

СОДЕРЖАНИЕ

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТРЕТИЧНОГО УРОВНЯ – ВАЖНАЯ СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Бокчубаев Э.Т., Абилов Б.А., Кульжанов М.К., Орозалиев С.О., Сманкулова Н.

ПРИОРИТЕТЫ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Камалиев М.А.

О ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Каптагаева А.К., Смаилова А.Н.

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ СИСТЕМЫ КРИТЕРИЕВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ

Жужжанов О.Т., Каирбекова С.З., Абдигулов С. М., Турдунов М. С.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА

Турекулова А.А., Тажиев Е.Б, Абдуразаков У.А.

ОЦЕНКА ПОДГОТОВЛЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ

Турдалиева Б.С.

О РОЛИ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Каирбекова С.З.

РЕЛИГИОЗНАЯ АКТИВНОСТЬ И СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕДСТОЯЩЕЙ ЖИЗНИ

Борохов Д.З., Борохов А.Д.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УСИЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Токмурзиева Г.Ж.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ Г.АЛМАТЫ

Кульжанов М.К., Балабаев Т.Ф., Мергенова Г.А., Хасенов Н.Ш.

НЕЗАВИСИМАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА - "КЛЮЧ" К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Ибрагимов И.В., Сарымсакова Б.Е.

ПРОБЛЕМА ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА В КАЗАХСТАНЕ

Арыстанова Г.Т., Кенжебаев С.К., Токмолдинов Ф.С., Хасенов К.М.

**ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА В ПИЛОТНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЯХ ПМСП Г. КАРАГАНДЫ**

**Нугманова А.Э., Нугманова Д.С., Джусипов А.К., Ермекбаев К.К., Ермекбаева Б.А,
Кожобекова С.Н., Шайдарова С.Ж., Макажанова Л.Х., Омаркулов Б.К..**

**МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО
РУКОВОДСТВА**

**Нугманова А.Э., Гита Пиллай, Нугманова Д.С., Ермекбаев К.К., Ермекбаева Б.А,
Кожобекова С.Н., Шайдарова С.Ж., Хе Н.С., Алиханова К.А., Макажанова Л.Х.,
Омаркулов Б.К.**

**ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
ОТ ЛЕЧЕНИЯ К ПРОФИЛАКТИКЕ И УПРАВЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЕМ**
Турдалиева Б.С.

**ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ
ШКОЛЬНИКОВ**

Оспанова Г.К., Бузунова Д.Р., Елгондина Г.Б., Какимова Г.С., Каражанова А.К.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТРЕТИЧНОГО УРОВНЯ – ВАЖНАЯ СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Бокчубаев Э.Т., Абилов Б.А., Кульжанов М.К., Орозалиев С.О.,
Сманкулова Н.

Медицинская аккредитационная комиссия Кыргызской Республики,
Высшая Школа общественного здравоохранения Республики Казахстан

Введение. Система третичного уровня предоставления медицинских услуг населению в настоящее время приобрела высокую актуальность в связи с успешным внедрением в клиническую практику новых высокотехнологичных методов диагностики, лечения и реабилитационных мероприятий. Так, инновационные изменения в системах компьютерных и информационных технологий, произошедшие за последнее десятилетие позволили создать высокоинформативные диагностические методы и принципиально усовершенствовать технологию выполнения многих клиничко-диагностических мероприятий. Постепенно в категорию рутинных методик отошли стандартные рентгенологические, эндоскопические и ультразвуковые методы исследования.

Перечень диагностических исследований пополняют новые высокотехнологичные методы исследования: магнитно-резонансная, мультипланарная компьютерная, спиральная, позитронная эмиссионная томография, компьютерная ангиография и др. (1).

В практику врача активно внедряются молекулярно-биологические и генетические лабораторные методы исследования. Появление новых диагностических методик идет параллельно с интеграцией уже существующих.

С каждым годом совершенствуются экстракорпоральные методы лечения и гравитационная хирургия с использованием новых одноразовых изделий медицинской техники; новые виды пластической реконструктивной хирургии (2).

Активное внедрение и реализация вышеназванных новых методов диагностики и лечения, безусловно, требует наличия высокой квалификации и уровня профессиональных знаний медицинского персонала, а также совершенствование организационно-структурной составляющей организаций здравоохранения. Имеет важное значение наличие соответствующей научно-технической базы в организациях, что способствует развитию системы непрерывного повышения качества и эффективности оказываемых услуг пациентам в целом.

Целью настоящего комплексного исследования организаций здравоохранения (ОЗ) третичного уровня, является обобщение данных по объему и качеству используемых медицинских технологий, анализ уровня внедрения высокотехнологичных видов, а также деятельности управления, состояния материально-технического и кадрового потенциала ОЗ.

Материалы и методы. Исследование проводилось с использованием утвержденных стандартов и критериев в рамках Программы аккредитации организаций здравоохранения Кыргызской Республики. Схема исследования представлена на рисунке 1.

Комплексное исследование организационной и медицинской
деятельности ОЗ третичного уровня



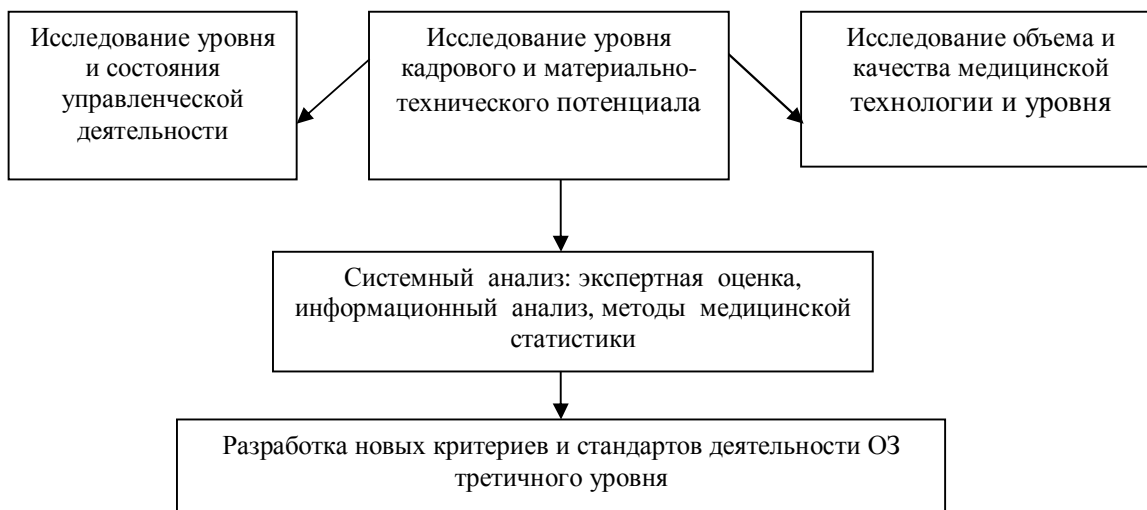


Рисунок 1. Схема комплексного исследования организаций третичного уровня

Объектами исследования явились ОЗ национального уровня (таблица 1).

Таблица 1

Перечень организаций здравоохранения республики третичного уровня, прошедших аккредитационную экспертизу

№№	Перечень ОЗ	Кол-во коек
1.	Национальный хирургический центр (НХЦ)	302
2.	Кыргызский научный центр гематологии (КНЦГ)	96
3.	Национальный госпиталь (НГ)	1225
4.	Национальный центр кардиологии и терапии (НЦКиТ)	280
5.	Национальный центр педиатрии и детской хирургии (НЦП и ДХ)	479
6.	Всего:	2382

Экспертному и информационному анализу подверглись 960 медицинских карт стационарного больного (ф 003/у), 346 медицинских карт амбулаторного больного (ф 025/у), 70 журналов учета приема больных и отказов в госпитализации. Кроме того, оценке подверглись 65 штатных расписаний, 92 комплексных плана и конъюнктурных отчетов организаций и структурных подразделений, в том числе финансовой службы и отдела кадров, 70 сводных ведомостей учета движения больных и работы коечного фонда, 43 журнала регистрации инструментальных и лабораторных исследований, 45 книг записи санитарного состояния учреждения.

Оценка результатов проводилась с применением относительных показателей и средних величин. Наличие корреляционной взаимосвязи сравниваемых показателей определялось путем вычисления коэффициента корреляции по методу Пирсона.

