек				Кол-во перепрофилированных коек				Кол-во вновь введенных коек				Кол-во коек на отчетный период
			2010 год	2011 год	9 мес. 2012 года	всего	2010 год	2011 год	9 мес. 2012 года	всего	2010 год	2011 год	9 мес. 2012 года	всего	
1	Акмолинская	5330	531	464	97	1092	394	243	147	784	0	27	20	47	3807
2	Актюбинская	3334	210	259	85	554	262	234	251	747	95	78	98	271	2559
3	Алматинская	5977	20	28	95	143	25	201	37	263	0	205	230	435	5864
4	Атырауская	2134	57	14		71	228	157	62	447	0	0	0	0	1838
5	ВКО	7782	168	248	164	580	377	353	107	837	80	126	50	256	6500
6	Жамбылская	4938	317	62	143	522	357	219	229	805	31	1	117	149	4041
7	ЗКО	3284	145	0	64	209	175	367	135	677	0	0	0	0	2560
8	Карагандинская	7491	18	174	39	231	442	175	56	673	24	13	57	94	5957
9	Костанай	5001	333	262	394	989	340	336	157	833	0	45	70	115	3717
10	Кызылординская	3595	0	32	96	128	90	22	1	113	105	0	85	190	3088
11	Мангыстауская	1985	100	0	5	105	68	188	182	438	0	0	45	45	1720
12	Павлодарская	4263	119	160	90	369	240	235	160	635	20	27	27	74	3523
13	СКО	4136	506	108	230	844	296	175	18	489	63	42	0	105	2882
14	ЮКО	9800	287	278	88	653	722	0	464	1186	229	347	85	661	8768
15	город Алматы	7283	226	491	361	1078	109	229	73	411	281	775	1122	2178	7113
16	город Астана	3697	49	40	5	94	141	65	100	306	524	292	124	940	4083
	<b>РК</b>	<b>80030</b>	<b>3086</b>	<b>2620</b>	<b>1956</b>	<b>7662</b>	<b>4266</b>	<b>3199</b>	<b>2179</b>	<b>9644</b>	<b>1452</b>	<b>1978</b>	<b>2130</b>	<b>5560</b>	<b>68020</b>

Рисунок 2 – Реструктуризация коечного фонда

Несмотря на снижение средней длительности пребывания больного на койке и увеличения оборота койки снижается работа койки до 296 дня против 302,7 в 2010 году, при минимальном нормативе работы койки в среднем 320 дней по итогам года.

Основной ресурсной характеристикой стационара является коечный фонд, поэтому одной из важнейших задач является оптимизация использования данного ресурса. Так, по всей республике за 2010-2011 годы и 9 месяцев текущего года в результате свободного выбора стационара сокращено 7662 коек по невостребованным профилям медицинских услуг (рисунок 2).

Такая гибкая система управления коечным фондом дает возможность сэкономить за счет сокращения расходов по содержанию невостребованных коек.

Благодаря своевременно принятому решению по рационализации коечного фонда перепрофилировано 9644 коек на более необходимые для населения профили медицинской помощи, что, в свою очередь, расширяет диапазон доступности медицинских услуг.

Однако, параллельно, почти во всех областях наблюдается увеличение числа функционирующих коек. За анализируемые годы количество вновь введенных коек составило 5560 коек.

В результате расширения коечного фонда увеличивается количество свободных коек, что, в свою очередь, приводит к простаиванию коек. По итогам 9 месяцев текущего года удельный вес свободных коек вырос до 7,6% против 6,3% 2010 года (рисунок 3).

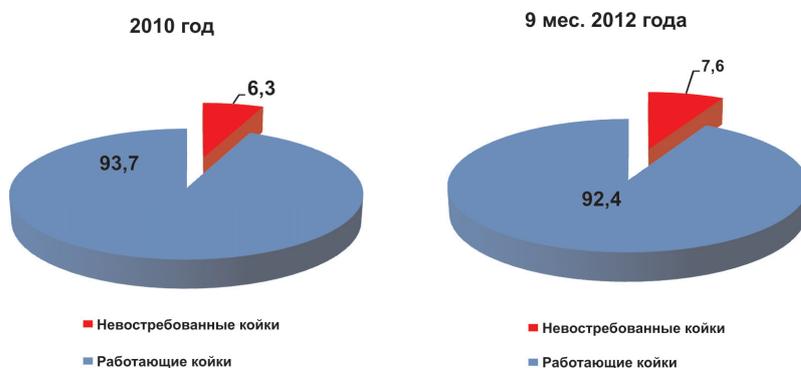


Рисунок 3 – Эффективность использования коечного фонда

Это говорит о том что, в регионах не проводится анализ эффективности использования коечного фонда. Ведется одновременное сокращение и ввод коек. По

итомам 9 месяцев 2012 года число введенных коек превышает сокращенные. Соответственно число простаивающих коек не уменьшается (рисунок 4).

№ п/п	Регионы	Кол -во коек по состоянию на 01.01.2012г.	Кол -во сокращенных коек		Кол -во вновь введенных коек		Количество коек на 30.09.2012г.	Свободные койки
			абс.число	%	абс.число	%		
1	Акмолинская	4062	97	2,4	20	0,5	3807	513
2	Актюбинская	2656	85	3,2	98	3,7	2559	141
3	Алматинская	5954	95	1,6	230	3,9	5864	-321
4	Атырауская	1938		0,0		0,0	1838	275
5	ВКО	7053	164	2,3	50	0,7	6500	914
6	Жамбылская	4202	143	3,4	117	2,8	4041	378
7	ЗКО	2779	64	2,3		0,0	2560	334
8	Карагандинская	6289	39	0,6	57	0,9	5957	737
9	Костанайская	4291	394	9,2	70	1,6	3717	323
10	Кызылординская	3199	96	3,0	85	2,7	3088	313
11	Мангистауская	1725	5	0,3	45	2,6	1720	11
12	Павлодарская	3756	90	2,4	27	0,7	3523	253
13	СКО	3292	230	7,0	0	0,0	2882	446
14	ЮКО	9071	88	1,0	85	0,9	8768	750
15	Алматы	6522	361	5,5	1122	17,2	7113	201
16	Астана	4209	5	0,1	124	2,9	4083	-126
	РК	70998	1956	2,8	2130	3,0	68020	5142

! В регионах не проводится анализ эффективности использования коечного фонда  
 ! Ведется одновременное сокращение и ввод коек. Число введенных коек превышает сокращенные  
 ! Число простаивающих коек не уменьшается

Сокращение только на 4,2 %

Рисунок 4 – Анализ эффективности использования коечного фонда в рамках Единого Плательщика по итогам 9 месяцев 2012 года

Кроме того, при анализе наблюдается недостаточная и необоснованная работа по перепрофилированию коек в более востребованные профили. К примеру, по

итогам 9 месяцев текущего года количество свободных коек составил - 5142 коек (рисунок 5).

Свободные койки				Перепрофилированы в другие профили	
№	Профили коек	абс.	%	абс.	%
1	патология беременных	996	32,9	92	9,2
2	хирургические для взрослых	430	6,2	130	31,4
3	эндокринологические	115	12,6	29	25,2
4	отоларингологические	128	9,4	21	16,4
5	ожоговые	93	25,8	11	11,8
6	проктологические	99	25,1	38	64,4
7	ортопедические для детей	44	16,4		
8	офтальмологические для детей	36	13,4	4	11,1
9	торакальная хирургия	32	24,4	5	15,6
10	ревматологические	32	5,7	7	21,9
11	сосудистая хирургия	22	5,4	2	9,1
12	терапевтические	209	2,8	108	88,9
13	педиатрические	764	14,3	125	16,4
14	аллергологические	30	8,2	55	183
15	гноино-хирургические для детей	10	9,2	38	380
16	неврологические	-147	5,1	109	71,7
17	гноино-хирургические для взрослых	-42	14,4	38	90,4
18	челюстно-лицевая хирургия	-44	7,6	5	16,7
19	нейрохирургические	-81	6,3	25	35,2
20	травматологические	-397	15	124	31,2

**! Перепрофилирование коек ведется без учета текущей ситуации по функционированию коек и реальным потребностям**

Центр совершенствования организации медицинской помощи и статистики

Рисунок 5 – Сравнительная таблица свободных и перепрофилированных коек за 9 мес. 2012 г.

Высокий процент свободных коек составили следующие профильные койки, предназначенные для обслуживания взрослого и детского населения: патология беременных (32,9%), ожоговые (25,8%), проктологические (25,1%), торакальная хирургия (24,4%), ортопедические для детей (16,4%), педиатрические – 14,3, офтальмологические для детей (13,4%), эндокринологические (12,6%), отоларингологические (9,4%), хирургический для взрослых (6,2%).

Однако процесс перепрофилирования на местах проводится не на должном уровне, так как в среднем только 24,8% из пустующих коек перепрофилированы.

Вместе с тем, наблюдается работа перепрофилирования из перегруженных коек по следующим профилям: травматологические, гнойные хирургические для взрослых, челюстно-лицевая хирургия, нейрохирургические, неврологические.

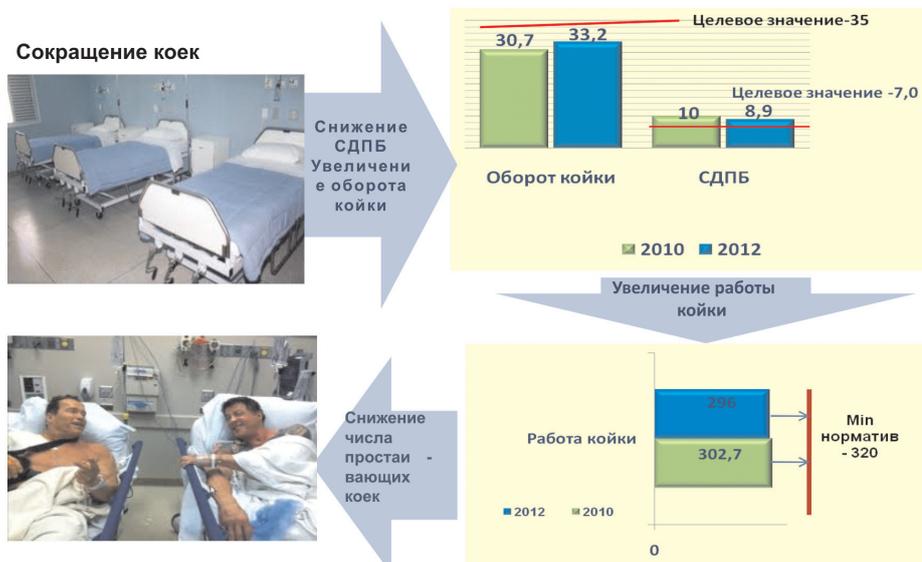


Рисунок 6 – Повышение эффективности использования коечного фонда

**Выводы:**

1. Проведенный анализ свидетельствует о том, что хотя определенная реорганизация коечного фонда и проводится, она не всегда носит достаточно обоснованный характер. Не в полной мере выражен системный подход к проведению преобразований.

2. Наблюдается неадекватное расширение коечного фонда;

3. Существенный рост числа экстренных госпитализаций (которые в настоящее время являются доминирующими) может свидетельствовать об ослаблении работы по плановому ведению пациенток на амбулаторно-поликлиническом этапе.

В этой связи, для повышения эффективности использования коечного фонда необходимо сократить пустующие койки, в результате которого снизится СДПБ и увеличится оборот койки, увеличится работа койки, что в свою очередь снижает количество свободных коек (рисунок 6).

На основании вышеизложенного необходимо:

4. Территориальным филиалам РЦРЗ совместно с УЗО необходимо детально изучить структуру коечного фонда;

5. Оценить работу койки через оборот, занятость, среднюю длительность пребывания;

6. Изучить потребность коек по Бюро госпитализации;

7. Анализировать коечный фонд стационаров региона с сопоставлением наличия свободных коек и востребованных профилей для внесения предложений в Управление здравоохранения регионов по реструктуризации коечного фонда по принципу интенсивности оказания помощи.

8. Предусмотреть при планировании коечного фонда увеличение коек дневного пребывания при круглосуточных стационарах, более активно расширять оказание помощи на койках сестринского ухода, развивать обслуживание иногородних пациентов в условиях пансионатов.

9. Продолжить работу по развитию стационарозамещающих технологий в деятельности амбулаторно-поликлинической службы с анализом пролеченных пациентом в стационарах дневного пребывания

10. Достижение результативности процесса взаимодействия стационаров и ПМСП на основе таких индикаторов:

- снижение уровня осложненных экстренных госпитализаций среди диспансерных пациентов, увеличение потока плановых больных;
- снижение госпитализаций в реанимации и отделения интенсивной терапии;
- снижение количества вызовов на скорую помощь со стороны хронических больных.

**Костюк А.В.**

Руководитель Центра стандартизации и оценки медицинских технологий, Республиканский центр развития здравоохранения

**Табаров А.Б.**

Начальник отдела Центра стандартизации и оценки медицинских технологий, Республиканский центр развития здравоохранения

**Альмадиева А.К.**

Специалист Центра стандартизации и оценки медицинских технологий, Республиканский центр развития здравоохранения

## ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ – СДЕРЖИВАНИЕ ЗАТРАТ ИЛИ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА?

**Аталуы:** Медициналық технологиялардың бағалау (МТБ) – шығыстарды шектеу әлде сапаны қамтамасыз етуді баяулату ма?

**Авторлары:** **Костюк А.В.**, Стандартизациялау және дәрігерлік технологияларды бағалау ортасының жетекшісі, Денсаулық сақтауды дамыту Республикалық орталығы; **Табаров А.Б.**, Стандартизациялау және дәрігерлік технологияларды бағалау ортасының бөлім басшысы, Денсаулық сақтауды дамыту Республикалық орталығы; **Альмадиева А.К.**, Стандартизациялау және дәрігерлік технологияларды бағалау ортасының маманы, Денсаулық сақтауды дамыту Республикалық орталығы

**Түйіндеме:** МТБ-дың негізгі мақсаты шешім қабылдайтын тұлғаларды денсаулық сақтаудың барлық деңгейінде ресурстарды оңтайлы бөлу жөніндегі қолжетімді, тиімді және ғылыми негізделген ақпаратпен қамтамасыз ету болып табылады. Жаңа әдістемелерді кеңінен енгізу алдында МТБ-ды қолдану тиімді емдеу тәсілдерінің қолжетімділігін арттыруға жағдай жасап қана қоймай, денсаулық сақтауға жұмсалатын шығындарды да шектеуші элементі болып табылады.

**Title:** Assessment of medical technologies: Is it expenses constrain or quality support?

**Authors:** **Kostyuk A.V.**, Head of the Center of standardization and medical technologies' assessment, Republican center for health development; **Tabarov A.B.**, Head of the department of the Center of standardization and medical technologies' assessment, Republican center for health development; **Almadiyeva A.K.**, Specialist of the Center of standardization and medical technologies' assessment, Republican center for health development

**Abstract:** The main objective of the assessment of medical technologies is to provide available, acceptable and scientifically proven information on rational distribution of resources at all levels of healthcare for employees who are making decisions. Use of the assessment of medical technologies before the broad introduction of new techniques provides not only increase availability of effective treatment approaches, also it is healthcare expenses constrain element.

**В**недрение института оценки медицинских технологий имеет стратегическое значение для системы охраны здоровья. Особую актуальность обретает эта проблема в рамках реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан» в аспекте повышения качества медицинских услуг. Современное развитие здравоохранения в большинстве стран характеризуется смещением приоритетов от экономии расходов на оказание медицинской помощи к использованию эффективных способов распределения ресурсов. Основной проблемой любого государства при непрерывно растущей стоимости лекарственных препаратов,

медицинских изделий и техники остается обеспечение доступности медицинской помощи для населения. И предоставлять людям такое благо стремятся все страны, совершенствуя свои здравоохранительные системы. Постоянные инновации в науке и медицинских технологиях приводят к тому, что на рынок изо дня в день приходит значительное количество новых медицинских технологий, применение которых ложится непомерным бременем на бюджеты многих стран мира.

Под технологиями в здравоохранении понимаются все методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, включая

лекарства и медицинские изделия, вакцины, лечебные процедуры, а также любая другая деятельность, направленная на охрану и поддержку здоровья человека. Так как новые технологии из-за высокой стоимости зачастую бывают недоступны простым пациентам, у индустрии возникает жесткая необходимость возвращать средства, вложенные в их разработку, из бюджетных средств, для чего добиваться их включения в программы государственного финансирования. В связи с этим перед государством встает вопрос: нужно ли вообще внедрять и финансировать новые препараты и технологии, будет ли это правильным и эффективным?

Для ответа на этот вопрос в мире создаются институты или агентства по оценке медицинских технологий, включая новые лекарственные препараты, медицинские изделия и любые другие инновационные разработки. Ученые, разрабатывающие новые технологии и лекарства, часто не оценивают то, насколько они окажутся эффективней и экономичней уже используемых, какие преимущества обеспечит их применение для системы здравоохранения и всего общества. Поэтому организации по оценке медицинских технологий (ОМТ) переводят язык ученых и экспертов на язык чиновников, принимающих решения о выборе лекарств и медицинских изделий. ОМТ призвана дать ответ на ключевой вопрос – действительно ли новая медицинская технология имеет дополнительные преимущества по сравнению со "старыми"?

Экспертные заключения институтов по ОМТ учитывают не только и не столько клинические, но и клинико-экономические и социальные аспекты внедрения медицинских технологий, тесно связанные с функционированием системы здравоохранения в целом. Министерство здравоохранения оперирует конкретными параметрами снижения госпитализации, смертности, инвалидности, финансовой нагрузки на систему здравоохранения и затрат на само заболевание. Наличие доказательных данных, представленных в виде адекватных аргументов и корректных доводов, позволяет повысить эффективность и прозрачность рекомендаций экспертов по ОМТ для лиц, принимающих решения.

Сегодня деятельность институтов по ОМТ приводит не только к повышению объективности и прозрачности принимаемых решений по вопросам оказания медицинской помощи, но и снижает риски принятия необоснованных решений. ОМТ – это не сам процесс принятия решений, а система его поддержки путем глубокой научной экспертизы.

На финансирование исследований по

ОМТ в большинстве высокоразвитых стран и некоторых странах Восточной Европы выделяются немалые денежные средства из государственных бюджетов. В настоящее время в более чем 60 странах мира успешно функционируют структуры (агентства), ответственные за ОМТ. С конца 90-х годов XX века программы ОМТ стали внедряться и в наиболее развитых государствах Латинской Америки и Азии. Опыт этих стран подтверждает, что без создания института экспертизы технологий здравоохранения невозможно наладить эффективное взаимодействие между профессионалами здравоохранения и лицами, принимающими решения, к примеру, о возмещении стоимости лекарственных средств и медицинских изделий, финансируемых из средств государственных бюджетов.