Результаты исследования

I. В результате аккредитационной экспертизы было установлено, что в управленческой деятельности ОЗ третичного уровня были выявлены следующие дефекты и несоответствия требованиям стандартов аккредитации:

- В Уставах не определен тип и вид организаций в соответствии с Законом Кыргызской Республики «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике».
- В нарушении Устава на базе ОЗ осуществляют свою работу кафедры КГМА, КРСУ и МУК, которые не оплачивают или частично оплачивают аренду и незаконно пользуются помещениями и коммунальными услугами; отсутствуют договоры с названными ВУЗами по проведению учебных занятий.
- Не четко разработана учетная политика и не на должном уровне поставлен финансовый внутренний аудит за целевым использованием средств по линии консолидированного бюджета.
- Пакет действующих нормативных правовых актов не полный (законы, государственные и национальные программы по вопросам охраны здоровья, приказы, инструкции и т.д.).
- Механизм обратной связи с пациентами требует оптимизации, так как в большей степени он формален и мало эффективен; в структурных подразделениях имеется лишь книга жалоб и предложений, иногда телефоны доверия.
- Ведение делопроизводства не соответствует установленному порядку: (отсутствие номенклатуры дел в структурных подразделениях, отсутствие в сводной номенклатуре дел разделов структурных подразделений, неправильное ведение журналов входящей и исходящей документации, нарушения в оформлении личных дел медицинского персонала и пр.).

Необходимо отметить, что нами были выделены два аспекта современного менеджмента в анализируемых организациях:

1. В 78,9% случаев необоснованность принимаемых управленческих решений и, подчас невозможность предугадать их конечный эффект, приводит к развитию таких последствий, которые зачастую проявляются незамедлительно и часто не поддаются оперативной объективной оценке на местах. А потому возникают трудности, а иногда и невозможность немедленного исправления последствий ошибочных решений.

2. В 56,5% случаев в рамках автономности организаций все более проявляется новые тенденции в самостоятельности руководителей в решении целого ряда новых проблем:

- определение стратегических целей и задач управления;
- постепенное совершенствование методов рационального использования ресурсов;
- оптимизация процедуры принятия управленческих решений;
- поиск наиболее эффективных стилей менеджмента и совершенствования мотивации работы персонала.

В то же время в работе заведующих клиническими отделениями в 76,8% случаев были выявлены дефекты в планировании и прогнозировании деятельности. В частности, отсутствует четкая конкретизация запланированных задач. В комплексном годовом плане не учитываются необходимые мероприятия, прежде всего, по улучшению

качества и безопасности медицинской помощи. Часть мероприятий планов структурных подразделений дублируют функциональные обязанности персонала, слабо проводится мониторинг выполнения запланированных мероприятий, и отсутствуют документы, удостоверяющие факт исполнения значительного числа запланированных мероприятий (приказ, распоряжения, протокол совещания с решением). В 46,7% случаев слабо проводится обсуждение проекта годового комплексного плана.

Внутренний аудит деятельности в структурных подразделениях проводится только в 18,2% структурных подразделениях, результаты аудита не всегда четко документируются и разбираются на производственных собраниях и конференциях. В 82,9% подразделениях отсутствует содержательный и глубокий анализ деятельности организаций и структурных подразделений.

II. Проведенный комплексный анализ должностной и профессионально-квалификационной структуры кадров в указанных организациях показал, что настоящий период, характеризуется низкой укомплектованностью клинических отделений врачами в 36,8%, а средним медицинским персоналами – в 42,7%. Их соотношение по всем клиническим отделениям в среднем составляло 1: 2,6, что указывает на то, что, на врача замыкаются многие мероприятия, не требующие особой квалификации.

Основной причиной не полной укомплектованности медицинским персоналом является не правильное планирование потребности, распределение и использование кадров в организациях. Имеет значение и существующая в настоящее время низкая социально-экономическая мотивация у медицинских работников, что способствует оттоку кадров из учреждений.

Врачебный и сестринский состав большинства ОЗ характеризуется большей долей персонала без квалификационной категории, что представлено в таблице 2.

Таблица 2

Удельный вес медицинского персонала, имеющего квалификационные категории

№.№	Наименование ОЗ	Врачи	Средний медперсонал
1.	Национальный центр хирургии	46,4%	54,7%
2.	Кыргызский научный центр гематологии (КНЦГ)	64,5%	45,0%
3.	Национальный госпиталь (НГ)	47,8%	48,2%
4.	НЦКиТ	50,6%	43,2%
5.	НЦПиДХ	39,8%	48,2%
6.	Всего:	51,4±2,4%	54,5±3,9%

Примечание: показатели, отраженные в графе «Всего» являются средними величинами показателей квалификационной категории, установленных в клинических отделениях аккредитованных организаций.

Как следует из таблицы, в ближайшее время в организациях третичного уровня предстоит проводить широкомасштабные мероприятия по повышению квалификационной категории сотрудников.

III. Материально-техническая база (МТБ) ОЗ в современных условиях определяется техническим состоянием зданий и помещений, оснащенностью и эффективностью применения изделий медицинской техники, хозяйственных и вспомогательных фондов. Особым ресурсным звеном стационарного звена служит коечный фонд и эффективность его использования (2).

В ОЗ, несмотря на улучшение поступления изделий медицинской техники и больничного оборудования за последние годы, в 23,5% структурных подразделениях установлен недостаток самого необходимого медицинского оборудования. В то же время в 37,8% подразделений имеющееся медоборудование используется не рационально, без достаточной степени нагрузки или простаивает из-за отсутствия специалистов, либо запасных частей. Так, например, в Национальном госпитале являются устаревшими рентгенаппараты, электроэнцефалограф, миограф, торакоскоп, физиотерапевтическая аппаратура, наркозно-дыхательная аппаратура. В НЦКиТ имеются изношенные электрокардиографические аппараты, кардиомониторы и суточные мониторы.

На рисунке 2 представлены суммарные экспертные оценки состояния помещений и кабинетов исследуемых ОЗ. Необходимо отметить, что во всех аккредитуемых ОЗ занимаемая площадь коек в палатах не соответствует СанПиН Кыргызской Республики (раздел 3, п.п 3.1-3.9). Оснащенность мягким и твердым инвентарем недостаточная. Отмечается изношенность имеющегося твердого инвентаря, кровати, прикроватных тумбочек, недостаточное количество душевых и ваннных комнат. Выявлены нарушения нормативных требований, касающихся работы приточно-вытяжной вентиляции, соблюдения радиационной безопасности.

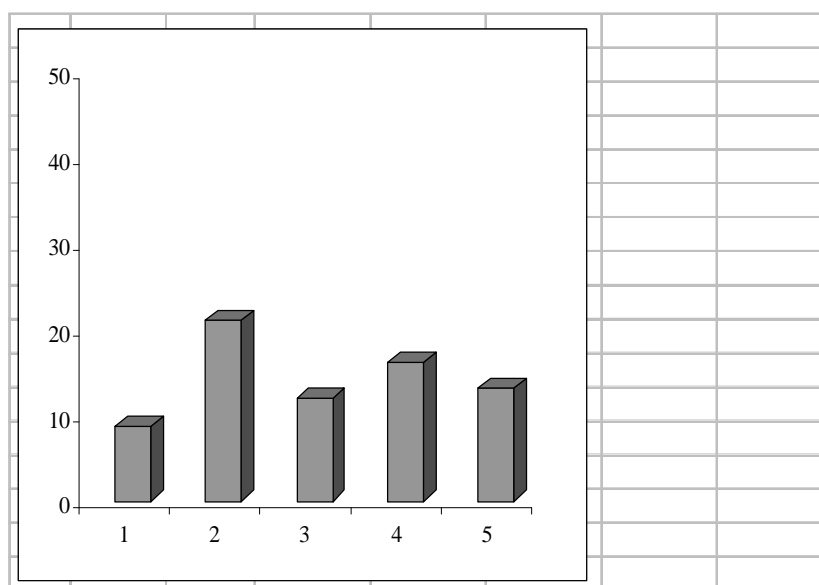


Рисунок 2. Состояние материально-технической базы ОЗ третичного уровня

Примечания:

1	Количество подразделений, находящихся в приспособленных зданиях.
2	Количество помещений и зданий, требующих ремонта.
3	Доля помещений службы с плохим обеспечением коммуникационной системы.
4	Доля помещений с нехваткой необходимого инвентаря.
5	Количество подразделений с высокой изношенностью медицинской техникой

IV. Для изучения качества медицинской помощи в данных ОЗ был использован системный подход, который подразумевает, что основополагающим фактором является труд медперсонала, его формализованные единицы и применяемые методики, а также наличие высокой технологии в процессе оказания пациентам медицинских услуг (3).

Для оценки качества оказания медицинской помощи нами была проведена экспертиза деятельности всех клинических отделений и вспомогательных подразделений. В результате исследования были выявлены недостатки технологии оказания специализированной медицинской помощи, которые были подразделены на дефекты организационного, диагностического и лечебного характера, как при оказании экстренной, так и плановой помощи, при ее реализации в процессе профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, т.е. на всех этапах медицинской помощи. В следующей таблице представлены данные о дефектах предоставления медицинской помощи в процентах от общего количества подвергнутых экспертизе медицинских карт в ОЗ.

Таблица 3

**Долевое распределение дефектов технологии системы
предоставления медицинских услуг**

№ №	Наименование ОЗ	Кол-во мед. карт	Дефекты оформлены (%)	Диагностические дефекты (%)	Лечебные дефекты (%)
1.	Национальный центр хирургии	678	10,0	14,2	3,3
2.	Кыргызский научный центр гематологии (КНЦГ)	238	1,6	6,6	5,0
3.	Национальный госпиталь (НГ)	679	7,4	15,3	6,6
4.	НЦКиТ	550	8,0	3,3	5,3
5.	НЦПиДХ	470	10,0	6,7	7,0
6.	Республиканский центр репродуктивного здоровья	245	6,6	4,4	4,4

Анализ недостатков в технологии оказании медицинской помощи в ОЗ третичного уровня позволил установить, что наибольший удельный вес дефектов

обусловлен нарушениями организационного и лечебно-диагностического процессов в момент поликлинического обслуживания и оказании плановой помощи (таблица 4).

Таблица 4

Структура дефектов оказания медицинской помощи (%)

ОЗ третич- ного уровня	Организа- ционные дефекты	Лечебно-диагностические дефекты			Итого
		При поликлиничес- ком обслуживании	При оказании экс-тренной помощи	При оказании плановой по-мощи	
Доля	50,7	15,7	13,7	19,9	100,0

Анализ причин недостатков в оказании терапевтической помощи позволяет классифицировать их на «неуправляемые» - независящие от действия медицинского работника либо связанные с недостаточным финансированием и низким уровнем обеспечения расходными материалами и оборудованием, с тяжелым или злокачественным течением, болезни. Так называемые «управляемые» дефекты составили 34,7% от всех выявленных дефектов.

В таблице 5 представлено соотношение основных причин дефектов, влияющих на полноту и своевременность лечебно - диагностического процесса.

Таблица 5

Соотношение основных причин дефектов и их влияние на полноту и своевременность лечебно - диагностических процессов на третичном уровне

Причины дефектов	%	r*
Неисполнение функциональных обязанностей и низкая квалификационная категория врачей	12,3	+0,2±0,03
Злокачественное течение болезни	29,7	+0,4±0,02
Организационные недостатки	58,0	+0,6±0,01
Итого:	100,0	

Примечание: r* - коэффициент корреляции.

Как видно из представленной таблицы, наиболее выраженный коэффициент корреляции влияния на качество лечебно-диагностических процессов отмечается в случаях неправильной организации процесса медицинского обслуживания и при злокачественном течении заболеваний.

Таким образом, для развития системы непрерывного повышения качества предоставления медицинской помощи на уровне ОЗ третичного уровня необходимо выполнение следующих условий:

1. В соответствии со статьей 18 Закона Кыргызской Республики «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике» и в рамках реализации Национальной программы реформирования здравоохранения «Манас таалими» необходимо пересмотреть Уставы (положения) ОЗ с конкретным определением типа и вида, а также цели и задачи организаций здравоохранения, особенно третичного уровня. В ОЗ данного уровня увеличить объем и повысить качество оказания медицинской помощи населению путем рационального использования высокотехнологичного оборудования, передовых научных достижений с привлечением высококвалифицированных медицинских кадров. Необходимо расширить возможности ОЗ третичного уровня в проведении консультативно-методической помощи регионам, в организации выездных бригад для оказания практической помощи населению и медицинским работникам в отдаленных регионах республики. Продолжить разработку и внедрение критериев и стандартов аккредитации для организаций третичного уровня.

Ниже приводятся предлагаемые нами критерии отнесения организаций здравоохранения к третичному уровню (таблица 6).

Таблица 6

Критерии, характеризующие третичный уровень организаций здравоохранения

№№	Наименование критериев
1.	Оказание высокоспециализированных видов медицинской помощи в соответствии с профилем организации здравоохранения
2.	Использование высокотехнологичных диагностических, лечебных и реабилитационных методов в процессе обслуживания населения, в соответствии с утвержденным перечнем, стоимость которых превышает 100 минимальных заработных плат
3.	Наличие высокоразвитой системы современных информационных технологий, обеспечивающих качественную и эффективную регистрацию, учет и анализ результатов предоставления медицинских услуг пациентам
4.	Наличие материально-технической базы (здание, помещения, коечный фонд, ресурсное оснащение), позволяющей выполнение качественных и эффективных диагностических, лечебно-оздоровительных и восстановительных мероприятий (в соответствии с табелем оснащения для ОЗ третичного уровня)
5.	Высокий профессионализм и уровень квалификации медицинских и научных работников, соответствующие современным международным стандартам
6.	Наличие научной базы для анализа, разработки и внедрения новых медицинских технологий и современных научно-технических

	достижений
7.	Систематическое издание и публикация методических руководств, рекомендаций, пособий, инструкций по актуальным вопросам в области медицинской науки и практики, непосредственно связанных с новыми методами профилактики, диагностики, лечения и реабилитации
8.	Наличие стратегической программы развития и финансовой поддержки кадрового и материально-технического потенциала для оказания методической и консультативной помощи организациям здравоохранения первичного и вторичного уровня
9.	Участие в разработке и реализации национальных и государственных программ в области здравоохранения, других нормативных и правовых документов по медицинскому и социальному обслуживанию населения
10.	Возможность предоставления пациентам сервисных услуг высокого класса
11.	Наличие системы внутреннего менеджмента и аудита, основанной на международных стандартах ИСО 9000: 2001

2. Является важным включение раздела «Планирование и анализ деятельности организаций здравоохранения» в учебные планы курсов подготовки и переподготовки кадров для управленческого звена ОЗ всех уровней с учетом стратегических и приоритетных задач стоящих перед здравоохранением и с ориентацией на реально достижимые конечные результаты в процессе предоставления медицинских услуг.
3. Необходимо разработать и внедрить в практику деятельности управления ОЗ стратегическое планирование потребности, распределения и использования кадровых ресурсов с учетом уровней организаций здравоохранения, а также новые методы и механизмы по улучшению качественного состава и квалификационных характеристик медицинских работников.
4. Необходимо пересмотреть и определить перечень высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи с учетом современного уровня и развития кадрового и материально-технического потенциала ОЗ республики.
5. Повысить эффективность использования средств Фонда технического обслуживания (ФТО) для рациональной и бесперебойной работы медицинской техники и изделий медицинского назначения в ОЗ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Мартыненко С.Н., Данилов В.И., Вахитов Ш.М. Разработка научно-обоснованных стандартов диагностики хирургической сосудистой патологии головного мозга // [www. icdc. ru](http://www.icdc.ru).
2. Козлов А.В., Нестеренко Е.И., Полунина Н.В. К вопросу об экономической деятельности стационарных лечебно-профилактических учреждений // Экономика здравоохранения. - 1999. - №7 - 8. - С.46 - 46.

3. Тогунов И.А. Взаимоотношения ресурсов и технологий в здравоохранении // Проблема социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. - 2000. - №4. - С.31 - 32.

ПРИОРИТЕТЫ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

М.А. Камалиев

Казахский национальный медицинский университет

Всемирная организация здравоохранения, оценивая положение с кадрами в Европейском регионе, констатирует, что во многих странах региона существуют кадровое перенасыщение служб и даже безработица; проблемы с направлением медицинских работников в сельскую местность; нехватка соответствующим образом подготовленных семейных врачей и медицинских сестер, а также других работников ПМСП; акцент в подготовке на узких специалистов; недостаточная подготовка медицинских сестер; ориентация на больничную и высокоспециализированную помощь; недооценка укрепления здоровья и профилактики заболеваний и др. и ставит одной из приоритетных задач политики «Здоровье для всех в 21-ом столетии» развитие кадровых ресурсов для здравоохранения [1].

Наряду с общими для многих стран кадровыми проблемами, системы здравоохранения и медицинского образования Казахстана имеют ряд специфических особенностей, требующих системного анализа, оперативного и стратегического решения.