В Казахстане пока не существует отдельной организации ОМТ. На базе Республиканского центра развития здравоохранения в рамках «Проекта по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» функционирует Центр стандартизации и оценки медицинских технологий. Силами центра развивается система оценки клинической и экономической эффективности в условиях нашей республики. Внедрение ОМТ в медицинскую практику поможет выявить и устранить устаревшие медицинские технологии и внедрить новые, более эффективные и безопасные, которые позволят повысить качество медпомощи, а также послужат основой создания четкой и прозрачной системы принятия управленческих и клинических решений, основанных на лучших доказательствах.

Без научных доказательств использование той или иной медицинской технологии, выбор стратегий лечения, лекарственных препаратов, как и характер расходования ограниченных финансовых средств, принимает непрозрачный, малоструктурированный и несистемный характер. Решение зависит порой от случайных факторов.

Эта задача в равной степени актуальна и для государств, уже оказывающих надлежащую медицинскую помощь для большинства населения, и для тех, где многие граждане не могут получить таковую как по качеству, так и по приемлемой для себя цене. Увеличивающийся ассортимент доступных методов диагностики и лечения, непрерывный рост расходов на охрану здоровья при повышении ожиданий и потребностей населения заставляют организаторов здравоохранения в нашей стране внедрять механизмы регулирования доступности, объемов и качества медицинской помощи. Наиболее наукоемкой областью в разработке новых

технологий лечения является лекарственное обеспечение. Наличие системы возмещения пациентам затрат на лекарства при амбулаторном лечении относится к ключевым факторам определения доступности медицинской помощи. Экспертиза новых препаратов необходима на двух этапах обращения – при их регистрации и при включении в ограничительные перечни и лечебные стандарты. Первый этап – предрегистрационная экспертиза – направлен в основном на оценку эффективности и безопасности лекарства для пациентов по сравнению с отсутствием лечения (плацебо). Второй этап – экспертиза – должен быть ориентирован на сравнительную оценку его клинической эффективности и безопасности по сравнению с препаратами, уже включенными в систему возмещения. Кроме того, изучение экономической целесообразности лекарств сегодня расценивается как необходимая составляющая второго этапа экспертизы. Экономический анализ позволяет оценить возможности новой технологии в условиях реальной практики ведения заболевания в существующих пределах финансирования. Именно такой аналитический разбор позволяет перейти от абстрактного обсуждения эффективности новых технологий к конкретным рекомендациям и стандартам по их применению, к определению четких показаний и приоритетных групп пациентов. Решать эти вопросы позволяет ОМТ.

В контексте здравоохранения оценка технологий предполагает выбор из существующих альтернативных лечебно-диагностических методик оптимальных, определяющих получение максимальной выгоды при имеющемся уровне затрат. Тем самым ОМТ призвана способствовать рациональному принятию решений не только о видах услуг для населения, но и о том, когда и каким образом они будут предоставляться. С точки зрения развития ОМТ предусматривает структурирование системы с использованием новых передовых методов медицинской помощи, диагностики, лечения и организационных нововведений. ОМТ включает в себя рассмотрение доказательств эффективности, безопасности и затратной эффективности (экономической приемлемости) медицинских вмешательств. Признанными принципами ОМТ являются систематический обзор литературы как основного источника доказательств, прозрачность порядка и методики подготовки отчетов, вовлечение различных заинтересованных участников в процесс

оценки. А также разделение ОМТ на два этапа: оценка убедительности научных доказательств и формирование суждения об их значимости.

Основной целью ОМТ считается обеспечение лиц, принимающих решения, доступной, приемлемой и научно обоснованной информацией по рациональному распределению ресурсов на всех уровнях здравоохранения. Поэтому ОМТ называют мостиком между доказательствами и политикой. Роль концепции ОМТ в формировании и реализации политики здравоохранения растет. Без научных доказательств применение той или иной медицинской технологии, выбор стратегий лечения, лекарственных препаратов, как и расходование ограниченных финансовых средств, принимают непрозрачный, мало структурированный и несистемный характер. Роль субъективных факторов в этом случае повышается, и решения начинают зависеть от случайных социальных, финансовых, профессионально ориентированных и организационных факторов, не отражающих объективно эффективность новых технологий.

Использование ОМТ перед широким внедрением новых методик не только способствует повышению доступности эффективных подходов к лечению, но и является элементом сдерживания затрат на здравоохранение.

Управление государством и процесс формирования политики все более опираются на научные знания. Пока можно говорить о небольшом влиянии результатов ОМТ на определение приоритетов в здравоохранении РК. Стимулом применения оценки медицинских технологий являются фискальные ограничения, так как ОМТ часто помогает сократить дефицит бюджета и способствует рациональному использованию средств. Давление на экономику последствий мирового финансового кризиса побуждает политиков уделять больше внимания тому, как тратятся деньги, и ОМТ способна предоставить ценную информацию, которая поможет расставить приоритеты и наиболее рентабельно распределить средства.

Система ОМТ при внедрении новых технологий может рассматриваться как элемент сдерживания затрат и обеспечения прозрачности принятия решений в здравоохранении. Включение этапа независимой экспертизы позволило бы упорядочить процедуру формирования ограничительных перечней, сформировать научно обоснованную платформу для включения лекарственных средств и медицинских технологий в систему бюджетного финансирования.

**Исатаева Н.М.**

Руководитель Центра совершенствования организации медицинской помощи и статистики,  
Республиканский центр развития здравоохранения

**Пономарева С.В.**

Начальник отдела Центра совершенствования организации медицинской помощи и статистики,  
Республиканский центр развития здравоохранения

**Фомичева О.А.**

Специалист Центра совершенствования организации медицинской помощи и статистики,  
Республиканский центр развития здравоохранения

## ВОЗМОЖНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИКАТОРОВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ПРОГРАММНЫХ КОМПЛЕКСАХ. ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ

**Аталуы:** Бағдарламалық кешендерде көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын бағалаудың индикаторларын қалыптастыру мүмкіндіктері. Мәселелер, шешу жолдары

**Автор:** Исатаева Н.М., Медициналық жәрдемді және статистика ұйымын жетілдіру орталығының жетекшісі, Денсаулық сақтауды дамыту Республикалық орталығы; Пономарев С.В., Медициналық жәрдемді және статистика ұйымын жетілдіру орталығының бөлім бастығы, Денсаулық сақтауды дамыту Республикалық орталығы; Фомичева О.А., Медициналық жәрдемді және статистика ұйымын жетілдіру орталығының маманы, Денсаулық сақтауды дамыту Республикалық орталығы

**Түйіндеме:** Осы мақалада бағдарламалық кешендерде болатын медициналық қызметтердің сапасын бағалаудың индикаторларын құрастыру мүмкіндігі суреттелген. Бар бағдарламалық кешендерден медициналық қызметтердің сапасын бағалаудың индикаторларын қалыптастыру мүмкіндігі нақты мәліметтердің жедел алуымен қамтамасыз етуге, бағдарламалық кешендер арқасында құрылған біртұтас ақпараттық кеңістікке мәліметтер дер кезінде және сапалы енгізуде, жәнеде түкпір рұқсатты мәліметтің алуына, сонымен бірге автоматтандырылған өңдеу мәліметтерді өткізуге мүмкіндік береді.

**Title:** Formation Possibilities of Quality Assessment Indicators of Rendered Medical Services in Program Complexes: Problems and Solutions

**Authors:** Isatayeva N. M., Head of the Center for medical care organizations' and statistics' improvement, Republican center for health development; Ponomaryeva S. V., Head of the department of the Center for medical care organizations' and statistics' improvement, Republican center for health development; Fomicheva O.A. Expert of the Center for medical care organizations' and statistics' improvement, Republican center for health development

**Abstract:** This article describes formation possibilities of quality assessment indicators of rendered medical services in program complexes. It allows to obtain fast authentic dates if information is entered timely and qualitatively into the program complex and due to the creation of common information space, it gives an opportunity to get information using the remote access, and to carry out the automated data processing.

В настоящее время деятельность любой организации связана с опасностью возникновения непредвиденных потерь. Именно поэтому в конце XX века в теории и практике управления экономически развитых стран возникло новое направление – управление риском (риск-менеджмент) различных сфер человеческой деятельности.

Официальное определение понятия управления рисками в здравоохранении дано Объединенной комиссией по аккредитации организаций здравоохранения в США в 1992 г.: "управление рисками в медицине – это комплекс клинических и организационных мероприятий, предпринимаемых организациями здравоохранения для идентификации, анализа и уменьшения вероятности

неблагоприятного исхода и ущерба в отношении больных, медперсонала, посетителей и иных лиц и организаций". Таким образом, управление рисками в здравоохранении охватывает как лечебно-диагностическую, так и организационную деятельность.

Конечной целью управления рисками является прогнозирование и уменьшение убытков. В здравоохранении данная цель достижима через улучшение качества медицинской помощи – «краеугольный камень в профилактике рисков».

Приоритетом управления рисками в медицине является управление качеством лечебно-диагностического процесса и тем самым – обеспечение безопасности пациентов.

Управление риском – многоступенчатый

процесс, который имеет своей целью уменьшить и компенсировать ущерб для объекта при наступлении неблагоприятных событий (в медицине – ошибок, дефектов, осложнений лечебно-диагностического процесса).

Работа по прогнозированию и предотвращению риска врачебных ошибок должна быть приоритетом в управлении качеством

Контроль качества медицинских услуг в Республике Казахстан осуществляется при помощи нескольких механизмов:

1. Внешняя экспертиза качества медицинских услуг (далее – внешняя экспертиза) в рамках осуществления государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства Здравоохранения РК (далее – ККМФД)

2. Служба внутреннего контроля (аудита) медицинской организации – проводится внутренняя экспертиза качества медицинских услуг (далее – внутренняя экспертиза), результаты которой сопоставляются с результатами внешней экспертизы.

3. Аккредитация субъектов здравоохранения на национальном уровне.

В целях совершенствования риск-менеджмента разработана методика проведения оценки степени риска, индикаторы оценки качества медицинских услуг, принципы расчета индикаторов.

На первом этапе медицинские организации распределяются на группы риска: высокой, средней и незначительной степени риска.

В зависимости от форм предоставления медицинской помощи и видов организаций здравоохранения, медицинские организации распределяются по степени риска следующим образом:

1) к группе высокой степени риска относятся субъекты здравоохранения, оказывающие стационарную, стационаророзамещающую и амбулаторно-поликлиническую помощь по стратегическим направлениям Министерства здравоохранения Республики Казахстан, а также субъекты здравоохранения, оказывающие скорую медицинскую помощь, организации санитарной авиации и организации здравоохранения в сфере медицины катастроф, организации осуществляющие деятельность в сфере службы крови;

2) к группе средней степени риска – субъекты здравоохранения, оказывающие стационарную, стационаророзамещающую и амбулаторно-поликлиническую помощь, за исключением стратегических направлений;

3) к группе незначительной степени риска – организации восстановительного лечения и медицинской реабилитации, организации, оказывающие паллиативную помощь и сестринский уход; организации, оказывающие

косметологическую помощь с применением инвазивных методов и использованием лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

На втором этапе проводится распределение медицинских организаций по группам степени риска внутри самих групп риска. Это осуществляется с учетом коэффициента результативности, рассчитываемого на индикаторной основе.

Коэффициент результативности рассчитывается по баллам, с суммированием баллов по фактическому исполнению показателей индикаторов и определения коэффициента соответствия целевому показателю.

Индикаторы оценки качества оказания медицинских услуг и их пороговые значения разработаны для следующих типов медицинских организаций оказывающих:

- стационарную помощь;
- скорую медицинскую помощь;
- амбулаторно-поликлиническую помощь;
- противотуберкулезную помощь;
- онкологическую помощь;
- наркологическую помощь;
- психиатрическую (психоневрологическую) помощь;
- деятельность в сфере профилактики ВИЧ/СПИД;
- помощь в сфере охраны здоровья матери и ребенка;
- помощь в сфере восстановительного лечения и медицинской реабилитации;
- дерматовенерологическую помощь;
- деятельность в службе крови;
- судебно-медицинскую экспертизу;
- судебно-психиатрическую экспертизу;
- судебно-наркологическую экспертизу.

Все индикаторы по принципу формирования разделены на две группы: с возможностью формирования из программного комплексов, с возможностью формирования только ручным способом, из имеющихся учетных и отчетных форм.

Часть индикаторов являются общими для всех видов медицинских организаций, вне зависимости от вида оказываемой медицинской помощи:

- наличие или отсутствие аккредитации, возможно формирование из программного комплекса Система управления качеством медицинских услуг – (СУКМУ);
- доля медицинских работников, имеющих квалификационные категории, возможно формирование из программного комплекса Система управления ресурсами – (СУР);
- показатель оснащенности медицинским оборудованием, возможно формирование из программного комплекса СУР, программного комплекса Техничко-экономические показатели

(ТЭП).

• Индикаторы, отражающие работу стационаров, формируются из портала Электронный регистр стационарных больных (ЭРСБ):

- доля пациентов, поступивших по свободному выбору стационара;
- показатель повторного незапланированного поступления в течение месяца по поводу одного и того же заболевания;
- показатель необоснованной госпитализации;
- доля ВСМП в общем числе медицинских услуг;
- оборот койки;
- показатель послеоперационных осложнений;
- показатель общей летальности;
- показатель летальности при плановой госпитализации и т.д..

Индикаторы, отражающие работу по охране здоровья матери и ребенка формируются из программных комплексов СУКМУ, Регистр прикрепленного населения (РПН), ЭРСБ:

- наличие или отсутствие предотвратимых случаев материнской смертности;
- наличие или отсутствие предотвратимых случаев младенческой смертности;
- наличие или отсутствие случаев перинатальной смертности.

• Часть индикаторов, отражающих работу амбулаторно-поликлинических организаций формируется в портале Дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи (ДКПН):

- показатель несвоевременного выявления злокачественных новообразований (ЗНО) визуальной локализации;
- показатель несвоеременно диагностированного туберкулеза легких;
- динамика показателя детской смертности от 7 дней до 5 лет, предотвратимой на уровне ПМСП.
- Индикаторы по противотуберкулезной службе формируются из «Национального регистра больных туберкулезом», по онкологической службе – из «Электронного регистра онкологических больных».

• Тем не менее, несмотря на наличие множества программных комплексов, часть индикаторов на сегодняшний день возможно формировать только ручным способом:

- охват вакцинацией в соответствии с

Национальным календарем профилактических прививок (по отчетным формам ДКГСЭН);

- показатель охвата флюорографическим обследованием обязательного контингента (по отчетным формам ДКГСЭН);
- показатель первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста (по данным Министерства занятости и социальной защиты);
- показатель удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи (по данным анкетирования, обрабатываются ручным способом);
- показатели первичной заболеваемости алкоголизмом и наркоманией (по отчетным данным);
- доказанный случай заболевания реципиента гемотрансмиссивной инфекцией после гемотрансфузий (по данным ДКГСЭН) и т.д.

Таким образом, возможность формирования индикаторов оценки качества медицинских услуг из имеющихся программных комплексов позволяет обеспечить оперативное получение достоверных данных при своевременном и качественном вводе информации в программный комплекс, благодаря создаваемому единому информационному пространству, дает возможность получения информации отдаленным доступом, а также провести автоматизированную обработку данных.

В целом, проведение оценки качества оказываемых медицинских услуг на индикаторной основе выполняет важную роль в обеспечении оперативной информацией всех уровней управления здравоохранения, которая становится особенно актуальной при переходе к экономическим методам управления. Получаемая информация может быть использована:

- для совершенствования процесса управления здравоохранением на уровне медицинской организации, территориальных органов управления;
- для разработки и проведения мероприятий, направленных на повышение качества медицинской помощи;
- для дифференцированной оценки труда медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи различным категориям больных.

#### Источники:

1. Кучеренко В.З., Сучков А.В. Риски в здравоохранении и проблемы безопасности пациента в медицинской практике.
2. Н.Ф. Князюк Моделирование интегрированной системы управления рисками в медицинской организации.
3. Вайс Ю.А. Информационно-аналитическая система оценки бизнес-процессов в здравоохранении.
4. Постановлением Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года №1577 «Об утверждении Правил организации проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».
5. Приказ Министерства здравоохранения от 20 января 2009 года №32 «О мерах по совершенствованию системы управления качеством медицинской помощи в Республике Казахстан».

Муқанова Ш.Н.

Руководитель Центра совершенствования организации медицинской помощи и статистики,  
Республиканский центр развития здравоохранения МЗ Республики Казахстан

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ БЕРЕМЕННЫМ

**Аталуы:** Автоматтандырылған ақпараттық жүйелерді пайдалану және жүкті әйелдерге медициналық қызмет көрсету сапасын арттыру

**Автор:** Мұқанова Ш.Н., Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, ана мен бала медициналық көмекті жетілдіру бөлімінің бастығы

**Түйіндеме:** Ақпараттық технологияларды енгізу мақсаты талдау жүргізу және басқару шешімдері негізінде оларды қабылдау үшін ақпараттық жүйелерді құру болып табылады.

«Жүкті, жаңа босанған және босанатын әйелдердің тіркелімі» (бұдан әрі – Тіркелім) медицина қызметкерінің қолында ана мен бала денсаулығын қорғау саласындағы медициналық қызметтер көрсету сапасын жақсартуға арналған құралдардың бірі болып табылады. Медицина қызметкері № 111/у «Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы» нысанының деректерін жүйелі енгізу арқылы Тіркелім базасын қалыптастыруды ғана емес, Тіркелімнің шығыс нысандарын (2 кесте) пайдалануды және түсіндіріп беруді білуі қажет.

Тіркелімді практикаға енгізу тағы бір маңызды тапсырманы шешеді: МСАК медициналық ұйымы және босандыру ұйымы арасында жүкті әйелді бақылау бойынша мұрагерлікті қамтамасыз ету.

Тіркелім Денсаулық сақтау органдарына үдеріс индикаторларын талдау арқылы ең жақсы нәтижелерге жету, медициналық ұйымдар кесінінде жеке дәрігерлер және т.б. бойынша жүкті әйелдерге медициналық көмекті көрсету сапасын бақылауды арттыру бойынша зор мүмкіндіктер береді.

**Title:** The use of automated information systems and improvement of quality of healthcare services to pregnant

**Author:** Mukanova Sh. N., the Head of the division of quality improvement of medical services to mother and child of the Republican center of health development

**Abstract:** The purpose of the introduction of information technology is creation of information systems for analysis and decision on the basis of their management decisions.

"Register of pregnant, woman in labor and puerperal woman" (hereinafter - the Register) is in the hands of a medical professional a tool to improve the quality of medical services in the field of maternal and child health. The ability of health workers must not be only form the basis of the Register through systematic data entry form № 111 "Personalized card of pregnant and puerperal woman," but the ability to use the output forms the Register (table № 2) and interpret them.

Implementation in practice of the Register also solves another important task: to ensure continuity of monitoring of a pregnant woman between the medical organization of PMSC and the organization of obstetrics.

Health authorities Register offers great opportunities to increase control over the quality of medical care for pregnant women in the context of medical organizations, to individual physicians and etc., analyzing the process indicators, to take timely measures to achieve the best results.

Целью внедрения информационных технологий является создание информационных систем для анализа и принятия на их основе управленческих решений.

Эффективность управления зависит не только от имеющихся ресурсов, но и от четко сформулированной реально достижимой цели, результаты которой оцениваются соответствующими показателями. Без этого система управления оказывается неэффективной. Основной смысл этих процессов заключается в создании единого информационного пространства для всех

заинтересованных сторон (потенциальных пользователей информации): различных структур и служб здравоохранения, органов управления и контроля, производителей медицинской техники и лекарственных средств, научно-исследовательских организаций, потребителей медицинских товаров и услуг. Это позволит значительно интенсифицировать обмен информацией и скорость внедрения в повседневную практику последних достижений науки и практики, отвечающих задачам совершенствования и развития здравоохранения.

Новые информационные технологии

позволяют значительно повысить эффективность управления и решать комплексные проблемы здравоохранения путем оперативного доступа к специализированным базам данных.

Информационная технология представляет собой упорядоченную совокупность способов и методов сбора, обработки, накопления, хранения, поиска распространения, защиты и потребления информации, осуществляемых в процессе управленческой деятельности.

Министерством здравоохранения Республики Казахстан поставлены задачи создания и обеспечения функционирования электронных информационных ресурсов и информационных систем, информационно-коммуникационных сетей в области здравоохранения.

Учитывая приоритетность вопросов охраны здоровья матери и ребенка, с 10 июня 2010 года медицинскими организациями первичной медико-санитарной помощи ведется «Регистр беременных женщин, рожениц и родильниц» (далее - Регистр).

Основной задачей ведения Регистра является повышение эффективности управления системой здравоохранения, проведения мониторинга за состоянием здоровья беременных женщин в медицинских организациях на всех этапах ведения беременности, родов и послеродового периода, оперативного взаимодействия медицинских организаций и сокращения возможных рисков для здоровья женщин и новорожденных.

В программном комплексе предусмотрена

возможность формирования Регистра беременных, рожениц и родильниц, а также в автоматизированном формате – 25 аналитических отчетов по утвержденным формам.

Формирование Регистра обеспечивается путем автоматизированного введения формы № 111/у «Индивидуальная карта беременной и родильницы» всеми медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь беременным, роженицам и родильницам.

Данные мониторинга используются для оперативного принятия управленческих и организационных мер по снижению материнской и младенческой смертности.

Внедрение Регистра дало возможность достичь следующих целей:

1. Создание единого информационного пространства;
2. Обеспечение мониторинга и возможность управления качеством медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам;
3. Повышение прозрачности деятельности медицинских учреждений и эффективности принимаемых управленческих решений.
4. Внедрение Регистра имеет положительный эффект для всех участников системы здравоохранения.

Участниками системы здравоохранения являются пациенты, медицинские работники и уполномоченные органы здравоохранения. В таблице 1 представлено, какие преимущества получены участниками системы здравоохранения с внедрением Регистра.

Таблица 1 – Преимущества полученные участниками системы здравоохранения с внедрением Регистра

Преимущества для пациента	Продуктивность лечения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• врач имеет больше времени на работу с пациентами за счет сокращения «бумажной работы»;</li> <li>• аккумулярование данных о пациенте;</li> <li>• снижение риска потери информации о пациенте;</li> </ul>
	Минимизация затраченного времени	<ul style="list-style-type: none"> <li>• возможность составления за минимальный промежуток времени оптимального графика посещений пациентом диагностических и процедурных кабинетов;</li> </ul>
Преимущества для лечащего врача	Продуктивность лечения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• доступность любой информации из карты беременной в режиме реального времени</li> <li>• сведения о беременных (количество, по срокам беременности, наличие факторов риска, списки)</li> <li>• охват и результаты пренатального скрининга</li> <li>• мониторинг срока родов</li> <li>• информация по закончившим беременность</li> <li>• информация о женщинах фертильного возраста с ЭГЗ</li> </ul>
	Минимизация затраченного времени	<ul style="list-style-type: none"> <li>• снижение избыточности затрат ручного труда на переписывание одних и тех же данных;</li> <li>• автоматическая кодировка диагнозов по шифрам МКБ-10;</li> <li>• использование шаблонов (часто используемых фраз) при заполнении истории болезни;</li> </ul>
Преимущества для Управлений и Министерства здравоохранения	Возможность своевременного принятия важных стратегических и тактических решений на основе анализа данных, поступающих в режиме реального времени	<ul style="list-style-type: none"> <li>• сравнение деятельности различных медицинских организаций на основании данных, поступающих из различных регионов;</li> <li>• информация о случаях материнской смертности</li> <li>• отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (форма № 32)</li> </ul>

Регистр является в руках медицинского работника одним из инструментов для улучшения качества оказания медицинских услуг в сфере охраны здоровья матери и ребенка. Необходимо умение медицинских работников не только формировать базу

Регистра путем систематического ввода данных формы № 111/у «Индивидуальная карта беременной и родильницы», но и умение их пользоваться выходными формами Регистра (таблица 2) и интерпретировать их.

Таблица 2 – Информации и выходные формы Регистра

Информации	Выходные формы Регистра
Сведения о беременных (количество, по срокам беременности, наличие факторов риска, списки)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отчет по беременным с указанием факторов риска (таблица № 1)</li> <li>• Отчет по беременным по срокам беременности</li> <li>• Персонифицированные данные беременных, состоящих на учете с факторами риска (таблица 5)</li> <li>• Количество заболеваний у беременных с экстрагенитальными патологией (таблица 10)</li> <li>• Список беременных, имеющих экстрагенитальную патологию</li> </ul>
Охват и результаты пренатального скрининга	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Результаты охвата пренатальным скринингом беременных (приложение 2 к таблице 15)</li> <li>• Охват пренатальным скринингом во время беременности (приложение 2 к таблице 16)</li> </ul>
Мониторинг срока родов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Список беременных, у которых роды назначены на предполагаемую дату родов</li> <li>• Список беременных, у которых не стоит дата родов после 21 дня от назначенной даты родов</li> </ul>
Информация по закончившим беременность	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Данные о беременных и количестве родов (таблица 21)</li> <li>• Количество закончивших беременность по уровням оказания медицинской помощи (таблица 2)</li> <li>• Количество закончивших беременность не соответствующих уровню родоразрешения (таблицы № 3и № 4)</li> <li>• Персонифицированные данные беременных, закончивших беременность (таблицы 6, 7, 8, 9)</li> <li>• Количество закончивших беременность с экстрагенитальными заболеваниями и акушерскими осложнениями (таблица 11)</li> <li>• Список закончивших беременность и осмотренных терапевтом к таб.2110</li> </ul>
Информация о случаях материнской смертности	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Случаи материнской смертности (таблица 12)</li> <li>• Распределение случаев материнской смертности по периодам и месту смерти (таблица 13)</li> <li>• Информация о материнской смертности по причине смерти (приложение 2к таблице 14)</li> </ul>
Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (форма № 32)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (форма № 32). Контингенты беременных, проживающих в районе обслуживания организации (таблица 2110)</li> <li>• Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (форма № 32). Из числа закончивших беременность осмотрены терапевтом (таблица 2120)</li> <li>• Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (форма № 32). Отдельные заболевания предшествующие или возникшие во время беременности, осложнившие беременность (таблица 2130)</li> <li>• Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (форма № 32). Списки по беременным к форме 32 (таблица .2110)</li> </ul>
Информация о женщинах фертильного возраста с ЭГЗ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Список женщин с тяжелой ЭП, которым беременность абсолютно противопоказана</li> <li>• Список женщин фертильного возраста, состоящих на Д-учете</li> <li>• Список женщин фертильного возраста с ЭГЗ</li> <li>• Информация о женщинах фертильного возраста с ЭГЗ</li> </ul>

Используя Регистр, лечащий врач имеет возможность:

- составить списки ЖФВ с ЭГЗ в целях планирования семьи;
- составить списки беременных с факторами риска и с ЭГЗ;
- составить списки беременных, которые должны явиться на прием по указанной дате родов, что позволит обеспечить своевременность наблюдения;
- составить по срокам беременности

списки беременных для прохождения пренатального скрининга;

- составить списки беременных по предполагаемой дате родов в целях обеспечения своевременной госпитализации на родоразрешение.

Медицинским работникам для улучшения качества оказания медицинской помощи беременным необходимо активно в своей практике использовать весь информационный потенциал Регистра. В то

же время информативность его зависит от полноты и своевременности ввода данных.

Внедрение в практику Регистра решает также еще одну очень важную задачу: обеспечение преемственности по наблюдению беременной между медицинской организацией ПМСП и организацией родовспоможения. При постановке на учет беременной акушер-гинекологом определяется предполагаемая дата родов, предполагаемая дата госпитализации на родоразрешение и медицинская организация, в которой предполагается родоразрешение. Таким образом, контроль за своевременностью госпитализации беременных на родоразрешение должен осуществляться не только медицинскими организациями ПМСП, но родильным

домом, куда планируется направить беременную на родоразрешение. Родильные дома, имея информацию о госпитализации на родоразрешение беременной с ЭГЗ, должны заблаговременно принять меры по оказанию качественной медицинской помощи роженице: сформировать необходимый состав бригады врачей, проконтролировать запас лекарственных препаратов и т.д.

Органам здравоохранения Регистр открывает широкие возможности по усилению контроля за качеством оказания медицинской помощи беременным в разрезе медицинских организаций, по отдельным врачам и т.д., анализируя индикаторы процесса, принять своевременные меры по достижению наилучших результатов.

#### Источники:

1. Кодекс «О здоровье и системе здравоохранения в Республике Казахстан», 18 сентября 2009 года.
2. Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 31.05.2010 года №395 «О некоторых вопросах мониторинга за состоянием здоровья беременных женщин, рожениц и родильниц».

**Шоранов М.Е.**

Заместитель Генерального директора по медицинскому образованию и науке  
Республиканский центр развития здравоохранения МЗ Республики Казахстан

**Койков В.В.**

Руководитель Центра научных исследований, экспертизы и развития инновационной деятельности  
в здравоохранении Республиканский центр развития здравоохранения МЗ Республики Казахстан

**Абдрахманов А.Б.**

Начальник отдела экспертизы научных программ и методологии научных исследований  
Республиканский центр развития здравоохранения

## ПРОЕКТ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ДО 2020 ГОДА

**Атадуы:** Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласында медициналық және фармацевтикалық ғылым мен инновацияны дамытудың 2020 жылға дейінгі тұжырымдамасының жобасы

**Авторлары:** Шоранов М.Е., ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» РМҚ бас директорының медициналық білім және ғылым жөніндегі орынбасары; Койков В.В., ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» РМҚДенсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулер, сараптамалар және инновациялық қызметті дамыту орталығының жетекшісі; Абдрахманов А.Б., ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» РМҚҒылыми бағдарламалар сараптамасы және ғылыми зерттеулер әдістемесі бөлімінің бастығы

**Тұжырым:** Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі медициналық және фармацевтикалық ғылымды дамыту және денсаулық сақтау саласындағы инновациялар Концепциясы жобасының ұсынылған көрінісі Қазақстан Республикасының медициналық және фармацевтикалық ғылымын дамыту және денсаулық сақтау саласындағы инновациялар жағдайының анализін, негізгі мақсаттын, шешімдері мен стратегиялық бағыттарын көрсетеді, сонымен қатар Қазақстандағы практикалық денсаулық сақтауды дамытуға арналған жаңа білім мен технологияларды енгізу және трансферлеу үшін эффективті жүйені құруға оқтауланған.

**Title:** Project of the Concept of medical and pharmaceutical science and health innovations development in the Republic of Kazakhstan till 2020

**Authors:** Shoranov M.E., Deputy Director for Medical Education and Science of RCHD; Koikov V.V., Head of Center for scientific research, expertise and development of innovations in health care of RCHD; Abdakhmanov A.B., Head of Division of the examination of scientific programs and research methodology development of RCHD

**Abstract:** The proposed vision of project of the Concept of medical and pharmaceutical science and health innovations development in the Republic of Kazakhstan till 2020 reflects the analysis of the main goals, objectives and strategic direction of the development of medical and pharmaceutical science and innovation in the health sector of the Republic of Kazakhstan, aimed at providing an effective system of production, deployment and transfer of new knowledge and technology, demand for development of the health care system Kazakhstan.

Развитие медицинской и фармацевтической науки и инноваций в здравоохранении, воплощенных в новых методах и средствах профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, повышении квалификации кадров и развитии методов управления, является основополагающим условием достижения конкурентоспособности национальной системы здравоохранения и налагает высокую ответственность на отраслевые органы управления за разработку долгосрочных стратегических документов по вопросам развития медицинской науки и инноваций.

Республика Казахстан имеет опыт разработки отраслевого программного документа в области медицинской науки - Концепции реформирования медицинской науки Республики Казахстан на 2008-2012 годы, утвержденной приказом Министерства здравоохранения РК от 19 февраля 2008 года № 79. Анализ итогов реализации данной Концепции указывает на наличие целого ряда достижений в сфере совершенствования управления, развития инфраструктуры и кадрового обеспечения медицинской и фармацевтической науки за последние годы, включая увеличение количества организаций

медицинской науки (на 18%), переход большинства научных организаций и вузов на новые организационно-правовые формы собственности (акционерные общества и предприятия на праве хозяйственного ведения), развитие в научных центрах сети подразделений, обеспечивающих управление и методологическое сопровождение научной деятельности (отделы менеджмента научных исследований, биостатистики и клинической эпидемиологии, доказательной медицины и патентно-информационной работы), внедрение в большинстве организаций медицинской науки системы менеджмента качества, увеличение финансирования прикладных научных исследований (более чем в два раза) и активное включение научных организаций в новую систему финансирования науки (включая базовое, грантовое и программно-целевое финансирование), внедрение новых

форм подготовки научных работников – в магистратуре и PhD докторантуре, внедрена двухступенчатая система этической экспертизы научных исследований, формирование двухступенчатой системы этической экспертизы, представленной Центральной Комиссией по вопросам этики МЗ РК и локальными этическими комиссиями на уровне организаций медицинской науки и т.д. [1].

Вместе с тем, несмотря на имеющуюся положительную динамику целого ряда показателей, характеризующих развитие потенциала медицинской и фармацевтической науки, она существенно отстает от мировых стандартов по своей результативности, сохраняется неконкурентоспособность и невостребованность разработок отечественных ученых на международном уровне (таблица 1).

Таблица 1 – Место Казахстана в глобальном рейтинге по показателям, характеризующим уровень развития научной и инновационной деятельности

Наименование показателя	Значение показателя	Место РК	
		в мировом рейтинге	среди стран бывшего СССР
Глобальный индекс инновационности, шкала 0-100 (2012) *	31,9	83-е	10-е
Качество научных организаций, шкала 0-100 (2011) *	28,04	116-е	9-е
Уровень взаимодействия бизнеса университетов/ научных организаций, шкала 0-100 (2011) *	32,3	113-е	7-е
Затраты на науку, % к ВВП (2012) *	0,16	79-е	9-е
Количество научных кадров в расчете на 1 млн. населения (2011) ***	646	61-е	10-е
Удельный вес публикаций по всем специальностям в базе данных Scopus, % (2011) **	0,017	99-е	11-е
Удельный вес публикаций по медицинским специальностям в базе данных Scopus, % (2011) **	0,005	141-е	9-е
Удельный вес цитирований на публикации по всем специальностям в базе данных Scopus, % (2010) **	0,0049	126-е	11-е
Удельный вес цитирований на публикации по медицинским специальностям в базе данных Scopus, % (2010) **	0,0019	150-е	10-е
Количество статей в научных рецензируемых журналах, зарегистрированных в базе Thomson Reuters и SSCI, в расчете на ВВП по ППС, млрд. долларов США (2009) *	0,54	130-е	14-е
Количество патентных заявок в национальные патентные агентства, в расчете на ВВП по ППС, млрд. долларов США (2010) *	0,1	105-е	14-е
Выход знаний и технологий, шкала 0-100 (2011) *	23,8	85-е	11-е

\* - рейтинг, составляемый бизнес-школой INSEAD и Всемирной организации интеллектуальной собственности [2];  
 \*\* - рейтинг, составляемый испанским исследовательским центром SCImago [3];  
 \*\*\* - рейтинг Института статистики ЮНЕСКО [4]

Причинами столь низких показателей является недостаточно развитая научная и инновационная инфраструктура, слабое материально-техническое оснащение науч-

ных организаций, недостаточный объем финансирования науки и инноваций, в том числе низкий уровень участия бизнес-структур в развитии национальной науки.

Наблюдается критическое отставание важнейших областей отечественной медицинской науки от мирового уровня. Для преодоления разрыва с мировой медицинской наукой требуется определение параметров отставания и эффективных способов их преодоления.

Анализ состояния медицинской

и фармацевтической науки и сферы продвижения инноваций в здравоохранении Республики Казахстан показывает, что наряду с наличием определенных движущих сил (сильных сторон и возможностей), существует целый ряд сдерживающих факторов (слабых сторон и угроз) (рисунок 1).

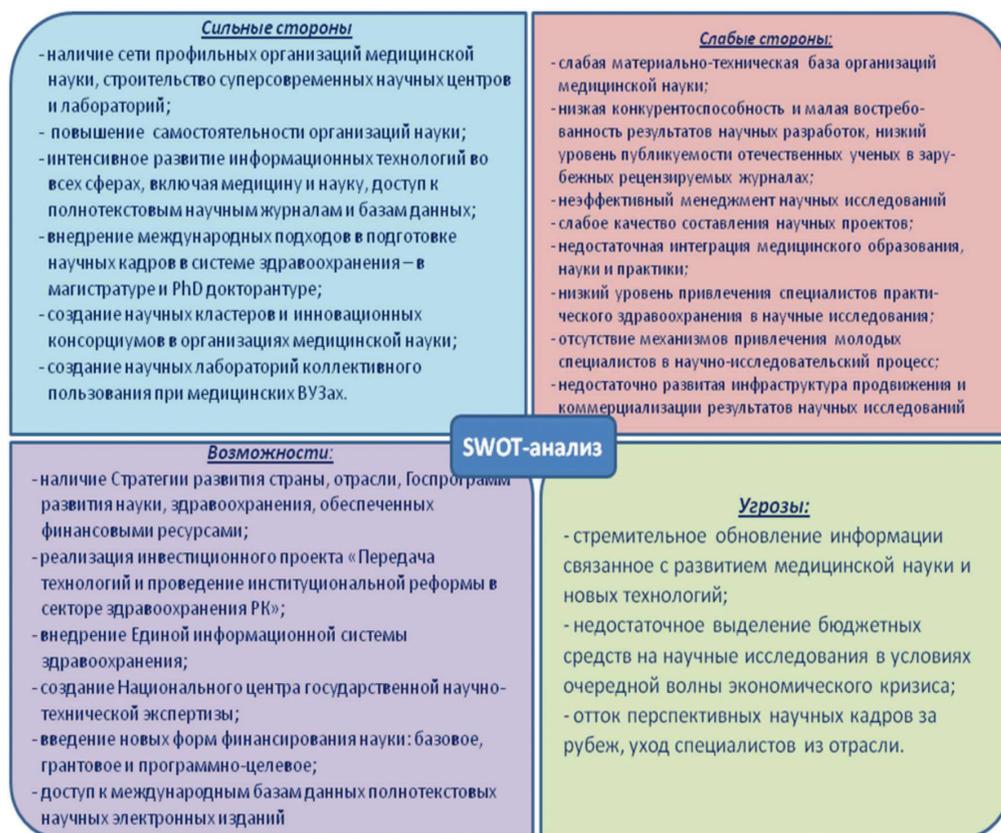


Рисунок 1 – SWOT-анализ состояния отечественной медицинской науки

Для преодоления существующих разрывов между отечественной и мировой медицинской наукой необходимо определить эффективную долгосрочную стратегию развития отраслевой науки.