За годы суверенитета система здравоохранения Казахстана, следуя курсу общественно-политических и социально-экономических преобразований, прошла три этапа реорганизации: этап ожидания (1992-1994 гг.), этап активного внедрения бюджетно-страховой модели здравоохранения (1995-1998 гг.), этап внедрения программного финансирования (с 1999 г.), что свидетельствовало об отсутствии четкого видения реформ в условиях переходного периода [2].

На каждом этапе реформирования здравоохранения проводилась соответствующая кадровая политика. За прошедшее время кадровые ресурсы здравоохранения претерпели определенные количественные и качественные изменения. Следуя основным направлениям государственной политики оптимизации системы здравоохранения, основным содержанием которой стало урезание сети и мощности лечебно-профилактических организаций, кадровая политика была направлена на сокращение числа рабочих мест. В 1990 г. численность врачей всех специальностей (без зубных врачей) составляла 68927 или 41,2 на 10 тыс. населения (наивысший показатель Казахской ССР), а в 2000 г. – 48953 и 33 соответственно (наименьший показатель Республики Казахстан).

Видимого социально-экономического эффекта от сокращения сети организаций и кадров здравоохранения не наблюдалось, поскольку высвободившиеся средства не были reinvestированы в другие сектора системы здравоохранения. Сокращение больничных коек не сопровождалось необходимым усилением первичной медико-санитарной помощи. Тем не менее, политика оптимизации избавила отрасль от организаций здравоохранения, не отвечающих современным требованиям объема и качества медицинской помощи; больничных коек, развернутых без соблюдения санитарных норм; способствовала внедрению технологий интенсивного лечения, тем самым, улучшив использование коечного фонда.

Имея к моменту распада СССР высокие ресурсные показатели медицинского обслуживания населения, система здравоохранения Казахстана уже в 1998 г. уступала соответствующим общеевропейским показателям на 70-80% [3].

Ситуация усугубилась недостаточной социальной и правовой защищенностью работников здравоохранения, которая обусловили сокращение и отток врачей из государственных организаций. Квалифицированные и энергичные специалисты, оказавшиеся перед угрозой сокращения и жизненным выбором, предпочли создать или перейти в негосударственные структуры здравоохранения или в другие отрасли, не связанные с медициной, но обеспечивающие экономическую свободу и поддержку. В отрасли стала формироваться социальная напряженность.

К концу 20 в. – началу 21 в. в контексте выравнивания и устойчивого социально-экономического развития ресурсное обеспечение отрасли стало улучшаться, что отразилось в росте численности врачей с 2001 г. В 2004 г. в отрасли заняты 54758 врачей всех специальностей (без зубных врачей), что составляет 36,3 врача на 10 тыс. населения.

Сравнительный анализ показателей обеспеченности врачами населения постсоциалистических стран свидетельствует о достаточной вариабельности показателей, ранее достаточно однородных, в связи с разными избранными стратегиями развития здравоохранения: от 45,6 – в Белоруси и 42,5 – в России до 21,2 – в Туркменистане и 19,3 – в Таджикистане; в среднем по СНГ – 37,4 [4].

В настоящее время в здравоохранении республики сохраняются явные диспропорции в обеспеченности врачами населения разных административно-территориальных единиц. Уровень обеспеченности населения врачами, существенно ниже среднереспубликанского показателя в Акмолинской, Алматинской, Атырауской, Жамбылской, Кызылординской, Костанайской, Мангыстауской, Северо-Казахстанской, Южно-Казахстанской, но выше – в Актюбинской, Карагандинской областях. Отмечается преимущественная концентрация врачей в городах, особенно в крупных – в Алматы и Астане. Показатель обеспеченности врачами в сельских административных районах практически в 4 раза ниже, чем в городах.

Диспропорции в обеспеченности населения врачами на разных административных территориях, между городом и селом и между сельскими административными единицами формируют неравные доступность и качество медицинской помощи, следовательно – неравенство в реализации конституционного права граждан на охрану здоровья.

Номенклатура врачебных должностей в учреждениях здравоохранения СССР включала 79 врачей-специалистов. В Номенклатуре врачебных должностей и специальностей, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 июня 2003 г. № 458, перечислено уже 140 врачебных специальностей.

Сравнение распределения основных врачебных специальностей показало, что самой многочисленной является профессиональная группа врачей терапевтического профиля (22,5%), превышающая удельный вес всех основных врачебных специальностей: хирургического профиля (10,9%), педиатров (11,0%), акушеров-гинекологов (7,1%). Группа врачей других специальностей объединяет группы врачей других узких лечебных специальностей и прочих специальностей (48,5%). Причем, распределение врачей по специальностям имеет определенные особенности в зависимости от места проживания: в городах выше удельный вес врачей хирургического профиля, врачей узких специальностей, чем в сельской местности, где их удельный вес ниже, но, в свою очередь, выше удельный вес врачей терапевтов и педиатров.

Другой актуальной проблемой кадровой политики является нормирование труда работников здравоохранения, включая нормы нагрузки, нормы времени, нормативы численности.

В СССР проводилась значительная научно-практическая работа по обоснованию штатных нормативов, типовых штатов, норм времени и другим вопросам штатной численности учреждений здравоохранения. Причем, строго контролировалось правильное применение действующих нормативных документов по труду, соблюдение методик расчетов,

использование предоставленных руководителям прав и полномочий, рациональное использование кадровых ресурсов [5]. В период демократизации социалистического общества (вторая половина 80-х годов) Министерством здравоохранения СССР были делегированы руководителям учреждений здравоохранения права гибкого применения нормативов по труду в практике здравоохранения в зависимости от конкретных организационно-технических условий их деятельности, включая введение дополнительных должностей медицинского персонала сверх действующих штатных нормативов и типовых штатов учреждений в пределах плана и бюджета здравоохранения. Разрешено было осуществлять замену должностей в медицинских учреждениях в любом порядке в пределах одной из категорий персонала, а также предоставлено право устанавливать индивидуальные нормы нагрузки всех категорий медицинского персонала. Отныне расчетные нормы труда работников здравоохранения утратили силу директивных, а стали носить рекомендательный характер.

В кризисных условиях переходного периода обеспечение потребности населения в лечебно-профилактической помощи стало достигаться путем увеличения норм нагрузки без учета уровня и структуры заболеваемости, а также состояния и развития организационных форм медицинской помощи. Проводимые мероприятия были вынужденной мерой, не были популярными в медицинской среде и также способствовали кадровому оттоку и снижению качества медицинской помощи, особенно среди молодых специалистов.

По статистическим данным о наличии и движении кадрового состава в государственных медицинских организациях в 2005 г. прибыло 1727 специалистов, в то же время выбыло 1318 человек. Из них молодых специалистов прибыло 188, выбыло – 65.

По данным Департамента здравоохранения г. Алматы, не хватает около 900 врачей, особенно нужны участковые терапевты и педиатры [6]. Показатель обеспеченности жителей г. Алматы врачами составляет 35,8 на 10 тыс. населения (без учета республиканских организаций). Укомплектованность врачебных должностей достигается совместительством.

В возрастной структуре врачей самой немногочисленной оказалась возрастная группа до 30 лет (11,8%), в то время как лиц в возрасте старше 50 лет – 27,9%. Наличие значительного числа врачей зрелого возраста, обладающих многогранным профессиональным, учебно-методическим и жизненным опытом, является важным фактором высокого качества медицинской помощи. Вместе с тем, невысокий процент более молодой части кадрового потенциала свидетельствует о снижении профессионального воспроизводства. Одновременно, данный факт, говорит о старении врачебного корпуса, а, следовательно, о его стагнации и замедлении профессионального роста более молодой составляющей части врачебного коллектива.

В современных условиях профессия врача становится, как никогда ранее, массовой. Если в 90-х годах количество студентов в Казахстане ежегодно уменьшалось, то с начала текущего столетия прослеживается устойчивая тенденция роста, как в абсолютных, так и в относительных показателях. В 2004 г. количество принятых на первый курс во все медицинские вузы Казахстана (5674) превысило в 2,4 раза прием студентов в 1995 г. – год наименьшего количества зачисленных за время государственного суверенитета (2326) и в 1,2 раза по сравнению с 1990 г. – последним (наибольшим) показателем Казахской ССР (4861). В том же году количество обучающихся в медицинских вузах составило 24272 студента, что практически сравнялось с соответствующим последним (наибольшим) показателем Казахской ССР.