В качестве таковой стратегии предлагается проект Концепции развития медицинской и фармацевтической науки и инноваций в здравоохранении Республики Казахстан до 2020 года (далее – Концепция). Основной целью Концепции является достижение конкурентоспособности и востребованности научных разработок и медицинских технологий, внедряемых в практику отечественного здравоохранения, на основе развития медицинской и фармацевтической науки и стимулирования инновационной деятельности с учетом наилучшей международной практики.

Исходя из основной цели, определены следующие цели Концепции:

1. Совершенствование менеджмента на всех уровнях научно-инновационного процесса;

2. Развитие научной и инновационной инфраструктуры, обеспечивающей генерацию и трансфер новых знаний и технологий в систему практического здравоохранения;

3. Повышение качества подготовки научных кадров, развитие научного и инновационного потенциала работников организаций здравоохранения, принимающих непосредственное участие в научно-инновационном процессе;

4. Внедрение эффективной модели интеграции и взаимодействия всех заинтересованных субъектов научно-инновационного процесса, привлечение бизнес-сообщества и неправительственных организаций в процесс разработки, продвижения и использования научных разработок и инноваций.

5. Формирование эффективной системы привлечения инноваций из-за рубежа и трансферта научных разработок и инноваций отечественных ученых в практическое здравоохранение.

Реализация Концепции основывается на следующих принципах (рисунок 2).



Рисунок 2 – Основные принципы развития медицинской и фармацевтической науки и инноваций в здравоохранении

Совершенствование менеджмента на всех уровнях научно-инновационного процесса

В основе первоочередных мер, которые должны быть предприняты как по линии уполномоченного органа, так и на уровне организаций медицинской науки, лежит поэтапное внедрение института профессиональных менеджеров и транспарентных форм управления организациями науки (рисунок 3).

Для обеспечения динамичного развития науки необходима своевременная подготовка нового поколения руководителей, в том числе через внедрение специализированных программ подготовки управленцев в области науки в рамках программ магистратуры и докторантуры (по аналогии с зарубежными программами Master of Science in Research Administration, PhD in Clinical Research Administration).

В организациях науки необходимо шире внедрять принципы корпоративного управления (коллегиальность в управлении, прозрачность деятельности, персональная ответственность), направленные на развитие трех ключевых аспектов управленческой деятельности: принятия стратегии, утверждения бюджета, кадровой политики.

Наряду с повышением эффективности управления научными организациями необходимо внедрять новые механизмы управления научными исследованиями, направленные на предоставление большой административной и финансовой автономии научным структурным подразделениям и коллективам, функционирующим в рамках научных организаций.

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

Для медицинских организаций, желающих принять участие в клинических исследованиях, необходимо внедрить процедуру аккредитации Уполномоченным органом в области здравоохранения на предмет соответствия требованиям, которые предъявляются согласно стандарту GCP к клиническим базам.

Дальнейшее внедрение лучшей международной практики и стандартов должно быть обеспечено в вопросах этической экспертизы. Необходимо усилить роль этических комиссий в вопросах обеспечения качества научных исследований на всех его этапах. При этом важным условием обеспечения качества научных исследований с участием человека и животных является принятие национального Кодекса этики ученого и национального стандарта надлежащей исследовательской практики (Good Research Practice) в области биомедицинских исследований.

В основе системы управления медицинской и фармацевтической наукой и инновационной деятельностью в здравоохранении должны лежать цели, приоритеты и инструменты государственной научной и инновационной политики Казахстана, ориентация на достижение конкурентоспособности отраслевой науки и системы здравоохранения в целом (рисунок 4).

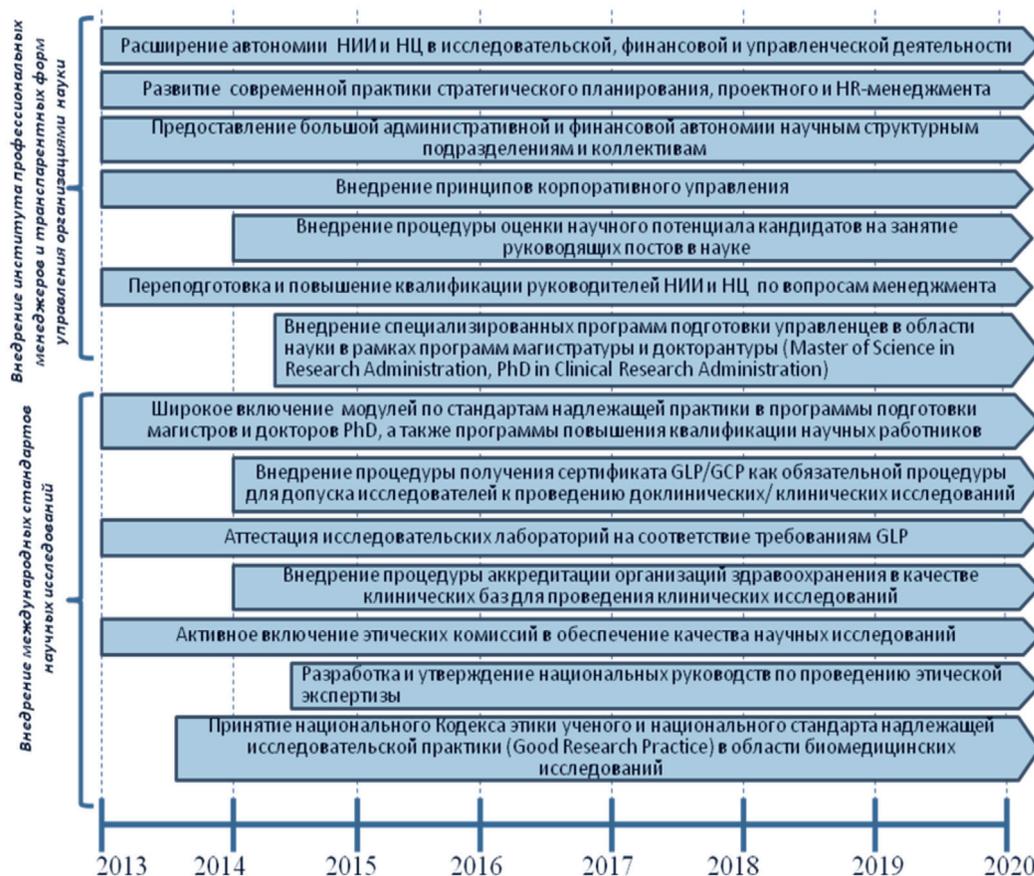


Рисунок 3 – Основные мероприятия в сфере внедрения института профессиональных менеджеров и международных стандартов

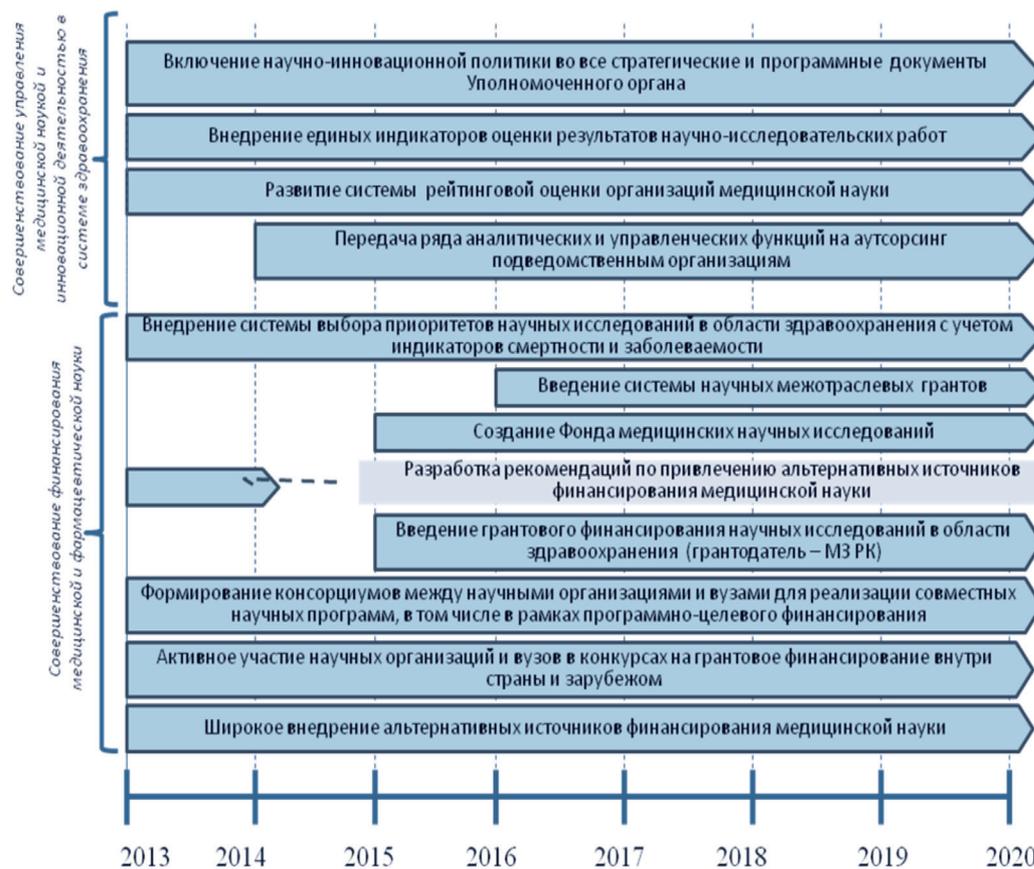


Рисунок 4 – Основные мероприятия в сфере совершенствования управления и финансирования медицинской и фармацевтической науки

Для повышения эффективности деятельности отраслевого органа управления ряд аналитических и управленческих функций (регулярный мониторинг развития отраслевой науки и инноваций, научно-медицинская экспертиза и т.д.), осуществляемых в сфере развития медицинской науки и инноваций Министерством здравоохранения РК, следует отдать на аутсорсинг подведомственным организациям (Республиканскому центру развития здравоохранения).

Дальнейшее развитие и совершенствование должно получить использование рейтинговой оценки организаций медицинской и фармацевтической науки. В основе рейтинговой оценки должны лежать те международно-признанные критерии (количество публикаций в рецензируемых журналах с высоким импакт-фактором, цитируемость статей, наличие международных патентов, объем научных грантов, полученных от зарубежных организаций и фондов на исследования, полученные международные премии и награды), достижение которых позволит отечественным организациям медицинской науки выходить на международный уровень и получать признание мирового научного сообщества.

Развитие медицинской и фармацевтической науки должно осуществляться на основе эффективного использования, развивающихся в стране форм финансирования – базового, программно-целевого и грантового финансирования, с использованием бюджетных и внебюджетных источников, на основе принципов приоритетности, прозрачности и простоты (минимизации бюрократических процедур) с учетом результатов независимой научно-медицинской экспертизы.

Необходимо отработать механизмы финансирования не только научных, но и так называемых «внедренческих» исследований, в международной практике именуемых как трансляционные исследования, направленные на внедрение разработок казахстанских исследователей и передовых мировых технологий, ввозимых из-за рубежа, в систему здравоохранения Республики Казахстан.

Особый интерес может представлять развитие системы научных межотраслевых грантов с концентрацией отраслевых средств, предусмотренных на исследования в здравоохранении, экологии в специальном Фонде медицинских научных исследований. Данный фонд должен создаваться как независимая структура (негосударственная или неправительственная организация). Потенциальными источниками финансирования для него могут стать республиканский бюджет, средства отечественных и зарубежных спонсоров, в роли которых могут выступать национальные и коммерческие

компании, фармацевтические фирмы, иные фонды, а на перспективу средства от прибыли полученной в результате коммерциализации научных разработок полученных за счет проектов, финансируемых Фондом.

Развитие научной и инновационной инфраструктуры

Организации медицинской и фармацевтической науки и вузы должны активно включаться в работу создаваемых на национальном и региональном уровне технологических и научных парков. При этом формирование технопарков в системе здравоохранения должно идти на базе медицинских вузов. Это будет способствовать развитию вузовской науки и трансформации медицинских вузов в исследовательские университеты. Наряду с технопарками на базе отдельных научных центров и исследовательских лабораторий могут формироваться бизнес-инкубаторы, ориентированные на решение и коммерциализацию небольших инновационных проектов (рисунок 5).

Одним из действенных механизмов создания и воплощения новых идей в системе здравоохранения может стать формирование старт-апов (start-up companies) – небольших компаний, создаваемых для реализации перспективных идей. Условиями успешного функционирования старт-апов должно стать наличие команды сотрудников с гениальными идеями и привлечение на данные идеи средств инвесторов (венчурных фирм, бизнес-ангелов).

Международная практика показывает целесообразность создания на базе организаций здравоохранения так называемых Центров высокого качества («Center of Excellence»), представляющих из себя творческие коллективы из числа ведущих специалистов организации, осуществляющих разработку и реализацию инновационных проектов в сфере медицинской науки, образования и практики.

Создание новых и развитие существующих университетских клиник должно быть направлено не только на обеспечение условий для подготовки будущих врачей у постели больного, но и на формирование среды для проведения биомедицинских научных исследований, разработки и внедрения новых медицинских технологий и самых современных достижений медицины.

Особый акцент должен быть сделан на повышении статуса и роли клинических кафедр в организациях здравоохранения, не являющихся университетскими клиниками.

При этом наряду с повышением исследовательской активности работников клинических кафедр в процесс исследований должны вовлекаться и сами обучающиеся – студенты, интерны, резиденты, что позволит обеспечить внедрение одной из эффективных и распространенных в ведущих медицинских

вузах моделей подготовки врача – researched-based medical education.

Важнейшим условием повышения качества и результативности научных исследований является улучшение обеспеченности отечественных ученых современными приборами и научными установками, в том числе уникальными. Оптимальным решением в данном случае является создание центров коллективного пользования, концентрирующих дорогостоящее научное оборудование и высококвалифицированных специалистов.

В целях формирования системы регулярного обновления дорогостоящего оборудования, используемого в научных исследованиях, необходимо совершенствование и широкое распространение механизмов передачи в лизинг оборудования не только для

нужд практического здравоохранения, но и медицинского образования и науки.

Развитие инновационного потенциала отрасли здравоохранения требует внедрения эффективных механизмов мониторинга научной и инновационной деятельности.

Опыт ведущих мировых научных центров и университетов указывает на необходимость создания так называемых «офисов коммерциализации и трансферта технологий». Их деятельность позволит осуществить переток технологий от разработчиков к потребителям.

Информационно-коммуникационные технологии являются основным инструментом развития инноваций и главным фактором роста производительности во всех секторах экономики, в том числе и в области здравоохранения.

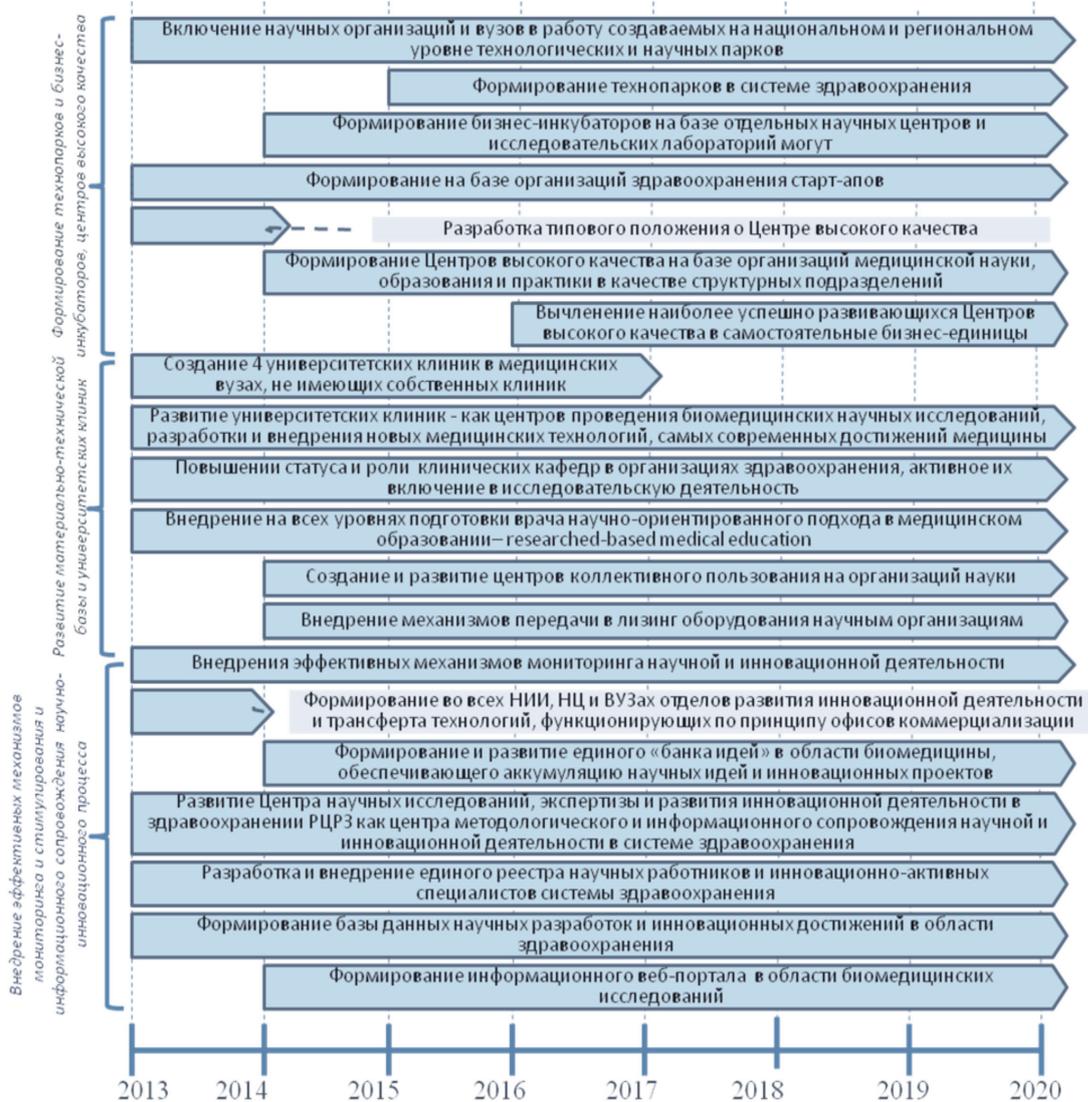


Рисунок 5 – Основные мероприятия по вопросам развития научной и инновационной инфраструктуры

В основе развития научной и инновационной деятельности в области здравоохранения должно лежать дальнейшее

активное внедрение единой информационной системы здравоохранения (далее – ЕИСЗ) в Республике Казахстан, обеспечивающее

высокий уровень информационно-коммуникационной инфраструктуры в здравоохранении.

В рамках дальнейшего совершенствования ЕИСЗ и использования её в процессе управления научно-инновационной деятельностью требуется разработка и внедрение единого реестра научных работников и инновационно-активных специалистов системы здравоохранения, а также формирование базы данных научных разработок и инновационных достижений в области здравоохранения, интегрированной с базой данных Национального центра научно-технической информации.

Повышение качества подготовки научных кадров, развитие научного и инновационного потенциала работников организаций здравоохранения

Основой для формирования кадрового потенциала отечественной медицинской науки должно стать дальнейшее развитие международно-признанной системы подготовки научных кадров через магистратуру и докторантуру PhD (рисунок 6). Особый акцент, наряду с увеличением объемов подготовки магистров и докторов PhD и расширением количества специальностей и направлений подготовки в магистратуре и докторантуре PhD, должен быть сделан на повышении качества подготовки научных кадров с развитием у них ключевых компетенций научного работника, которые обеспечат казахстанским специалистам стать исследователями международного уровня. Кроме того необходимо повысить требования к лицам, принимаемым в докторантуру PhD.

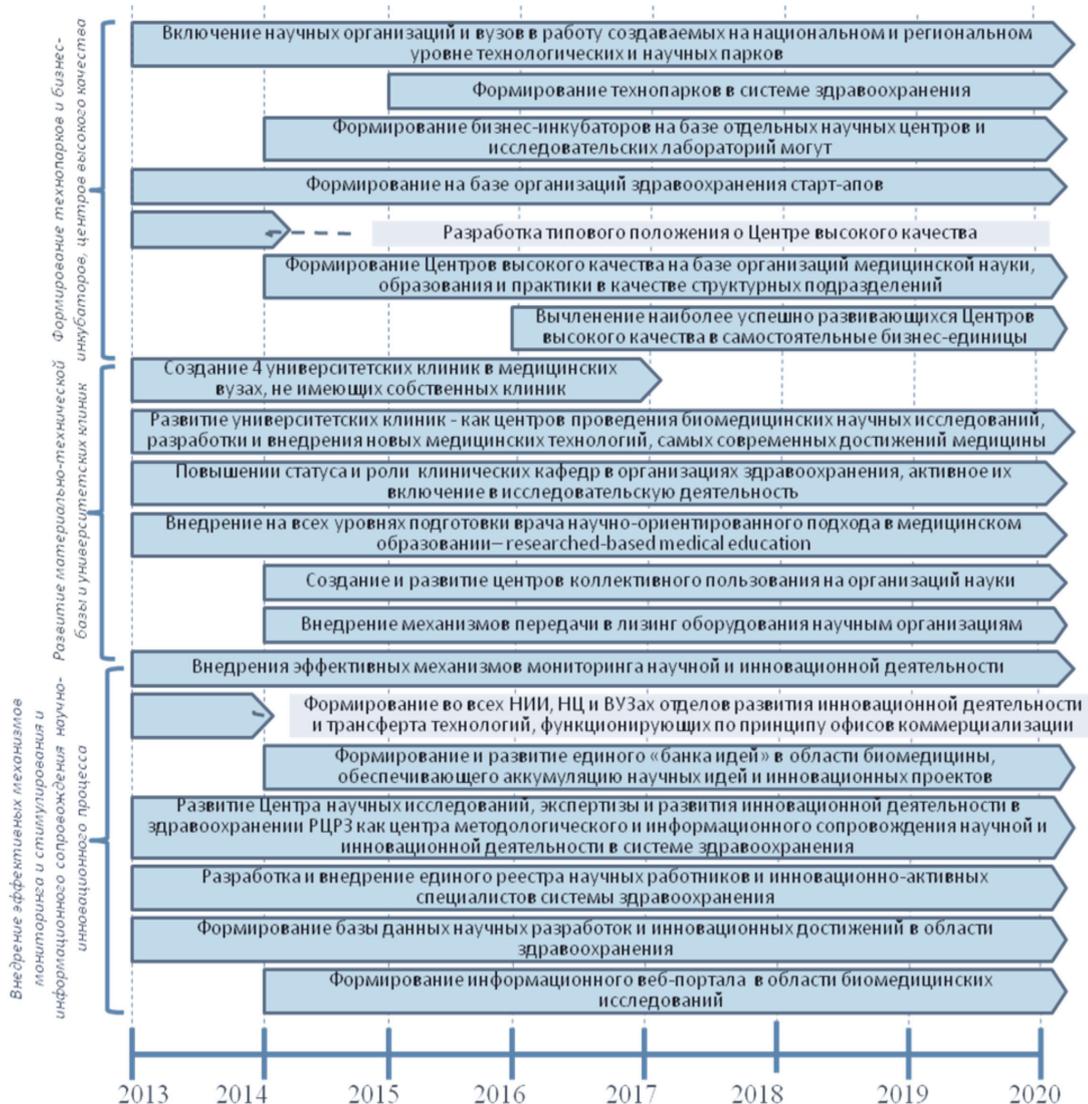


Рисунок 6 – Основные мероприятия по вопросам повышения качества подготовки научных кадров

Решением проблемы обеспечения системы здравоохранения достаточным количеством обученных научных кадров может стать введение образовательных

программ с получением двойной степени (в англ. double degree, dual degree) – MD/магистр медицинских наук, MD/доктор PhD, магистр медицинских наук/доктор PhD, бакалавр

общественного здравоохранения/магистр медицинских наук и т.д.

Особо актуальной и востребованной для национальной системы медицинской науки является обеспечение функционирования эффективной системы непрерывного профессионального развития всех специалистов вовлеченных в процесс научной и инновационной деятельности в здравоохранении - научных работников, преподавателей вузов, специалистов-исследователей органов управления здравоохранением, инновационно-активных специалистов организаций практического здравоохранения.

Эффективным механизмом формирования полноценного ученого для отечественной системы здравоохранения может стать внедрение в научных организациях и вузах института постдокторантуры (Post-Doctoral Research Fellowship Programs) – стажировки (1-3 года) под руководством профессора в научной лаборатории/центре.

Необходимо принятие действенных

мер по повышению статуса ученого, включая широкое использование мер материальной и нематериальной стимуляции отдельных исследователей и исследовательских коллективов, реализация схем мобильности кадров между научно-исследовательскими институтами, вузами и организациями здравоохранения, поддержка как сохранившихся, так и возникающих новых научных школ, объединяющих исследователей разных поколений.

Следует увеличить возможность отечественных ученых стажироваться в ведущих центрах мировой медицинской науки, а также участвовать в зарубежных семинарах, конференциях и иных форумах. Залогом роста признания казахстанских ученых мировым исследовательским сообществом должно стать создание условий для свободного владения исследователями всех уровней английским языком, обеспечивающего возможность чтения и написания статей, участия в международных конференциях и совместных научных проектах (рисунок 7).

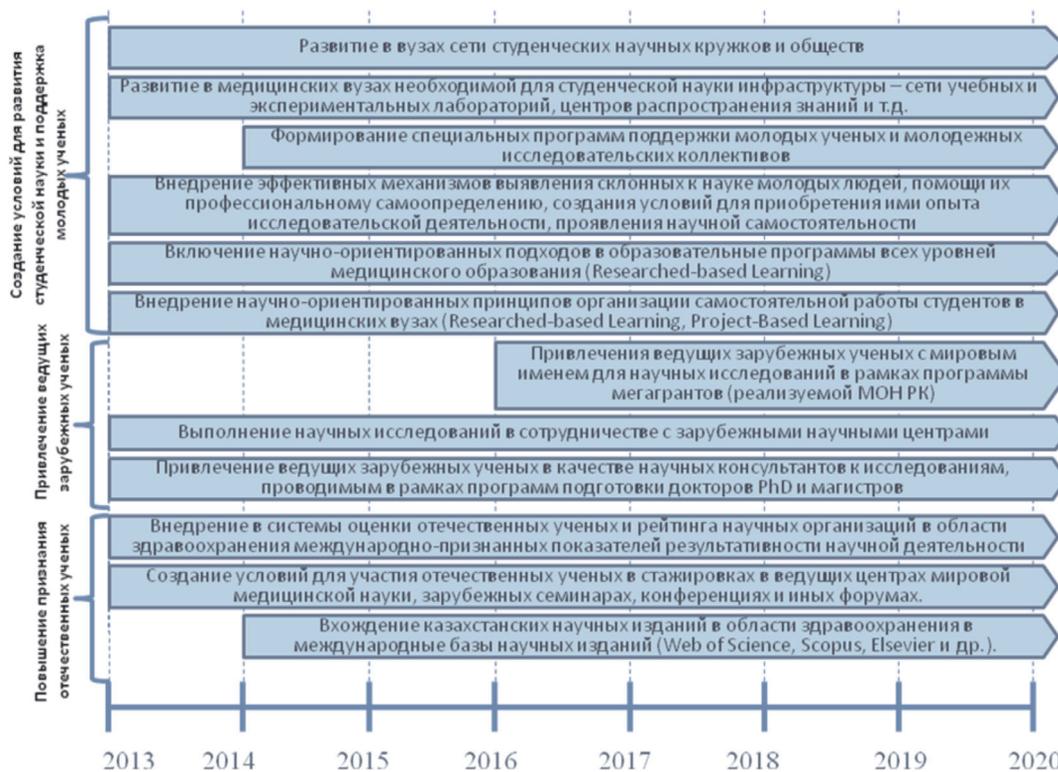


Рисунок 7 – Основные мероприятия по вопросам развитие научного и инновационного потенциала организаций здравоохранения

Решение проблемы наращивания научного и инновационного потенциала системы здравоохранения должно лежать в привлечении талантливой и креативной молодежи, начиная со студенческой скамьи, к участию в научном и инновационном процессе. Студенческая наука должна растить таланты, которым предстоит определять будущее отечественной медицинской науки

и системы здравоохранения в целом.

Росту признания отечественной медицинской науки и казахстанских ученых на мировом уровне должно способствовать и вхождение казахстанских научных изданий в области здравоохранения в международные базы научных изданий (Web of Science, Scopus, Elsevier и др.). Это будет возможным при условии внедрения научными

журналами международных принципов опубликования (Good Publishing Practice), повышения требований к публикуемым материалам, внедрения действенной процедуры рецензирования научных статей, формирования электронной версии журналов, с развитием ее англоязычной версии.

Внедрение эффективной модели интеграции и взаимодействия всех заинтересованных субъектов научно-инновационного процесса

Реальным инструментом интеграции науки, образования и практики должно стать получение отечественными медицинскими и фармацевтическими вузами статуса исследовательских университетов, обеспечивающее их развитие по модели ведущих зарубежных университетов, успешно реализуемой в настоящее время в рамках Назарбаев Университета. При этом каждый вуз должен стать системообразующей структурой, обеспечивающей формирование интегрированной академической системы здравоохранения, основанной на интеграции образования, науки и практики путем развития в структуре медицинского университета научных подразделений (лабораторий, центров, институтов), формирования сети собственных (дочерних организаций) или аффилированных университетских клиник (рисунок 8).

Дальнейшее развитие практики соз-

дания научных консорциумов между организациями науки и практики, организация на базе ведущих исследовательских организаций центров коллективного пользования, формирование временных творческих коллективов с привлечением специалистов практического здравоохранения позволит объединить усилия отечественных ученых в разработке новых биомедицинских технологий расширить возможности и повысить эффективность эксплуатации имеющегося в организациях науки технологического и аналитического оборудования.

Одной из реальных возможностей для развития национальной медицинской науки и инноваций в здравоохранении должно стать активное включение медицинских организаций в работу создаваемого вокруг Назарбаев Университета Инновационно-интеллектуального кластера. Ключевую роль в деятельности инновационно-интеллектуального кластера в части исследований в области здравоохранения должен занять Центр наук о жизни Назарбаев университета.

Международная практика показывает, что действенным механизмом повышения качества научных исследований является расширение общественного участия попечительских и наблюдательных советов в развитии медицинской науки, создание

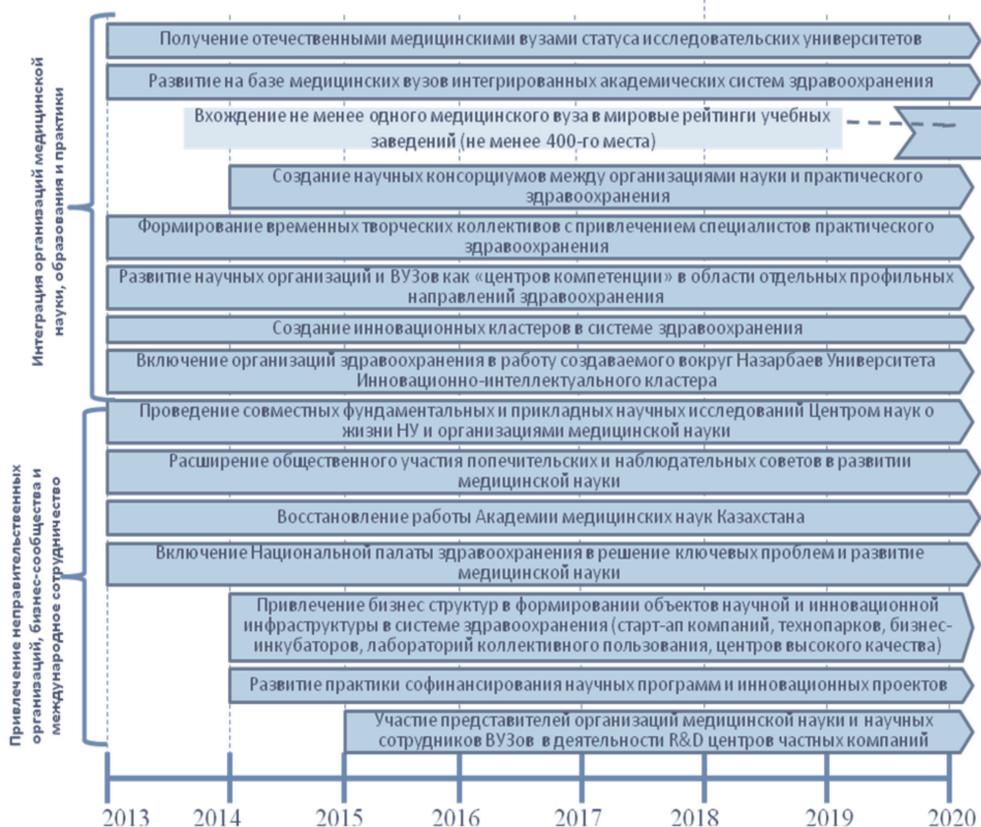


Рисунок 8 – Основные мероприятия по обеспечению интеграции и взаимодействия всех заинтересованных субъектов научно-инновационного процесса

неправительственных организаций и ассоциаций в сфере медицинского образования и науки.

Для этого необходимо восстановить работу Академии медицинских наук Казахстана, Привлечь к решению ключевых проблем здравоохранения и реализации программ, в том числе в области медицинской науки, должна играть Национальная палата здравоохранения.

Одним из путей сближения отечественной медицинской и фармацевтической науки с практикой и сферой использования результатов научных исследований должно стать создание совместных проектов бизнеса и научных организаций, в том числе через участие бизнес структур в формировании объектов научной и инновационной инфраструктуры (стартап компаний, технопарков, бизнес-инкубаторов, лабораторий коллективного пользования, центров высокого качества и т.д.).

Одним из основных условий развития отечественной медицинской и фармацевтической науки является налаживание тесного партнерства с зарубежными научными центрами в части участия научно-исследовательских организаций и вузов в международных исследовательских программах, активизации международной мобильности научных сотрудников Казахстана в рамках международных программ обучения, в том числе и программы «Болашак», обмен студентами и преподавателями между отечественными и зарубежными медицинскими вузами (школами), привлечение зарубежных специалистов высокой квалификации к научным исследованиям на территории РК.

Формирование эффективной системы

привлечения инноваций из-за рубежа и трансферта отечественных научных разработок в практическое здравоохранение

Для упорядочения потока технологий, ввозимых в Республику Казахстан из-за рубежа, необходимо создать систему отбора медицинских технологий с доказанной эффективностью и безопасностью с учетом экономической целесообразности их использования. Для этого необходимо внедрить действенную систему оценки медицинских технологий (ОМТ), основанную на использовании объективных критериев, оценивающих технологию по реальным потребностям, экономической, медицинской эффективности и безопасности для пациентов.

Координирующую роль в процессе поиска, апробации, внедрения новых технологий и их последующего трансферта в регионы должны играть профильные НИИ, НЦ и ВУЗы. Одним из направлений инновационной деятельности медицинских организаций должны стать трансляционные исследования, направленные на доведение новых знаний и технологий непосредственно до постели больного, внедрение новых технологий в практику территориального здравоохранения.

Площадкой внедрения новых медицинских технологий и локомотивом инновационного развития всей казахстанской системы здравоохранения должен стать Госпиталь Будущего, создаваемый на базе Национального медицинского холдинга.