Прирост и обновление врачебных кадров обеспечивается деятельностью 9 высших медицинских учебных заведений (6 государственных – Казахский национальный медицинский университет и медицинские академии в Астане, Актюбинске, Караганде, Семипалатинске, Шымкенте, и 3 негосударственных). Из 177 вузов Казахстана КазНМУ устойчиво занимает ведущее (третье) место в рейтинге популярности по итогам зачисления на первый курс, уступая лишь Казахскому национальному техническому

университету им. К. Сатпаева и Казахскому национальному университету им. Аль-Фараби [7].

Совершенствование кадровой политики в системе здравоохранения неразрывно связано с повышением качества профессиональной подготовки специалистов. Проблема качества медицинского образования никогда не теряла своей актуальности. В свое время советская система образования достаточно преуспела в подготовке хорошо образованных кадров. Уровень знаний в ведущих академических институтах оценивался специалистами, в том числе зарубежными, также весьма высоко. С сокращением государственных расходов на финансирование средних и высших учебных заведений, без наличия адекватных ресурсов, трудно добиться достижения и поддержания приемлемого образовательного стандарта, который изначально не везде достигал высокого качества. Образовательные услуги стали менее эффективными. В условиях сдерживания государственных расходов на образование, организациями образования проводится политика привлечения внебюджетных средств. Причем, количество зачисленных на платной основе превышает число зачисленных по государственным грантам и кредитам – переведенным с 2005-2006 учебного года на гранты.

На заре государственного суверенитета вузы страны в упоении продекларированной собственной автономностью и частичного государственного дерегулирования образовательной деятельности перешли к разработке и внедрению собственных (индивидуальных для данного вуза) учебных программ и планов. Государственным решением проблемы стала разработка государственного общеобязательного стандарта образования (ГОСО). За эти годы их утверждено три и, наверное, ни одна страна в мире не могла похвастаться параллельным функционированием всех трех, по которым медицинские вузы Казахстана начинают, продолжают или заканчивают профессиональную подготовку специалистов одновременно. Наличие ГОСО, разноплановых и взаимно исключающих, также свидетельствует об отсутствии в предыдущие годы четкого видения стратегии кадровой политики.

На протяжении многих лет отсутствовал механизм трудоустройства выпускников медицинских вузов, что привело к перепроизводству врачебных кадров.

Одной из проблем отечественного здравоохранения является то, что медицинский персонал стал существенным элементом социально-психологической дестабилизации в здравоохранении. Имеет место тенденция к дегуманизации медицинской профессии, обусловленная ее социально-правовой незащищенностью. Налицо снижение интереса части врачей к страданиям пациентов, в основе чего лежат деформации профессиональной ответственности медицинских работников, его моральных и психологических качеств. Отмечается невыполнение медицинским персоналом на должном уровне своих профессиональных обязанностей, его незаинтересованность в результатах индивидуального и коллективного труда, отсутствие связи материального благополучия медицинского персонала, доходов организации здравоохранения с пациентом и качеством его обслуживания. Врач, исходя из действующих лимитов, вынужден сегодня в интересах больницы и пациента обходиться минимальным набором медикаментов, выбирать не дорогостоящий метод лечения, укладываться в минимальные сроки госпитализации.

Статус профессии во многом определяется размером заработной платы. В переходный к рыночным отношениям период разрыв между заработной платой работников здравоохранения и средней по всем видам экономической деятельности на момент введения национальной денежной единицы тенге (1993 г.) составлял 2 раза, а в 1994 г. – 2,2 раза. Проводимая индексация доходов работников бюджетных организаций в середине 90-х годов сократила разрыв до 1,5 раз. Однако с начала 21 века средняя по всем видам экономической деятельности заработная плата превышала заработную плату работников здравоохранения в 2 раза. В 2004 г. среднемесячная номинальная заработная плата по всем видам экономической деятельности составила 28329 тенге, в здравоохранении – 15300 тенге.

Президент Республики Казахстан, обращаясь с Посланием народу Казахстана «Казахстан на пути ускоренной экономической, социальной и политической модернизации» (Астана, 18 февраля 2005 г.), сказал: «Уже с 1 июля этого года считаю необходимым поднять заработную плату работникам бюджетной сферы – учителям, врачам, работникам культуры, социального обеспечения в среднем на 32 процента. А с 2007 года – в среднем на 30 процентов». По данным Агентства РК по статистике, по итогам 2005 г. среднемесячная номинальная заработная плата по всем видам экономической деятельности составила 44956 тенге, в здравоохранении – 22812 тенге.

Выше среднереспубликанской среднемесячной заработной платы врача показатели в Восточно-Казахстанской, Северо-Казахстанской, Костанайской, Южно-Казахстанской, Кызылординской, Карагандинской областях и в г. Астана. Ниже среднереспубликанского уровня оплаты труда врача показатели в Алматинской, Мангыстауской, Актюбинской областях и г. Алматы.

Здравоохранение и предоставление социальных услуг по среднемесячной номинальной заработной плате в Казахстане практически замыкают список видов экономической деятельности, опередив лишь сельское хозяйство, охоту и лесное хозяйство, рыболовство и рыбоводство.

Приведенные данные официальных источников свидетельствуют о крайне неравноправном положении врача в обществе в сравнении с представителями многих других профессиональных групп. Высокая потребность в их труде, но, в то же время несоответствие оплаты труда квалификации, объему, качеству, сложности выполняемой работы и функций, снижает значимость и авторитет врачебной профессии.

В современных условиях в тенденциях развития самой профессии врача традиционные гуманные ценности не теряют своего доминирующего положения, хотя гуманизм рассматривается уже в контексте новых требований, способствующих адаптации к изменяющимся и грядущим условиям в сфере здравоохранения. Большинство медицинских работников сохраняет свои лучшие профессиональные и морально-этические качества. Вместе с тем, отмечается изменение в сторону упрощения норм поведения медицинских работников. Налицо снижение интереса части врачей к страданиям пациентов, в основе чего лежат деформации профессиональной ответственности медицинских работников, его моральных и психологических качеств. Врачу зачастую присущи антигуманные настроения, что все чаще проявляется в равнодушии, даже преступном нарушении норм медицинской этики и деонтологии.

Дальнейшее игнорирование и непринятие кардинальных мер по повышению статуса врача в социально-экономическом аспекте и общественном мнении могут привести к серьезным отрицательным последствиям в организации и качестве медицинской помощи. Завоевание профессионального авторитета в сегодняшних условиях непосильно врачу без государственной поддержки.

В своем послании народу Казахстана «Стратегия вхождения Казахстана в число 50 наиболее конкурентноспособных стран мира. Казахстан на пороге нового рывка вперед в своем развитии» (Астана, 1 марта 2006 г.) Н.А. Назарбаев указал, что «должны быть осуществлены новые подходы к оплате труда медицинских работников в зависимости от конечного результата труда, с учетом его качества, объема и сложности оказываемой медицинской помощи, а также уровня квалификации».

Параллельно повышению материального благосостояния врача должна усилиться работа по оценке и формированию его профессионально-нравственных и морально-этических качеств.

Эти и многие другие вопросы подготовки, расстановки и использования трудовых ресурсов свидетельствуют о наличии серьезных кадровых проблем в здравоохранении. Современное состояние кадровых ресурсов и система управления ими еще не в состоянии в полной мере обеспечить эффективное развитие отрасли. Деятельность кадровой службы, призванной осуществлять эффективную кадровую политику, не всегда соответствует

требованиям времени, а методы ее работы не отражают современные подходы к управлению персоналом.

Отсутствие стратегии кадрового обеспечения, четкого научного определения потребности в кадрах, привели к отсутствию необходимой концентрации кадров на приоритетных направлениях, к диспропорции в кадровой обеспеченности первичного звена здравоохранения и специалистов, различных территорий страны, в медицинском обслуживании городского и сельского населения и т.д.

Также не определено и соответственно не достигнуто оптимального соотношения врачей и среднего медицинского персонала. Сегодня в среднем на одного врача приходится два средних медицинских работника. Отличительной особенностью медицинских кадров как одной из разновидностей ресурсов является их высокая стоимость, что связано с затратами на их профессиональную подготовку и оплату труда. По данным Всемирной организации здравоохранения, до 70% средств, выделяемых на здравоохранение, тратится на покрытие этих расходов, а подготовка врача обходится в шесть раз дороже подготовки медицинской сестры. Дисбаланс между врачами и сестринским персоналом ведет к серьезным экономическим последствиям и требует исправления чрезвычайно дорогостоящей кадровой политики.

Назрела необходимость принятия Программы кадровой политики в здравоохранении и Отраслевой программы содействия занятости медицинских и фармацевтических работников.