Ключевым условием внедрения результатов научных разработок отечественных ученых должно стать прохождение всех новых технологий через процедуру независимой научно-медицинской экспертизы. Основными критериями при экспертизе новых

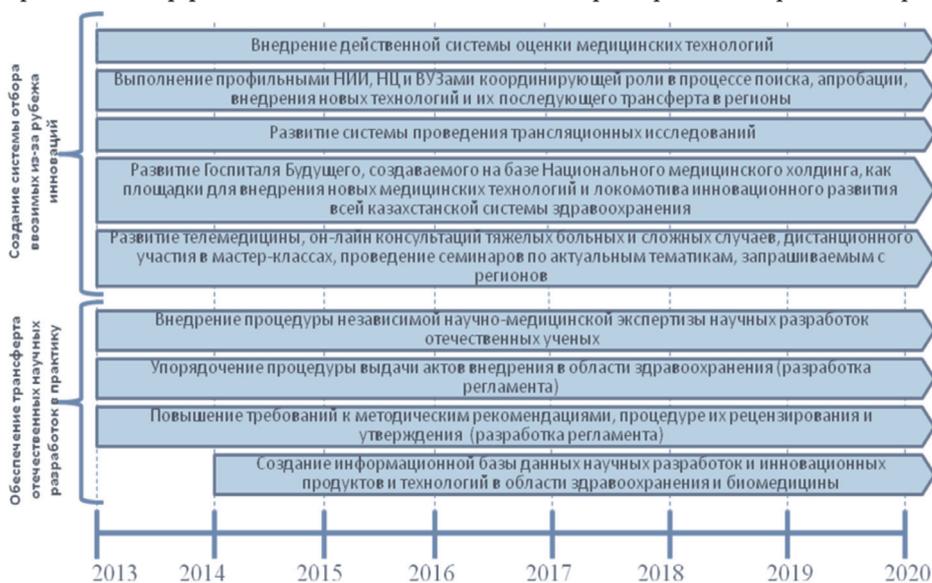


Рисунок 9 – Основные мероприятия по формированию эффективной системы привлечения инноваций из-за рубежа и трансферта отечественных разработок в практику

технологий должны являться качеством, эффективностью и безопасностью предлагаемых новых методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, положительные результаты доклинических и клинических исследований, высокая доказательная база и соответствие этическим нормам.

Важным фактором расширения спроса на научные разработки и инновации отечественных специалистов должно стать создание информационной базы данных научных разработок и инновационных продуктов и технологий в области здравоохранения и биомедицины.

Реализация Концепции предполагается в 2 этапа.

На 1-м этапе реализации Концепции (2013-2016 годы) будут обеспечено совершенствование менеджмента на всех уровнях научно-инновационного процесса, приняты меры по развитию научной и инновационной инфраструктуры, повы-

шению качества подготовки научных кадров, формированию условий для интеграции медицинской и фармацевтической науки, образования и практики.

На втором этапе реализации Концепции (2017-2020 годы) будут осуществлены меры по улучшению качества и повышению конкурентоспособности научных разработок и инноваций в области здравоохранения, что будет способствовать интеграции казахстанской медицинской и фармацевтической науки в мировое исследовательское пространство.

Реализация всех вышеуказанных мероприятий позволит обеспечить развитие научного и инновационного потенциала отечественных организаций здравоохранения, создать условия для повышения конкурентоспособности системы здравоохранения Казахстана и, тем самым, будет способствовать дальнейшему росту признания нашего государства на международном уровне.

#### Источники:

1. Койков В.В., Абдрахманов А.Б., Граф М.А. Анализ итогов реализации Концепции ре-формирования медицинской науки Республики Казахстан: результаты и перспективы развития отраслевой науки // Денсаулық сақтауды дамыту журналы, 2012, №2 (63), С. 4-16.
2. The Global Innovation Index 2012: Stronger Innovation Linkages for Global Growth. INSEAD and WIPO, Fontainebleau, 2012, 464 с.
3. Ranking of Research Institutions SIR World Report. SCImago Journal & Country Rank. 2010-2011. <http://www.scimagojr.com>
4. Results Of The 2011 Uis Pilot Data Collection Of Innovation Statistics. UNESCO. Institute for Statistics, 2011, 82 p.

**Ақтаева Л. М.**

Заместитель Председателя правления Национальный медицинский холдинг

**Камзебаева Л.Ж.**

Национальный медицинский холдинг

## ГОСПИТАЛЬ БУДУЩЕГО: ИНТЕГРАЦИЯ ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И ПРАКТИКИ

**Аталуы:** Болашақ госпиталі: Білім беру, ғылым және тәжірибенің интеграциясы

**Авторлары:** Ақтаева Л.М., Ұлттық медициналық холдинг, Басқарма төрағасының орынбасары, Камзебаева Л.Ж., Ұлттық медициналық холдинг

**Тұжырым:** «Болашақ госпиталі» алдыңғы қатарлы медициналық технологияларды дамытатын және біліктілігі жоғары кадрларды дайындайтын болады, бұл өз кезегінде, халықаралық деңгейде бәсекеге қабілетті денсаулық сақтау жүйесінің алдыңғы қатарлы үлгісін құруға мүмкіндік беретін болады.

**Title:** Hospital of the future: integration of education, science and practice

**Authors:** Aktaeva L.M., Deputy Chairman of the Board of JSC "National Medical Holding", Kamzebayeva L.J., JSC "National Medical Holding"

**Abstract:** "Hospital of the Future" will develop advanced medical technology and train highly qualified personnel, which in turn will create an advanced model of the health system to be internationally competitive.

На протяжении времен понятие «Госпиталя будущего» складывалось в зависимости от уровня развития общества, социально-экономического развития государств и индивидуальных предпочтений пациентов.

В истории медицины XX века понятие «Госпиталь будущего» появилось в 30-е годы, когда больница, впервые стала рассматриваться как общественное заведение, доступное для всех слоев населения со своим организационным устройством, системой взаимоотношений врач-пациент. Именно в этом видели «Госпиталь будущего» С.Л. Duncan et Al. в далеком 1934 г. [1].

С бурным развитием индустрии в 60-70-х годах XX столетия понятие «Госпиталь будущего» трансформировалось в продукт научно-технического прогресса с развитыми информационными системами с идентификацией пациентов и полной автоматизацией лечебно-диагностического процесса [2].

В 80-90-е годы представления о «Госпитале будущего» стали основываться на создании пациентоориентированной модели оказания помощи. Акцент наряду с развитием высоких технологий ставился на морально-этические аспекты медицинской деятельности, предпочтения и безопасность пациентов [3-5].

В 2008 году Международная объединенная комиссия (JCI) разработала руководствующие принципы по созданию «Госпиталя будущего» [6]. Эти

принципы включают экономическую эффективность, технологичность, пациентоориентированность, кадровые преобразования, комфорт и безопасность условий пребывания.

В истории медицины современного Казахстана идея создания «Госпиталя будущего» принадлежит Главе Государства. Для воплощения этой идеи в жизнь в 2008 году создан АО «Национальный медицинский холдинг» (Холдинг), объединяющий на сегодняшний день 6 инновационных объектов здравоохранения, миссией которого стало создание «Госпиталя будущего». В клиниках Холдинга за 2011 год получили стационарную медицинскую помощь более 31 тысячи пациентов, оказано более 600 тысяч консультативно-диагностических услуг.

Вхождение Холдинга в состав Интегрированной академической системы АОО «Назарбаев университет» наряду с Центром наук о жизни (ЦНЖ) и создаваемой Школой Медицины сформировало видение «Госпиталя будущего» – это передовая модель здравоохранения, представленная всеми уровнями медицинской помощи на основе интеграции клинической деятельности, образования и науки, обеспечивающая трансферт лучшего международного опыта в национальную систему здравоохранения [7].

Одним из важнейших направлений деятельности Холдинга является его постоянное инновационное развитие, обеспечивающее внедрение передовых

технологий диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Приоритетными клиническими направлениями являются новые медицинские технологии в области медицины раннего возраста, нейрохирургии, онкологии, в т.ч. онкогематологии, ядерной медицины, кардиохирургии, трансплантологии и др. Если в 2008 году к моменту открытия Холдинга было внедрено всего 5 инновационных технологий, то уже к 2012 году было внедрено более 100 уникальных технологий.

На сегодняшний день Холдинг – лидер в трансфере технологий в систему здравоохранения Казахстана. Только в 2011 году на базе клиник Холдинга в рамках мастер-классов, семинаров и конференций обучено 4770 специалистов из регионов Казахстана.

Сегодня Холдингом активно ведется работа по привлечению высококвалифицированных специалистов как из регионов, так и из ближнего и дальнего зарубежья. Основными принципами непрерывного профессионального развития работников Холдинга являются непрерывный и системный характер повышения квалификации, инновационная направленность программ обучения, полное соответствие программ обучения стратегическим планам развития организации, максимальная приближенность курсов повышения квалификации к рабочему месту (минимизация отрыва специалистов от основной деятельности), накопительная система повышения квалификации, обязывающая каждого работника в течение года принять участие в определенном объеме мероприятий по повышению квалификации, широкое внедрение института менторства (наставничества).

Внедрение инновационных технологий и образовательные мероприятия проводятся Холдингом в рамках государственного задания Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

С вхождением в состав Назарбаев Университета перед Холдингом открылись новые возможности реализовать свой научный потенциал в совместных исследованиях с (ЦНЖ). Клиники Холдинга выступают в роли клинической базы для научных исследований, проводимых в ЦНЖ, у клиницистов Холдинга появилась возможность доступа к ресурсам ЦНЖ для проведения научных исследований. Научные достижения, разработанные в стенах ЦНЖ, могут пройти первые клинические испытания в клиниках Холдинга, что позволяет реализовать принцип управления научными исследованиями, где теоретические знания и прикладная медицина работают в симбиотическом режиме. В текущем году клиниками Холдинга выполняются 16 научно-технических программ, уже внедрено 6 инновационных разработок (патентов).

Интегрированная академическая система позволяет максимально реализовать принципы непрерывного профессионального образования. Огромные надежды мы связываем с открытием Школы медицины в 2014 году. Клиники Холдинга будут выступать в роли клинической базы для студентов и резидентов, проходящих обучение в Школе медицины. Профессорско-преподавательский состав Школы медицины будет также иметь возможность работать в клиниках Холдинга, в свою очередь, клиницисты клиник Холдинга смогут заниматься преподавательской деятельностью в Школе медицины. Таким образом, это позволит теоретические знания воплотить в практику, а практический опыт клиницистов Холдинга внести в учебные классы Школы медицины.

«Госпиталь будущего» будет развивать передовые медицинские технологии и готовить высококвалифицированные кадры, что, в свою очередь, позволит создать передовую модель системы здравоохранения, конкурентоспособную на международном уровне.

#### Источники:

1. Duncan C. L. Fitzwilliams The hospital of the future, Br.Med.J. 1934 March 3; 1(3817):382–384. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2444288>
2. Matthew M. Ragsdell Healthcare and The Modern Hospital:What We Can Learn From The Factory
3. Nathalie Bricon-Souf, Conrad R. Newman Context awareness in health care: A review, international journal of medical informatics 76 (2007)2–12
4. A. McCue. Hospital aims to cut operating errors with RFID tags, February 2006. <http://www.silicon.com/publicsector/0,3800010403,39156618,00.htm>
5. John Posnett The hospital of the future Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care BMJ VOLUME 319 16 OCTOBER 1999
6. Joint Commission International Guiding Principles for the Development of the Hospital [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Hospital\\_Future.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Hospital_Future.pdf)
7. Стратегия развития АО «Национальный медицинский холдинг» на 2012-2020 годы.

Шалхарова Ж.С.

Директор Центра медицинского образования Международного Казахско-Турецкого университета имени Х.А. Ясауи

## BEST EVIDENCE MEDICAL EDUCATION. ИССЛЕДОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТА

**Атауы:** Best Evidence Medical Education. Медициналық білім берудегі зерттеулер тиімді менеджменттің құралы ретінде

**Авторы:** Шалхарова Ж.С., Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университетінің Медициналық білім беру орталығының директоры

**Түйіндеме:** ВЕМЕ (Best Evidence Medical Education) медициналық білім беруде маңызды рөл ойнайды. в медицинском образовании занимает важную роль. ВЕМЕколлаборациясы – оқытушылар мен барлық қызығушылық танытқан тұлғаларға үздік айғақтардың; ең үздік дәлелдерді көрсететін жүйелі түрдегі шолулар әзірлеудің; индивидуумдар, мекемелер мен ұлттық реттеуші органда арасында ең үздік айғақтарға негізделген білім беру мәдениетін қалыптастырудың негізінде шешім қабылдауға мүмкіндік беретін ақпаратты тарату арқылы денсаулық сақтау жүйесінде мамандар даярлауға арналған, дәлелдерге негізделген білім беруді дамыту мақсатында біріккен индивидуумдардың, университеттер мен кәсіптік ұйымдардың халықаралық тобы болып табылады.

**Title:** Best Evidence Medical Education. Researches in medical education as a tool for effective management

**Author:** Shalkharova Z.S., Director of the Center for Medical Education of the International Kazakh-Turkish University named after Yasavi N.A.

**Abstract:** BEME (Best Evidence Medical Education) plays an important role in medical education. BEME collaboration represents an international association of the group of individuals, universities and the professional organizations. The purpose of this association is a development of evidence based education for training of specialists in health system by distribution of information which allow teachers and all interested people to make decisions based on the best evidence, development of the systematic reviews which represent the best evidence and creation of education culture based on the best evidence, among individuals, establishments and national regulators.

Одно из крупнейших исследований в сфере образования, выполненное в рамках проекта Tuning «Настройка образовательных структур в Европе» (2006), охватившее анкетирование показало существенные различия во взглядах ППС по сравнению с выпускниками и работодателями по ранжированию общих компетенций по уровню значимости. Так, например, компетенцию «базовые знания в различных областях» ППС поставили на первое место, в то время как выпускники и работодатели – на двенадцатое; компетенцию «элементарные навыки работы на компьютере» ППС определили на 16 место, в то время как работодатели и выпускники – на восьмое

место; компетенцию «межличностные отношения» ППС отнесли в четырнадцатому месту, а выпускники с работодателями – к шестому месту. В исследовании приняли

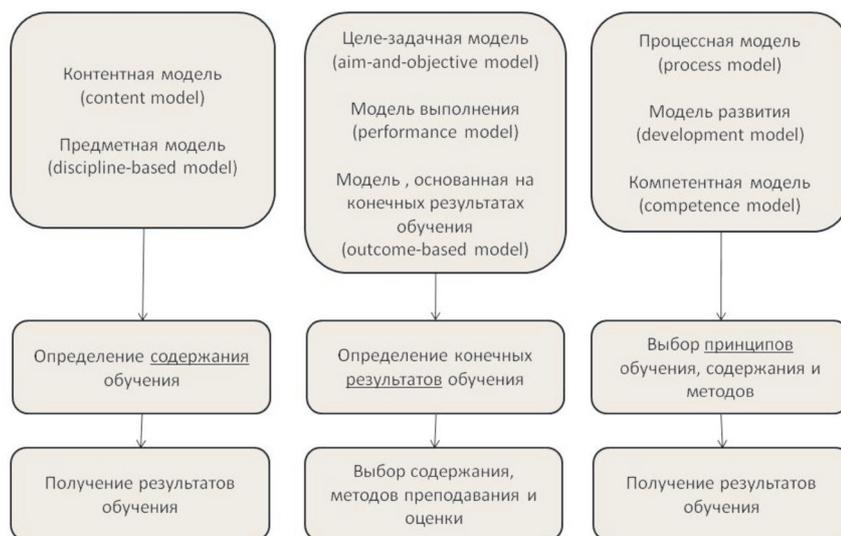


Рисунок 1 – Модели образовательной программы, используемые при принятии решения о разработке образовательной программы

участие 101 университет, 5183 выпускников, 944 работодателей, 998 человек профессорско-преподавательского состава (ППС) в области бизнеса, науки о Земле, математике, физике, педагогики, химии.

Эти различия обусловлены господствовавшей в течение многих лет контентной, или предметной, моделью образовательной программы (content model, discipline-based model), при которой главное внимание уделялось определению содержания обучения и трансляции знаний от преподавателя к студенту (рисунок 1). Предметная модель образовательной программы была подвергнута серьезной критике вследствие простой преподаватель-центрированной трансмиссии знаний, которая приводила к накоплению теоретических знаний, не развивая способности индивидуумов использовать полученные знания на практике, справляться с социальными изменениями и быстро изменяющимися требованиями.

На смену контентной модели, начиная с середины XX века, пришла целе-задачная модель образовательной программы (aim-and-objective model), или модель выполнения (performance model), или основанная на результатах модель образовательной программы (outcome-based model) (рисунок 1). Зародившись изначально в США, она постепенно распространяется в Европу и другие страны. Наблюдаемый в то время прогресс науки и технологий заставил задуматься о возможности применения науки и технологий также и в образовании, сконцентрировавшись на образовании как на инструменте для получения продукта – образовательной программы. Программа фокусируется на целях и задачах образовательной программы, соответственно оценка ее эффективности осуществляется с точки зрения того, достигнуты цели и задачи обучения или нет. Именно с распространением целе-задачной модели связано широкое внедрение таксономии Блума и политизация образовательных программ. В отношении целе-задачной модели также существует ряд критических положений. Существенная критика модели связана также с тем, что в условиях данной модели наблюдается попытка свести образование к форме модификации поведения, поскольку намериваемые цели и задачи обучения выражены в терминах наблюдаемого поведения. Но основная критика связана с тем, что в условиях этой, очень технологической, линейной и инструментальной модели наблюдается больше уменьшения, нежели увеличения, свободы как преподавателя, так и студента. Аналогично производственному процессу, в данном случае имеет место попытка свести образование к научной деятельности, не обращая внимание на человеческую природу,

индивидуальные желания, намерения и интересы, существенно ограничивая тем самым индивидуальную свободу. В связи с этим, целе-задачная модель разработки образовательной программы является больше техническим подходом, чем образовательным, и вызывает серьезную критику с точки зрения норм демократического общества.

Как результат критики контентной и целе-задачной модели в настоящее время появилась третья модель образовательной программы – процессная модель (process model), или модель развития (development model), или модель, основанная на компетенциях (competence model) (рисунок 1). Эта модель показывает, что приобретение знаний или трансмиссия знаний по сути своей линейно, но развитие понимания не является таким, и поэтому обучение в реальности – не линейная технология, а гораздо более тонкий процесс, несущий индивидуальное развитие. Очень хорошо отражает идею модели развития предложенный Jerome Bruner в 1987 году термин «спиральная образовательная программа», согласно которому в процессе развития идет постоянное возвращение к основным концепциям на более высоком уровне сложности и понимания. Любой другой подход, с точки зрения автора, является чрезвычайно упрощенным. В соответствии с компетентностной моделью образовательная программа должна разрабатываться в терминах деятельности и опыта, а не в терминах приобретенных знаний и запомненных фактов. В настоящее время с развитием психологии развития, все больше ее положений находят отражение в образовании в рамках процессной модели. Типичным примером является развитие метода «активного обучения», в отличие от простого запоминания фактов. Другими примерами являются распространение студент-центрированного обучения и самонаправленного обучения. Развивая идею дальше, становится абсолютно ясно, что в процессной модели вся образовательная деятельность осуществляется индивидуально – глупо представить, что мы можем предоставить ее в качестве универсального рецепта образования для всех студентов, поскольку все они находятся на разном уровне развития. Это значит, что в первую очередь большое внимание уделяется нуждам и интересам каждого студента, поскольку его постепенное развитие мы будем ставить своей целью и оценивать в процессе обучения. При этом должное внимание уделяется не только когнитивным, но и аффективным, социальным и другим аспектам опыта в процессе индивидуального развития.