Для обеспечения перспективного развития отрасли в условиях ее реструктуризации основными приоритетами кадровой политики являются:

- совершенствование системы планирования подготовки и использования кадровых ресурсов;
- совершенствование системы подготовки и повышение государственных гарантий качества работы специалистов;
- оплата и стимулирование труда;
- правовая и социальная защита работников здравоохранения;
- реформа кадровой службы и системы управления персоналом;
- совершенствование системы финансирования образовательных медицинских заведений.

В качестве первоочередного шага кадровой политики ресурсосбережения и повышения производительности труда является определение оптимальной численности медицинских работников, включая их перераспределение с учетом этапов и профилей оказания медицинской помощи, в первую очередь, в сторону усиления первичного звена здравоохранения.

Расчет численности работников здравоохранения должен быть основан на разработке территориально-отраслевого плана с учетом реорганизации территориальных систем здравоохранения, анализа кадровой ситуации и прогноза. При этом, в территориальном разрезе должен быть обеспечен баланс между потребностью и наличием кадров с учетом региональных особенностей, а также сохранен дифференцированный подход к установлению лимитов по территориям, а в них — по специальностям, квалификационным категориям и др. В условиях децентрализации управления отраслью порядок установления лимитов численности и право их утверждения целесообразно предоставить местным органам власти, делегировав им разработку планов внедрения лимитов в организациях здравоохранения. Выполнению программы развития медицинских кадров способствуют аттестация и лицензирование работников здравоохранения с последующим внедрением системы найма специалистов на контрактно-конкурсной основе.

Следующим шагом должно стать формирование государственного заказа на подготовку кадров здравоохранения (количество грантов). Министерство здравоохранения должно определить и задать общую и дополнительную потребность в

специалистах, дифференцированных по группам (номенклатуре) специальностей, и требования, предъявляемые к специалистам.

Государственный заказ на зачисление студентов должен учитывать пропускную способность вузов (необходимые трудовые, материальные, финансовые ресурсы, научно-педагогический потенциал), а также сбалансированность с другими подсистемами образования.

Необходимо повышение государственных расходов на медицинское образование, что естественно влечет к повышению стоимости обучения (приказы МЗ РК «Об утверждении тарифов на оказание платных услуг в сфере среднего, высшего и послевузовского медицинского образования на 2005-2006 учебный год» от 23 июня 2005 г. № 296, «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 23 июня 2005 г. № 296» от 26 сентября 2005 г. № 486).

Все возрастающий спрос на медицинскую профессию заставляет задуматься об обеспечении выпускников рабочими местами. Выход видится в заключении трехсторонних договоров «орган управления здравоохранением – вуз – студент» в рамках государственного задания.

Реорганизация системы здравоохранения неизбежно сопровождается селективной безработицей определенной части медицинских кадров. С целью стабилизации кадровых процессов требуется создание отраслевой службы занятости, формирование централизованного банка данных рабочих мест и вакансий, открытие центров переподготовки и переобучения медицинских работников.

В настоящих условиях, необходимо предусмотреть в формировании нормативной базы здравоохранения, научно-обоснованные штатные нормативы и типовые штаты организаций здравоохранения, нормативные акты по правам местных органов и руководителей организаций здравоохранения по определению структуры организации, расчетам и расстановке численности должностей, а также расширить права и ответственность руководителей органов и организаций здравоохранения, в том числе, права гибкого варьирования финансовыми и кадровыми ресурсами в зависимости от конкретных условий работы, форм и методов организации труда.

Немаловажное значение имеет реформа оплаты труда работников здравоохранения. В механизме обоснования уровня заработной платы медицинских работников в связи со спецификой труда, не имеющего материального воплощения, до сих пор используется косный принцип ориентирования на минимальный уровень ставок и окладов в материальном производстве. Реформа оплаты труда должна развиваться в следующих направлениях: повышение гарантированного минимума заработной платы до уровня динамического соответствия размерам заработной платы в производственной и непромышленной сферах; обеспечение потребительского спроса и общественного престижа медицинской профессии; введение переменной части заработной платы, предусматривающей преодоление уравнилельных тенденций; расширение масштабов и углубление дифференциации в зависимости от объемов и качества труда.

Повышению качества медицинского образования должны способствовать: активизация государственной политики в области образования, многоступенчатость и непрерывность медицинского образования, введение государственных стандартов качества обучения, аттестация и аккредитация учебных заведений, модернизация учебных программ, многообразие форм собственности, конкуренция предложения, многоканальность финансирования и др. В соответствии с утвержденной Правительством Концепцией реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан до 2010 года вводится система менеджмента качества, отвечающая международным стандартам ИСО серии 9000-2000. Повышению качества медицинского образования также должно способствовать совершенствование системы единого национального тестирования (ЕНТ).

Таким образом, решение сложных задач, стоящих перед системой здравоохранения, функционирующей в рыночных условиях, требует разработки и реализации комплекса политических, организационных, экономических и социальных мер, направленных на мобилизацию и активизацию человеческих ресурсов, задействованных в отрасли. Все это определяет необходимость оптимизации управления кадровыми ресурсами и создание целостного механизма управления кадровыми процессами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. //Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6. – ВОЗ, Копенгаген. - 310 с.
2. Девятко В.Н., Аканов А.А. Здоровье народа и здравоохранение Казахстана в переходный период: опыт, уроки, проблемы. – Алматы, 1999. – 140 с.
3. Аканов А.А., Девятко В.Н., Кульжанов М.К. Общественное здравоохранение в Казахстане: концепции, проблемы и перспективы. – Алматы, 2001. - 101 с.
4. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2004 году (Статистический сборник). – Астана-Алматы, 2005. – С. 17.
5. Сборник штатных нормативов и типовых штатов учреждений здравоохранения / Под ред. С.П. Буренкова. – М.: Медицина, 1986. – 704 с.
6. Начнем с понедельника. - № 14 (625). – 20 апреля 2006 г. – С. 3.
7. Аргументы и факты Казахстан. – 9-15 марта 2005 г. – № 10 (614). – С. 10.

О ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Каптагаева А.К., Смаилова А.Н.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Прошло более 25 лет после того, когда Алма-Атинская Декларация выдвинула первичную медико-санитарную службу (далее – ПМСП) во главу «повестки дня» политики здравоохранения. С тех пор значимость ПМСП была также подтверждена на практике - отдельные страны предприняли важные шаги по ее укреплению, другие обосновали свою политику исключительно на ее принципах. В другой группе стран, возможно наиболее многочисленной, непрерывные мелкомасштабные изменения в системах здравоохранения способствовали повышению роли ПМСП. (1)

Здоровье населения республики – один из самых значимых приоритетов социальной политики Казахстана. В Послании Главы государства на 2005 год указано, что в отрасли здравоохранения необходимо произвести серьезные изменения, в том числе в части совершенствования организации предоставления медицинской помощи населению. В качестве первоочередных задач указано на реальный перенос центра тяжести на первичную медико-санитарную службу, перемещение акцента со стационарного на амбулаторное лечение.(2)

Одной из целей Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы является осуществление коренных преобразований в здравоохранении, направленных на улучшение здоровья населения, путем совершенствования системы ПМСП. Согласно Программе, новая модель ПМСП в

Республике Казахстан будет основана на принципах общей врачебной практики и структурно состоять из центров ПМСП

Анализ состояния здоровья населения и системы здравоохранения в республике показывает, что в настоящее время количество врачей достигло 54,6 тыс. человек, средних медицинских работников – 115,0 тыс. человек, обеспеченность врачами составляет 36,5, средним медицинским персоналом – 76,9 на 10 000 тыс. населения. При этом, несмотря на высокие усредненные показатели обеспеченности населения медицинским персоналом, функционирование системы здравоохранения на этапе ПМСП расценивается как недостаточно эффективное.

Сложившаяся ситуация характеризуется недостаточным вниманием к развитию и укреплению ПМСП, финансированием по остаточному принципу и недооценкой ее реальных возможностей, отсталостью в технологическом плане. Материально-техническая база сельских лечебно-профилактических организаций продолжает оставаться в неудовлетворительном состоянии, и, что наиболее важно, объекты ПМСП не укомплектованы квалифицированными кадрами. Анализ показывает, что число фактических посещений организаций ПМСП в ряде регионов превышает нормативные показатели, более чем в 1,5 раза. На сегодняшний день укрепление ПМСП требует наличия квалифицированных медицинских кадров, в том числе врачей общей практики и среднего медицинского персонала. (3).