В рамках компетентностной модели образовательной программы главным

условием является ориентированность на профессиональную практику (рисунок 2). Это значит, что вся образовательная деятельность направлена на то, чтобы подготовить компетентного профессионала, который выполняет ключевые профессиональные задачи на удовлетворительном уровне (профиль профессионала). Тогда профиль

выпускника представляет собой совокупность ключевых компетенций, необходимых для реализации ключевых профессиональных задач, а профиль образовательной программы определяет набор общих и профессиональных ключевых компетенций, выраженных в доменах знаний, навыков и отношения/поведения.

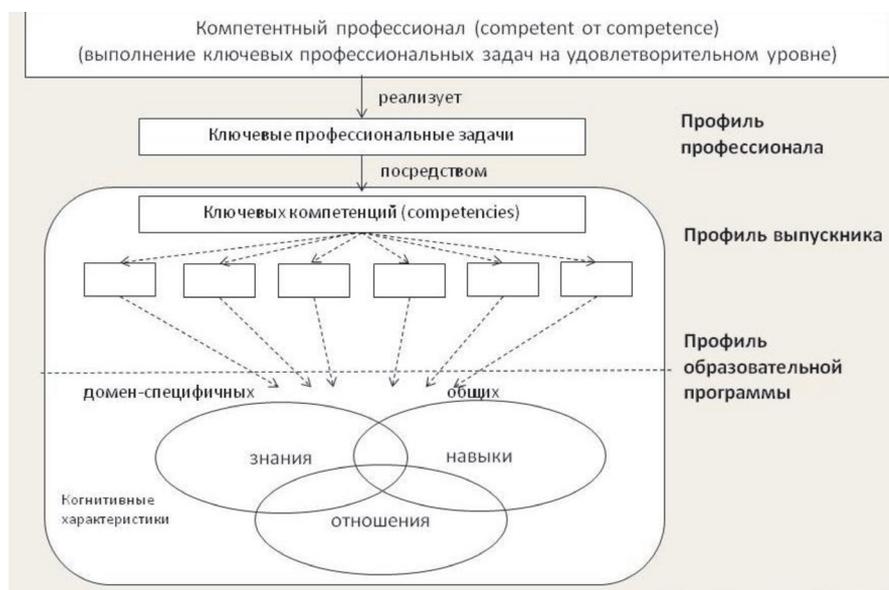


Рисунок 2 – Профили компетентности и компетенций (Kouwenhoven W., 2003)

При таком подходе в идеализированных условиях не будет различий между мнением ППС, выпускников и работодателей, поскольку главным ориентиром образовательной программы каждого вуза является профиль профессионала, востребованный в профессиональной практике – профессиональные стандарты и мнение специалистов практического здравоохранения является главным для принятия решения тому, чему учить и как учить студента медицинского вуза.

В этой связи закономерно возникает вопрос, каким образом осуществить этот принцип на практике. Это в первую очередь обусловлено разночтениями и неполным пониманием смысла термина «образовательная программа».

Важно понимать, что образовательная программа выходит за рамки отдельной

дисциплины – это не syllabus, не учебная программа, и даже не все учебные программы и syllabuses вместе. Согласно определению John Kerr (1968), образовательная программа – это все обучение, которое планируется и управляется учреждением образования, независимо от того, осуществляется это в группах или индивидуально, в стенах учреждения и за его пределами. Различными авторами в определение включаются также и три пары полярных характеристик образовательной программы (таблица 1). Само разделение на планируемую и получаемую, формальную и неформальную, явную и скрытую образовательные программы отражает всю многогранность аспектов образовательной программы, выходящей за рамки отдельного syllabusa или сочетания syllabusов.

Таблица 1 – Характеристики образовательной программы

1	Официальная, или планируемая образовательная программа, «на бумаге» ( <i>official, or planned, curriculum, curriculum on paper</i> ). Отражена в документах (силлабусы, проспекты и т.д.).
	Актуальная, или получаемая образовательная программа, «в действительности» ( <i>actual, or received, curriculum, curriculum in action</i> ). Опыт, который студенты получают в реальности.
2	Формальная образовательная программа ( <i>formal curriculum</i> ). Опыт, который включен в расписание и студенты получают в стенах учреждения образования.
	Неформальная образовательная программа ( <i>informal curriculum, or extracurricular activities</i> ). Включает множество видов неформальной деятельности, осуществляемой добровольно (в обеденное время, после занятий, в выходные и праздники – спорт, клубы, общества, экскурсии).

	Явная образовательная программа ( <i>visible curriculum</i> ). Запланированная и официально прописанная в документах.
3	Скрытая образовательная программа ( <i>hidden curriculum</i> ). Скрытый опыт, который студенты усваивают не потому, что они официально запланированы, а исходя из тех ценностей, норм, установок и правил, которые существуют в учреждении (например, социальные роли, гендерные роли, отношение к разным аспектам жизни).

Согласно определению L.R. Lattuca и J.S.Stark (2009), образовательная программа – это рассматриваемый в социокультуральном контексте индивидуально для каждого вуза академический план, содержащий принятые решения по следующим областям (рисунок 3):

1. Цели: знания, навыки и отношения, требующие усвоения.
2. Содержание
3. Последовательность: расстановка предметов и опыта, направленных на достижение специфических результатов обучения.
4. Учащиеся: как план будет адресован специфическим группам учащихся.
5. Учебные процессы: учебная деятельность, посредством которой проводится обучение.
6. Учебные ресурсы: материалы и окружение, используемое в процессе обучения.
7. Оценка качества: стратегии, используемые для определения того, насколько принятые решения по поводу элементов академического плана являются оптимальными.
8. Коррекция: улучшение плана, основанное на опыте и оценке.

В этой связи именно исследования в области медицинского образования и являются той самой базой, на основе которой каждый вуз принимает решения по всем

вышеуказанным областям образовательной программы. Систематически в каждом вузе осуществляется цикл разработки образовательной программы, включающий 3 этапа:

- 1) Анализ потребностей образовательной программы
- 2) Планирование и дизайн образовательной программы
- 3) Реализация и оценка качества образовательной программы.

Каждый из этих этапов требует подтверждения обоснованности при помощи исследований в медицинском образовании, которые каждый вуз проводит ежегодно и систематически.

Все проведенные исследования в области медицинского образования являются базой для принятых решений не только в области образовательной программы, но также и базой для регулярного отчета о самооценке. Отчет о самооценке может использоваться в качестве эффективного инструмента не только как часть процесса аттестации и аккредитации, но и для улучшения, решения конкретной проблемы, а также в качестве регулярного цикла планирования и управления учреждением образования, охватывая оценку качества образовательной программы, планирование и управление образованием на основе доказательств.

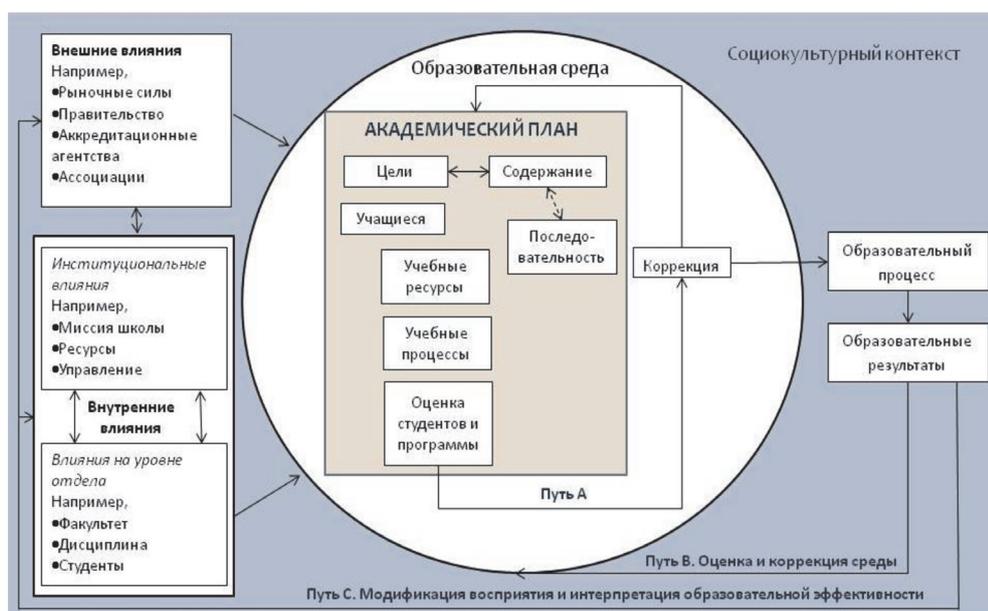


Рисунок 3 – Модель образовательной программы по L.R. Lattuca и J.S.Stark (2009)

При изучении в фокус-группах состояния готовности преподавателей к проведению исследований в медицинском образовании были выявлены два серьезных барьера.

Первый барьер является скорее психологическим и связан с непривычностью и ограниченному взгляду вследствие ригидности установок – преподаватели навскидку могут назвать множество тем для исследований в области медицины, но не могут также свободно предложить темы для исследований в медицинском образовании.

Ликвидировать этот барьер и расширить взгляд помогают примеры исследований в медицинском образовании, которые показывают, что практически все исследовательские дизайны для научных исследований в сфере медицины применимы и для исследований в области медицинского образования.

Так, например, в исследованиях в медицинском образовании могут иметь место как количественные, так и качественные исследования.

Количественные исследования (quantitative research) проводятся с целью найти взаимосвязи между двумя и более количественными переменными, например:

- Как изменились результаты выпускников в течение последних 10 лет? (описание ситуации)
- Есть ли связь между оценками входного контроля и экзаменационными результатами? (поиск связи)
- Действительно ли студенты, прошедшие специальную программу обучения, показывают лучшие результаты на выпускных экзаменах? (поиск причины)

Качественные исследования (qualitative research) используются, если Вы хотите изучить какой-то процесс или феномен, поскольку он мало изучен или редко встречается, имеете дело с качественными переменными, например:

Почему увеличивается число выпускников, не работающих по специальности?

- Какие качества преподавателя способствуют развитию самонаправленного обучения у студентов?
- Какие когнитивные процессы участвуют в овладении студентами определенных компетенций?

Примеры одномоментных поперечных исследований:

- Каков уровень знаний по гигиене питания у студентов сестринского факультета? (Buxton C., Davies A., 2012)
- Какова структура факторов, провоцирующих стресс, у выпускников стоматологов в Бангалор, Индия? (Harikiran A.G., et al, 2012)
- Каково отношение студентов-

парамедиков пяти университетов Австралии к межпрофессиональному обучению? (Williams B., et al, 2012)

- Каково отношение медицинских студентов Эфиопии к городской и сельской медицинской практике и миграции за рубеж? (Deressa W., Azazh A, 2012)

Примеры продольных (когортных) исследований:

- Какова частота неудовлетворительных оценок среди этнических неравенств у студентов 6 курса медицинской школы за 6-летний период 2002-2007 годы? (Stegers-Jager K.M., et al, 2012)
- Какова предиктивная валидность оценок при поступлении на медицинский факультет на академическую успеваемость студентов в течение первых трех лет обучения? (Al Alwan, et al., 2012)
- Какова динамика распространенности депрессии среди медицинских студентов мужского и женского пола во время ежегодного исследования в 2007-2010 годах? (Quince T.A., et al, 2012)
- Примеры корреляционных исследований:
  - Есть ли ассоциация между психосоциальными параметрами (уровень депрессии, одиночества, социальной поддержки) и интернет-аддикцией у студентов додипломного обучения в Италии? (Casale S., Fioravanti G., 2011)
  - Есть ли ассоциация между уровнем эмоционального интеллекта и выполнением деятельности медсестер студентов факультета сестринского дела? (Beauvais A.M., et al, 2011)

Примеры причинно-сравнительных исследований (случай-контроль):

- Есть ли различия в академической успеваемости у студентов факультета информатики здравоохранения, обучающихся дистанционно по сравнению с обучающимися в кампусе? (Russell B.L., et al, 2008)
- Влияют ли образовательные факторы на выбор городской или сельской медицинской практики врачей в Южной Африке? (Reid S.J., et al, 2011)

Примеры экспериментальных (интервенционных) исследований:

- Являются ли использование видео и ролевой игры в комбинации с клиническим обучением эффективной моделью обучения навыкам консультирования для медицинских студентов? (пре-экспериментальное исследование) (Ahsen N.F., et al, 2012)
- Действительно ли вовлечение в преподавание во время обучения в малых группах улучшает усвоение и ретенцию знаний медицинских студентов (рандомизированное перекрестное исследование) (Peets A.D., et al, 2009).
- Действительно ли использование

инструкций по катетеризации мочевого пузыря в виде видео через iPod улучшает уровень уверенности медицинских студентов и улучшает приобретение клинических навыков? (рандомизированное контролируемое исследование) (Hansen M., et al., 2011).

Примеры качественных исследований:

- Как студенты додипломного обучения воспринимают цели оценки, методы оценки и индикаторы качества обучения? (Schiekirka S., et al, 2012)

- Как студенты первого курса факультета сестринского дела относятся к ранней клинической практике? (Jonsen E., et al, 2012)

- Как обучение студентов и супервайзеров умению давать обратную связь и самооценку влияет на восприятие студентов и практику самооценки? (Al-Kadri H.M., et al, 2012)

- Какие чувства, убеждения и отношения (аффективный домен) к ОСКЭ испытывают студенты после завершения ОСКЭ по сестринскому делу в педиатрии? (Cazzell M., et al, 2011)

- Стоит ли уделить больше внимания этическим вопросам образования на додипломном уровне? (Erratt T.D., 2011)

Все вышеприведенные примеры исследований в области медицинского образования опубликованы в рецензируемых научных журналах.

С публикацией в рецензируемых научных журналах связан второй барьер для проведения научных исследований, как в области медицины, так и в сфере медицинского образования, который является скорее методологическим и отражается на состоянии современной науки Казахстана. Среди большого числа остепененных ППС в вузе лишь очень малая часть задействована в грантовых исследованиях и публикуется в рецензируемых научных журналах с высоким импакт-фактором. При выяснении в фокус-группах связанных с этим проблем было выявлено, что большинство ППС указывают на трудности методологического характера, неуверенность в отношении знаний и навыков для проведения исследований, соответствующих международным стандартам. Большинство участников фокус-группы согласились с тем, что методологический уровень подготовки большинства ППС в области проведения грамотных исследований, которые могут получить грантовое финансирование и пройти все этапы рецензирования для публикации в журналах с импакт-фактором, недостаточный. Здесь снова поднимаются барьеры психологического характера: «по-старому уже нельзя, а по-новому как, не знаю».

Исследования в медицинском образовании зачастую требуют меньшего

объема финансирования, при этом их результаты могут быть опубликованы в рецензируемых научных журналах с высоким импакт-фактором. Более того, исследования в медицинском образовании требуют вовлечения широкого круга ППС в процесс разработки, мониторинга и контроля эффективности образовательных программ. Вышеуказанные аспекты исследований в медицинском образовании представляют высокую ценность и могут выполнить роль эффективного механизма повышения научного потенциала ППС в Республике Казахстан.

В заключение хотелось бы отметить роль ВЕМЕ (Best Evidence Medical Education) в медицинском образовании. Коллаборация ВЕМЕ – представляет собой международную группу индивидуумов, университетов и профессиональных организаций, объединившихся с целью развития образования, основанного на доказательствах, для подготовки специалистов в системе здравоохранения посредством:

- Распространения информации, которая позволит преподавателям и всем заинтересованным лицам принимать решения на основании лучших доказательств;

- Разработку систематических обзоров, представляющих наилучшие доказательства;

- Создание культуры образования, основанного на наилучших доказательствах, среди индивидуумов, учреждений и национальных регулирующих органов.

Среди центров высочайшего качества, представленных на сайте ВЕМЕ, университеты Maastricht University (Нидерланды), McGill University (Канада), St Andrews University (Великобритания), University of Michigan (США), University of Queensland (Австралия).

ВЕМЕ регулярно публикует систематические обзоры по различным областям медицинского образования, названия которых представлены ниже:

- BEME Guide 1 (1999). Best Evidence Medical Education.

- BEME Guide 2 (1999). Teaching and learning communication skills in medicine – a review with a quality grading of articles.

- BEME Guide 3 (2001). Systematic searching for evidence in medical education.

- BEME Guide 4 (2005). Features and uses of high-fidelity medical stimulations that lead to effective learning.

- BEME Guide 5 (2006). Predictive values of measurements obtained in medical schools and future performance in medical practice.

- BEME Guide 6 (2006). How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education?

- BEME Guide 7 (2006). Systematic review of the literature on assessment, feedback and

physicians' clinical performance.

- BEME Guide 8 (2006). A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education.

- BEME Guide 9 (2007). A Best Evidence Systematic Review of Interprofessional Education.

- BEME Guide 10 (2008). The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice.

- BEME Guide 11 (2009). The educational effects of portfolios on undergraduate student learning.

- BEME Guide 12 (2009). The effectiveness of portfolios for postgraduate assessment and education.

- BEME Guide 13 (2010). Conducting a best evidence systematic review. Part 1: From idea to data coding.

- BEME Guide 14 (2010). The effect of educational games on medical students' learning outcomes.

- BEME Guide 15 (2010). What features of educational interventions lead to competence in aseptic insertion and maintenance of CV catheters in acute care?

- BEME Guide 16 (2011). Are journal clubs effective in supporting evidence-based decision making?

- BEME Guide 17 (2012). What impact do structured educational sessions to increase emotional intelligence have on medical students?

- BEME Guide 18 (2012). Teaching Musculoskeletal Clinical Skills to Medical Trainees and Physicians: A Best Evidence in Medical Education (BEME) Systematic Review of Strategies and their Effectiveness.

- BEME Guide 19 (2012). Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education.

- BEME Guide 20 (2012). What is the impact of structured resuscitation training on healthcare practitioners, their clients and the wider service?

- BEME Guide 21 (2012). The effects of audience response systems on learning outcomes in health professions education.

- BEME Guide 22 (2012). Features of educational interventions that lead to compliance with hand hygiene in healthcare professionals within a hospital care setting.

- BEME Guide 23 (2012) The effectiveness

of case-based learning in health professional education.

В настоящее время опубликовано всего 23 обзора, 2 – в 1999 году, 1 – в 2001 году, 1 – в 2005 году, 4 – в 2007 году, 1- в 2008 году, 2 – в 2009 году, 3 – в 2010 году, 1 – в 2011 году и уже 7 – в 2012 году. Динамика нарастания количества систематических обзоров говорит о том, что пройдена точка критической массы, и скорее всего в ближайшее время мы можем ждать увеличения публикаций и руководств ВЕМЕ, которые мы можем использовать для разработки образовательных программ.