В настоящее время кадровое обеспечение организаций ПМСП врачами общей практики (ВОП) осуществляется как путем подготовки их в интернатуре в медицинских вузах, так и переподготовки врачей общей лечебной сети на факультетах усовершенствования врачей медицинских вузов, в Алматинском государственном институте усовершенствования врачей.

В вузах республики общая врачебная подготовка ведется на отдельных кафедрах, либо в виде курсов при терапевтических кафедрах по разработанным, в соответствии с Типовыми, Рабочим учебным программам. Учебные часы по подготовке ВОП предусмотрены в Государственных общеобязательных стандартах образования, для подготовки врачей лечебного и педиатрического профиля, специалистов по восточной медицине. Всего на подготовку ВОП отводится 1944 академических часа на шестом (субординатура) и седьмом (интернатура) курсах. Указанное учебное время рассчитано на изучение целого ряда специальностей, освоение которых необходимо в практике ВОП.

Лица, прошедшие субординатуру и интернатуру по одной из лечебных, педиатрических специальностей, для работы в данной должности должны пройти курсы переподготовки по ВОП, срок обучения, составляет 864 часов (6 месяцев).

Вопросы кадрового обеспечения отрасли ВОП предусмотрены в рамках Плана мероприятий по реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы. Так, в соответствии с вышеназванным Планом, республиканским бюджетом в 2005 году предусмотрены средства на повышение квалификации и переподготовку ВОП. Кроме того, в соответствии с бюджетной программой 014 «Повышение квалификации и переподготовка кадров» ежегодно выделяются средства на обучение врачей общей практики. Вместе с тем, на сегодняшний день становится очевидным, что при сохраняющейся практике обучения и динамике подготовки ВОП решение вопроса кадрового обеспечения требует активного вмешательства с целью увеличения масштабов подготовки.

Учитывая высокую потребность организаций ПМСП во ВОП необходимо предпринять следующие шаги:

- Определить государственный заказ на прием в интернатуру по специальности «врач общей практики» в соответствии с фактической потребностью отрасли.
- Увеличить количество врачей, переподготавливаемых по ВОП.

При этом, увеличение количества курсантов на факультетах усовершенствования врачей невозможно без учета реальных возможностей медицинских вузов республики. Данная процедура повлечет за собой необходимость увеличения штата преподавателей кафедр, привлечения специалистов лечебной сети, материально-технического оснащения кафедр, расширения сети клинических баз, и т.д.

- Усовершенствовать программы переподготовки ВОП, формы обучения (очная, очно-заочная, широкое внедрение в рамках программы информатизации отрасли дистанционной формы).

- Провести реорганизацию системы последиplomного образования с организацией Центра по переподготовке специалистов по Общей врачебной практике.

- Повысить роль и ответственность местных органов государственного управления здравоохранением в обеспечении кадрами села.

- Определить требования к обязательной отработке в организациях ПМСП специалистов, получивших образование по государственному гранту.

Проблема обеспечения кадрами объектов ПМСП, особенно в отдаленных и сельских регионах, во многом связана с тем, что существующий дефицит медицинских работников не восполняется выпускниками–специалистами медицинских организаций образования. Отсутствие механизмов закрепления кадров (материальные стимулы, благоприятные социально-бытовые условия, предоставление льгот) приводит к тому, что в среднем только около 50 % выпускников медицинских ВУЗов прибывают до места распределения.

Данная тенденция характерна не только для Казахстана - исследования в данной области доказывают, что доход и условия работы являются превалирующими факторами, оказывающими влияние на управление кадровыми ресурсами, на принятие решения о возможностях карьеры вновь подготовленными врачами (4). Условия работы ВОП могут эффективно использоваться для того, чтобы повлиять на состояние кадровой службы. (1)

- Задействовать материальные стимулы – повысить заработную плату врачей общей практики путем системы надбавок за работу в сельской местности. В настоящий период этот шаг видится одним из наиболее действенных механизмов обеспечения сельских ПМСП кадрами.

- Увеличить прием в медицинские ВУЗы и колледжи по государственному заказу.

- В рамках реализации проекта Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан до 2010 года начать целенаправленную подготовку ВОП в 2 годичной интернатуре.

Таким образом, для решения проблемы подготовки кадров для ПМСП требуется принятие ряда управленческих решений, направленных на создание системы, которая обеспечит доступность медицинской помощи населению и качество ее оказания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. W.G.W. Воерма., D.M.Fleming «Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи» , ВОЗ, 2001 г.
2. Послание Главы государства на 2005 год
3. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы
4. Baker, M et al., GPs in principle but not practice: a study of vocationally trained doctors not currently working as principals. Brit. Med.J. 1995; 310: 1301-130)

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ СИСТЕМЫ КРИТЕРИЕВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ

Жузжанов О.Т., Каирбекова С.З., Абдигулов С. М., Турдунов М. С.

Казахская государственная медицинская академии
Комитет по контролю за качеством медицинских услуг

По определению известного ученого А. Донабедиана качество медицинской помощи (далее-КМП) зависит от качества ресурсов и качества технологий. В связи с этим необходимо создать алгоритм расчетов КМП. Для этого необходимо структурирование качества ресурсов и определить вес каждого их них. Поэтому разработка системы критериев эффективности использования кадровых ресурсов является первостепенной задачей в реализации Государственной программы реформирования и развития системы здравоохранения на 2005 – 2010 годы.

Интеллектуальный капитал состоит из запаса и движения полезных для организации знаний. Эти знания можно рассматривать в качестве нематериальных ресурсов, которые вместе с материальными (деньгами и имуществом) составляют рыночную или общую стоимость предприятия. Теоретической базой данной системы является концепция развития и оценки интеллектуального капитала медицинской организации, которая в свою очередь состоит из следующих компонентов: человеческого капитала, социального капитала и организационного капитала. В настоящее время многие ученые пытаются найти измерители всех трех составляющих интеллектуального капитала. Человеческий капитал это знания, умения и способности работников организации.

Значение преимущества в человеческом капитале общепризнанно, и особый интерес вызывают методы определения стоимости этого капитала. Причины этого следующие:

- Человеческий капитал является ключевым элементом рыночной стоимости компании, и, следовательно, его цена должна быть включена в расчет как показатель для инвесторов или тех, кто рассматривает возможность слияния или приобретения предприятия, в том числе его нематериальных активов.
- Определение критериев оценки, сбор и анализ относящейся к этому информации будет привлекать внимание организации к тому, что необходимо сделать, чтобы найти, сохранить, развить и наилучшим образом использовать ее человеческий капитал.
- Измерение стоимости человеческого капитала может предоставить основание для ресурсно-ориентированных стратегий, которые связаны с развитием ключевых для организации знаний и навыков.
- Измерения можно использовать, чтобы контролировать продвижения к стратегическим целям и оценивать эффективность в целом.

Вместе с тем, большинство ученых определяют его уровень, уровнем его развития, т.е. по соотношению базового уровня требований квалификационных характеристик или уровня компетенций медицинского персонала к фактическому уровню. Безусловно, человеческий капитал является собственностью каждого медицинского работника и при найме на работу учитывается уровень его компетентности и соответствие данного уровня тем компетенциям, которые заложены в должностную инструкцию. Вместе с тем, общая сумма оценки уровня компетентности медицинского персонала составляет результирующий объем человеческого капитала медицинской организации. Если учитывать эталонный уровень человеческого капитала, т.е. компетенций медицинской организации, то он должен равняться 100 баллам. В этом случае все врачи и средний медицинский персонал должны иметь высшую профессиональную категории. Поэтому соотношение фактического к эталонному и является реальной оценкой уровня человеческого капитала медицинской организации. В таблице № 1 нами предлагаются показатели измерения.