Более того, в рамках проекта Tuning «Настройка образовательных структур» в 2006 году были также сформированы конечные результаты обучения выпускников медицинских вузов Европы в рамках проекта «MEDINE – The Tuning Project (Medicine)». В настоящее время был запущен пересмотр этой квалификационной рамки квалификаций выпускников медицинских вузов в рамках проекта MEDINE 2, первые результаты которого были представлены на совещании рабочей группы 12 октября 2012 года. Большие инициативы в области поддержки исследований в медицинском образовании проявляет и Международная Ассоциация Медицинского Образования (АМЕЕ), недавно объявившая начало конкурса на грантовое финансирование индивидуальных членов АМЕЕ, срок подачи заявок обозначен 9 декабря 2012 года. Предпочтения отдаются исследовательским командам, включающим как опытных, так и начинающих исследователей, а также исследовательским командам, включающим разные страны.

Таким образом, в настоящее время в Республике Казахстан существуют благоприятные условия для широкого распространения исследований в области медицинского образования как инструмента развития научного потенциала вузов. Многие исследовательские проекты могут осуществляться совместными усилиями нескольких казахстанских вузов в рамках стратегического партнерства, и даже планируются общенациональные исследования по всей Республике для создания национальных компетентностных рамок квалификации выпускников медицинских вузов в Казахстане.

Сарымсақова Б.Е.

Ответственный секретарь Центральной комиссии по вопросам этики МЗ Республики Казахстан

## ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: МЕСТО И РОЛЬ ЭТИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

**Аталуы:** Денсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулердің сапасын басқарудың тиімділігін арттыру: этикалық сараптаманың орын мен рөлі

**Авторы:** Сарымсақова Б.Е., ҚР ДСМ Этика мәселелері жөніндегі орталық комиссиясының жауапты хатшысы

**Түйіндеме:** Қазақстан Республикасындағы ғылыми зерттеулердің этикалық сараптама жүйесін енгізу мемлекет пен ғылыми ұйымдар тарапынан, ең алдымен, ЖЭК үшін кадрлар дайындауға ЖЭК қызметін институционалдық қолдауды қамтамасыз етуге, жергілікті этикалық комиссиялардың өзара ықпалдастығын күшейтуге, биомедициналық зерттеулердің нормативтік-құқықтық базасын, атап айтқанда олардың этикалық реттелуі мәселелерінде жетілдіруге қатысты пәрменді шаралар қабылдауды қажет етеді.

**Title:** Improving the effectiveness of management with scientific research in healthcare: the place and role of ethical expertise

**Author:** Sarymsakova B.E., Executive secretary of the Central committee on ethics issues MoH

**Abstract:** The implementation of the system of ethical expertise for scientific researches in the Republic of Kazakhstan requires effective measures by the government and scientific organizations, primarily in the field of staff training for the LEC (ЛЭК), providing institutional support for LEC operations, strengthening the interaction between local ethics committees, improvement of the regulatory-legal database of biomedical research in some issues of their ethical regulation.

Одной из приоритетных задач проекта Концепция развития медицинской науки и инноваций в здравоохранении Республики Казахстан до 2020 года является внедрение международных стандартов научных исследований, а также повышение качества подготовки научно-педагогических кадров. Согласно международным стандартам проведения научных исследований, все медико-биологические эксперименты и клинические исследования с участием человека должны соответствовать этическим принципам и нормам, предусматривающим защиту прав, безопасности и здоровья участников исследований.

В связи с этим встает вопрос об обязательности этических критериев в науке и создания системы этической экспертизы научно-исследовательских проектов. В целом, можно констатировать факт, что в Казахстане сложилась система защиты прав пациентов при проведении научных исследований в здравоохранении – имеется нормативно-правовая база, сеть этических комитетов, образовательные курсы в области этики, повышается информированность населения в области прав на здоровье и безопасность при

получении медицинской помощи и участия в клинических исследованиях. Этическая экспертиза является обязательной на этапе планирования научного исследования и проводится этическими комитетами, которые функционируют при организациях системы здравоохранения и науки МЗ РК. В большинстве случаев, эта работа осуществляется локальными этическими комитетами (ЛЭК) при организациях здравоохранения, аккредитованных в качестве клинических баз для проведения клинических исследований/испытаний (КИ) и утвержденных приказом МЗ РК.

Система этической экспертизы является двухступенчатой и представлена Центральной Комиссией по вопросам этики МЗ РК и локальными этическими комиссиями, созданными на уровне организаций медицинской науки. Статус и функции ЭК закреплены законодательно в Кодексе РК о здоровье человека и системе здравоохранения и регламентируются следующими нормативными актами:

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

2. Государственный стандарт Республики Казахстан «Надлежащая клиническая практика» (65-119 GCP РК)

3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2009 года № 698 «Об утверждении Правил применения новых методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации»

4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 ноября 2009 год № 744 «Правила проведения клинических исследования и (или) испытаний фармакологических и лекарственных средств, изделия медицинского назначения и медицинской техники».

5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 ноября 2009 года № 766 «Об утверждении Положения и состава Центральной комиссии по вопросам этики».

При проведении клинических испытаний лекарственных средств (а также средств, к ним приравненных) применяется государственный стандарт РК «Надлежащая клиническая практика» (65-119 GCP РК), который вступил в действие с января 2008 г. Данный документ является научным и этическим стандартом при проведении клинических исследований/испытаний лекарственных средств, результаты которых необходимо представлять в уполномоченные органы. Данный стандарт построен на основе ICH-GCP-Руководство по надлежащей клинической практике Международной конференции по гармонизации (ВОЗ, 1996). Принципы, установленные настоящим стандартом, применимы и к иным клиническим исследованиям/испытаниям, которые могут оказать влияние на безопасность и благополучие человека, выступающего в качестве испытуемого.

Кроме того, этические комиссии должны руководствоваться в своей работе утвержденными Положением/Уставом и стандартными операционными процедурами (СОПы). СОПы определяют все действия ЭК: создание и организация ЭК, его состав, регламент работы, порядок рассмотрения заявок, ведение документации, формы оформления документов, архивирование, условия обеспечения функционирования.

В соответствии со статьей 74 Кодекса РК были утверждены «Правила проведения клинических исследований и (или) испытаний фармакологических и лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» (приказ №744 от 19.11.09). Настоящие Правила проведения клинических исследований и (или) испытаний фармакологических и лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (далее – клинические исследования) в Республике Казахстан

(далее - Правила) определяют порядок проведения клинических исследований в Республике Казахстан, обеспечивающий защиту прав, безопасность и охрану здоровья лиц, участвующих в исследованиях, а также достоверность и точность получаемой в ходе клинического исследования информации.

Согласно п.2, который определяет Порядок принятия решения о проведении клинических исследований, экспертная организация дает рекомендации о возможности или отказе в проведении клинических исследований при наличии положительной оценки этических и нравственно-правовых аспектов программы клинического исследования Комиссией по вопросам этики.

Таким образом, существующие отечественные этико-правовые документы позволяют регламентировать проведение клинических исследований, в основном, при проведении клинических испытаний лекарственных средств. При этом, существует необходимость дальнейшего совершенствования нормативной базы проведения всех медико-биологических исследований с участием человека.

Также необходимо принимать меры по улучшению деятельности ЛЭК и повышению качества этической экспертизы. В рамках проекта Всемирного Банка (ВБ) «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» по компоненту С2 «Реформа медицинской науки» было проведено исследование о деятельности ЛЭК, которое выявило несоответствие работы комиссий международным требованиям по многим критериям. Не в последнюю очередь, это связано с отсутствием соответствующей административной поддержки для обеспечения функционирования ЛЭК согласно требованиям стандарта GCP. Это касается финансовых и организационных вопросов, требующих принятия решений со стороны первых руководителей научных организаций.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования системы этической экспертизы в научно-исследовательских организациях МЗ РК. С этой целью необходимо стандартизировать создание и деятельность этических комиссий путем распространения стандартных операционных процедур (СОПов), а также обеспечить административную, организационную и финансовую поддержку на институциональном уровне для функционирования ЭК. Кроме того, одной из ключевых проблем является обучение членов ЛЭК, обеспечение методической и информационно-ресурсной поддержки

деятельности комиссий. Необходимо включить вопросы этики научных исследований и этической экспертизы научно-исследовательских проектов в систему непрерывного профессионального развития врачей и исследователей, экспертов и членов этических комиссий, что позволит повысить уровень и качество проводимых научных исследований в соответствии с международными стандартами.

Таким образом, внедрение системы

этической экспертизы научных исследований в Республике Казахстан нуждается в принятии действенных мер со стороны государства и научных организаций, в первую очередь, в сфере подготовки кадров для ЛЭК, обеспечения институциональной поддержки деятельности ЛЭК, усиления взаимодействия локальных этических комиссий, совершенствования нормативно-правой базы биомедицинских исследований в части вопросов их этического регулирования.

#### Источники:

1. Всемирная организация здравоохранения, Рекомендации комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований, Женева, 2000.
2. Всемирная организация здравоохранения, Инспектирование и оценка проведения этической экспертизы // Доп. руков. к Рекомендациям комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований, Женева, 2002, с. 1-13.
3. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье человека и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года.
4. Государственный стандарт Республики Казахстан «Надежная клиническая практика» (65-119 GCP РК), 2008
5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2009 года № 698 «Об утверждении Правил применения новых методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации»
6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 ноября 2009 год № 744 «Правила проведения клинических исследования и (или) испытаний фармакологических и лекарственных средств, изделия медицинского назначения и медицинской техники».
7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 ноября 2009 года № 766 «Об утверждении Положения и состава Центральной комиссии по вопросам этики»
8. Этическая экспертиза биомедицинских исследований в государствах-участниках СНГ (социальные и культурные аспекты)/ Под ред. Кубарь О.И.- СПб, 2007 год, стр. 182-197.
9. ВОЗ, Международные этические правила для биомедицинских исследований с включением человека Совет международных организаций по медицинской науке (CIOMS), Женева, 1983.
10. Совет Международных Организаций по Медицинской Науке (CIOMS), совместно с Всемирной Организацией Здравоохранения (WHO). Международное Руководство по Этике Биомедицинских Исследований с Вовлечением Человека. Женева 1993.
11. Омарова А.К. Оценка внедрения этической экспертизы в научно-исследовательских организациях Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Автор.дисс.на соискание акад.степ. магистра, 2010
12. Сарымсакова Б. Е., Розенсон Р. И., Баттакова Ж. Е., Руководство по этике научных исследований, Павлодар, 2007, с. 4-99.
13. Сарымсакова Б.Е. Мониторинг и оценка деятельности локальных этических комиссий в научно-исследовательских организациях министерства здравоохранения Республики Казахстан // Материалы Первого ЦА симпозиума по биоэтике, 2011
14. B. Sarymsakova and coauthors. Developing National Systems for Ethical review in Eastern Europe and Central Asia: Legitimacy and Responsibility. Pharmaceutical Medicine.-2008, Vol.22, No.5.-P.285-287.
15. B. Sarymsakova. Establishing of infrastructure for ethical review in Kazakhstan. Journal for Clinical Studies. –May, 2009.
16. M.Ahmedov, Sylvia de Haan, B.Sarymsakova. Strengthening health research systems in Central Asia. Working paper. 2007.- 35 p.
17. B. Sarymsakova and coauthors. Developing National Systems for Research Ethics Education in Eastern Europe and Central Asia. Pharmaceutical Medicine.-2008, Vol.22, No.5.- P.289-295.
18. B. Sarymsakova and coauthors. Central Asian Workshop on the Contribution of Research Ethics to the Development of National Health Research System: Developing a Central Asian Network and Strategic Plan for Ethics in Health research Decision-making.-2008, Vol.22, No.5.- P.305-314.

**Степкина Е.Л.***Заведующая кафедрой Управления и экономики здравоохранения Высшей Школы общественного здравоохранения МЗ Республики Казахстан*

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Атадуы:** Дипломнан кейінгі медициналық білім беру жүйесіндегі оқытудың заманауи технологиялары

**Авторы:** Степкина Е. Л., КР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтаудың жоғарғы мектебінің Басқару және денсаулық сақтау экономикасы кафедрасының меңгерушісі

**Түйіндеме:** Берілген мақалада дипломнан кейінгі медициналық білім беру жүйесіндегі оқытудың заманауи технологиялары сипатталып, тиімді үздіксіз кәсіби білім беру туралы айтылады.

**Title:** Modern learning technology in postgraduate medical education

**Authors:** Stepkina E.L., Head of the department of health management and economics Higher school of public health MoH

**Abstract:** This article describes the modern training technologies in the system of postgraduate medical education, the effective continuing professional education.

Второе десятилетие 21 века характеризуется существенными переменами, происходящими в системе медицинского образования в Республике Казахстан (РК). Развитие медицинской науки, появление новых современных технологий диагностики и лечения заболеваний, все увеличивающийся объем информации делают необходимым регулярное повышение уровня профессиональных знаний менеджеров здравоохранения и медицинского персонала медицинских организаций.

Министерством здравоохранения РК принимаются меры по сохранению и развитию кадрового потенциала, повышению квалификации, оптимизации численности и состава работников отрасли, создана многоуровневая база для подготовки медицинских работников, как с высшим, так и средним медицинским образованием, усилена нормативная правовая база, регулирующая кадровый потенциал и систему образования в области здравоохранения, оптимизирована номенклатура и усовершенствованы квалификационные характеристики медицинских и фармацевтических специальностей и должностей работников здравоохранения.

Особую актуальность эти задачи приобрели в связи с внедрением Единой Национальной системы здравоохранения и решением задач, определенных в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан

«Саламатты Қазақстан» на 2011-2015гг.: перспективы развития здравоохранения Республики Казахстан в значительной степени зависят от состояния профессионального уровня и качества подготовки руководителей и сотрудников организаций здравоохранения, что требует внедрения эффективных механизмов кадрового менеджмента, совершенствования системы дополнительного образования, а в целом - непрерывного профессионального образования работников здравоохранения.

Мировой опыт показывает, что последипломное образование должно быть непрерывным. Система непрерывного профессионального развития (НПР) охватывает весь цикл обучения: от бакалавриата до обучения в течение всей профессиональной деятельности каждого медицинского работника. Непрерывное профессиональное развитие формирует и совершенствует специалиста, адаптирует его к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды, учит умению использовать приобретенные знания и умения.

Эффективное непрерывное профессиональное развитие должно быть нацелено на осуществление шести основных принципов: улучшение качества ухода за пациентами, поддержка профессиональных занятий, оценка профессиональных потребностей, оценка образовательных потребностей, пробуждение профессионализма и мотивация

обучающихся.

Основные цели НПР менеджеров и сотрудников системы здравоохранения:

1) систематическое обновление теоретических и практических знаний, умений и навыков в сфере профессиональной деятельности для эффективного выполнения должностных обязанностей;

2) помощь работникам в применении новых методов и технологий в профессиональной деятельности и оценке их воздействия на собственную деятельность;

3) стимулирование работников как неотъемлемого атрибута карьерного продвижения и составляющей части корпоративной культуры;

4) укрепление конкурентного преимущества организации здравоохранения на рынке труда и обеспечения разумных гарантий того, что работники организации обладают специальными знаниями и профессиональными навыками.

В Послании Президента Республики Казахстан – Лидера Нации Н.А.Назарбаева народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 года указано, что в ходе модернизации системы образования нам важно осуществить внедрение в процесс обучения современные технологии и методы обучения. Один из таких методов – это дистанционное обучение (ДО) или обучение с компонентом дистанционного обучения (КДО).

Обучение с компонентом дистанционного обучения – это совокупность технологий, обеспечивающих доставку обучаемым основного объема изучаемого материала, интерактивное взаимодействие обучаемых и преподавателей в процессе обучения, предоставление обучаемым возможности самостоятельной работы по освоению изучаемого материала, а также в процессе обучения. Крупные компании, имеющие штаб-квартиры в Соединенных Штатах и филиалы во всем мире, послужили толчком для развития дистанционного образования еще в семидесятых годах. Вместе со стремительным развитием техники, полученные знания стали быстро устаревать. Компании начали вкладывать деньги в разработки дистанционных курсов лучших университетов мира, потому что это в конечном счете сильно экономило время на обучение и не отрывало профессионалов от работы.

Современное дистанционное обучение строится на использовании следующих основных элементов: среды передачи информации (почта, телевидение, радио,

информационные коммуникационные сети) и методов, зависящих от технической среды обмена информацией.

Дистанционное обучение предназначено специалистам системы здравоохранения РК, не желающим останавливаться в своем карьерном росте, стремящимся к обновлению профессиональных знаний и совершенствованию навыков, но не имеющих возможности регулярно присутствовать на очных занятиях. Дистанционное обучение оказывает позитивное влияние на обучающегося, повышая его творческий и интеллектуальный потенциал за счет возрастающей самоорганизации, стремления к знаниям, умения взаимодействовать с компьютерной техникой и самостоятельно принимать ответственные решения.

Высшая школа общественного здравоохранения (ВШОЗ) МЗ РК разработала и предлагает программы последиplomной переподготовки менеджеров здравоохранения с компонентом дистанционного обучения с использованием современных интерактивных технологий и методов подачи информации, с привитием навыков самообразования.

Преимущества курса переподготовки «Менеджер здравоохранения» с компонентом дистанционного обучения:

- Отрыв от работы за весь период обучения – 1 неделя в 3 месяца.
- Весь материал доступен в электронном формате.
- Постоянная связь с ВШОЗ, за каждым модулем закреплен тьютор от профильной кафедры.
- Интерактивное общение, обсуждение в чате.
- Сохранение временных, финансовых, трудовых ресурсов для организации здравоохранения.
- Привитие навыков и активизация самообразования.
- Как следствие – непрерывное профессиональное образование.

В 2012 году технология переподготовки менеджеров здравоохранения в объеме 864 уч.ч. с ДКО в ВШОЗ реализуется в 4-х регионах. Всего обучается 121 слушатель, из них: г. Алматы (33 чел.), Западно-Казахстанская область (25 чел.), Костанайская область (29 чел.) и Кызылординская область (34 чел.). Промежуточный анализ обучения с КДО показал, что есть необходимость переносить данную технологию для поэтапного обучения управленцев всех уровней, а также обучения главных медицинских, что позволит создать целостную систему понимания и внедрения менеджмента в здравоохранение на всех управленческих уровнях.

Қазақстан Республикасы,  
010000, Астана қ.  
Иманов к-сі 13, 619 каб.

Республика Казахстан,  
010000, г. Астана  
ул. Иманова 13, каб. 619

[www.rcrz.kz](http://www.rcrz.kz)