Таблица 1 - Измерители человеческого капитала

№ / №	Структура качества ресурсов	Показатели измерения	Нормативные	Фактические
1	Человеческий капитал	<ol style="list-style-type: none"> 1. Врачебный персонал на 10 тыс. человек 2. Средний медицинский персонал на 10 тыс. человек 3. Прочий персонал на 10 тыс. человек 4. Уровень категорированности среди врачей согласно приказов МЗ в %. 5. Уровень категорированности среди среднего медицинского персонала согласно приказов МЗ в %. 6. Соответствие медицинских работников профессиональным и должностным компетенциям в %. 7. Производительность труда (соотношение планируемого результата к числу штатных должностей; соотношение достигнутого результата к числу штатных должностей) в % 		

Таким образом, можно в динамике определять уровень человеческого капитала для любой медицинской организации. В контексте развития интеллектуального капитала медицинской организации представляет особую значимость, приобретает развитие системы управления персоналом в эффективности системы менеджмента качества медицинской помощи населению. Расчеты уровня развития человеческого капитала могут и должны определяться как на этапах оказания медицинской помощи, так и по отдельным направлениям. Однако, в настоящее время, разработанные квалификационные характеристики для медицинского персонала в Республике Казахстан не соответствуют международным требованиям, по ряду нескольких причин. Во – первых, существующая система обучения медицинского персонала далека от требований международного рынка медицинского персонала. Во – вторых, стоимость человеческого капитала в системе здравоохранения крайне низкая. В третьих, оплата труда медицинских работников не связана с результатами их деятельности и качеством оказываемых услуг. В четвертых, квалификационные характеристики медицинского персонала ориентированы на профессиональные знания, навыки и умения и не включают в себя уровни компетентности и коммуникативность.

Понятие социального капитала, зачастую путают с понятиями социальной ответственности, социальной защиты и т.д. За рубежом данное понятие определяется следующим образом: «социальный капитал — запасы и перемещение знаний, возникающие благодаря сети взаимоотношений внутри и вне организации». Социальный капитал — это знания, которые передаются и развиваются через взаимоотношения между работниками, партнерами, поставщиками и покупателями. Он создается, благодаря обмену знаниями, а это требует существования общей организационной среды, и которой мог бы свободно и непрерывно осуществляться подобный обмен. Такую среду с большей вероятностью можно обнаружить в организациях «без границ», где основное внимание уделяется горизонтальным процессам, командной работе и целевым группам, что позволяет передавать знания в процессе профессиональной деятельности. Социальный капитал, это человеческий

капитал, способный реализовать свой потенциал.

Особенностью системы здравоохранения является то, что оказываемая медицинская услуга всегда требует работы в команде. А поэтому развитию социального капитала придается особое значение. И измерение его представляет значительные трудности. Измеряемые критерии и показатели чрезвычайно многообразны и сложно сопоставимы. Вместе с тем, они должны быть определены. Социальный капитал — вопросы, связанные с построением и развитием организаций, которые усиливают процессы развития, овладения и распространения знаний. В таблице № 2 предложены показатели ее измерения.

Таблица 2

Измерение социального капитала

№/№	Структура качества ресурсов	Показатели измерения	Нормативные	Фактические
1	Социальный капитал	1. Наставничество в % 2. Патологоанатомические конференции в % 3. Повышение компетенций путем повышения квалификации, согласно приказов МЗ в %. 4. Создание групп качества в % 5. Консилиумы в % 6. Стимулирование процессов обмена знаниями в % 7. Социальная защита с целью наращивания знаний каждым в %		

Организационный или структурный капитал составляют знания, которыми владеет организация, а не ее отдельные работники. Его можно описать как внедренные знания или институционализированные знания, которые можно хранить с помощью информационных технологий в доступных и легко расширяемых базах данных. Социальный капитал может включать в себя определенную информацию, которая записана в базах данных, в инструкциях и стандартах по выполнению процедур, или же неписаные знания, которыми можно овладеть, обменяться или, насколько возможно, кодифицировать их.

Любые процессы или процедуры в организации созданы на основе знаний отдельных людей. В теории, эти внедренные знания независимы от людей, которые их развивают — и, следовательно, они относительно стабильны — отдельный специалист может исчезнуть, но это не уменьшит запаса знаний, внедренных в компании.

Организационный капитал создают люди (человеческий капитал), но в то же время он произволен от социального капитала. Он принадлежит медицинской организации и его можно развивать с помощью системы управления знаниями. Организационный капитал — вопросы, относящиеся к управлению знаниями.

В таблице № 3 нами предложены показатели измерения организационного капитала.

Таблица 3

Измерение организационного капитала

№/№	Структура качества	Показатели измерения	Нормативные	Фактические
-----	--------------------	----------------------	-------------	-------------

	ресурсы			
1	Организационный капитал	1. Развитие информационных систем в % 2. Внедрение системы менеджмента качества в % 3. Реализация процессного подхода в накоплении специфических знаний в % 4. Внутриведомственный контроль качества в %		

Основой предложенного подхода в разработке критериев эффективности использования кадровых ресурсов является концепция интеллектуального капитала, состоящая из человеческого, социального и организационного капиталов. Каждая составляющая интеллектуального капитала подлежит измерению и дает возможность влиять на качество медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет по человеческому развитию Казахстана 1995. - Алматы, 1995.-С. 2-9.
2. Щепин О.П., Трегубов Ю.Г., Манвельян Л.В. "Об основных элементах системы управления эффективностью и качеством лечебно-профилактической помощи" // Бюлл. НИИ соц. гиг. им. Н.А.Семашко. –вып. - 1993 год. – С. 10-13.
3. Лисицин Ю.П. Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект // Экономика здравоохранения. - 1998. - №2.- С. 5-9.
4. Национальный отчет о человеческом развитии в Казахстане за 1999 год. Задачи и проблемы 2000 // Пятилетний обзор.- Алматы, 2000. – 75 с.
5. Доклад о развитии человека за 2000 год // Нью-Йорк: Оксфорд, 2000. – С. 269 – 272.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА

Турекулова А.А., Тажиев Е.Б, Абдуразаков У.А.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Остеопороз по своей природе является мультифакториальным заболеванием. Эпидемиологические исследования показали, что нет ни одной расы, национальности и страны, свободной от этой болезни, а также выявлены региональные, возрастные, этнические особенности достижения пика костной массы, дальнейшей ее потери, и развития остеопороза /1/. В разных популяциях, этнических группах, географических регионах приоритетными являются те или иные факторы риска из большого их количества. Именно поэтому для разработки профилактических мер, успешно осуществляемых в конкретной группе людей, необходимы выявления тех факторов риска, которые участвуют в формировании патологии в конкретной популяции, географическом регионе. /2/.

Несмотря на огромное количество исследований по факторам риска остеопороза в различных странах, в нашей республике они остаются не изученными.

Целью данного исследования явилось, выявление наиболее значимых факторов риска развития остеопороза у населения г.Алматы, с помощью социологического опроса и изучения минеральной плотности костной ткани ультразвуковым денситометром. В исследовании участвовали 168 человек в возрасте от 30 до 59 лет.

Нами был проведен ранговый коэффициент корреляции связи статистически достоверно выявленных факторов риска развития остеопороза с минеральной плотностью костной ткани по Спирмену и по Кендалу и составлен рейтинг факторов, участвующих в формировании низкой плотности костной ткани у населения г.Алматы. По результатам наших исследований, такими факторами риска для популяции г.Алматы явились: возраст, курение, употребление алкоголя, наличие переломов в анамнезе, жалобы на боли в спине, наличие переломов у родственников, низкая физическая активность.

В формировании остеопении и остеопороза среди мужчин наиболее значимыми оказались злоупотребление алкоголем, ранговый коэффициент корреляции (K), который составил – 0,558, низкая физическая активность (K=-0,439) и злоупотребление курением (K=-0,303). Четвертое рейтинговое место для низкой плотности костной ткани занимал возраст (K=-0,243) и пятое наличие переломов в анамнезе (K=0,240). Таким образом, наиболее значимым для формирования низкой плотности костной ткани в мужской группе были злоупотребление алкоголем, гиподинамия, наличие вредных привычек (курение) и наличие переломов в прошлом.

Для возникновения остеопении и остеопороза в популяции женщин приоритетными оказались жалобы на боли в спине, занявшее первое рейтинговое место и имеющий ранговый коэффициент -0,351. Второе рейтинговое место для данной патологии в изучаемой группе больных имел наличие переломов у родителей и у родных братьев и сестер (K=-0,326), третье – употребление алкоголя (K=-0,280), четвертое – возраст (K=-0,276), пятое – злоупотребление курением (K=0,236) и шестое наличие переломов в прошлом (K=-0,248). Таким образом, для женщин с остеопенией и остеопорозом значимыми оказались наличие болей в спине, наследственность (имеющиеся переломы у близких родственников), злоупотребление алкоголем, возраст, курение и переломы в анамнезе.

На втором этапе был проведен критерий соответствия χ^2 для минимализации влияния размеров выборки и степеней свободы. По данному методу были выбраны наиболее достоверные признаки (факторы риска) для прогнозирования риска развития остеопороза. Таким образом, как было доказано методом Спирмена и Кендала, наиболее значимыми факторами риска развития остеопении и остеопороза для обоих полов оказались наличие вредных привычек (злоупотребление алкоголем и курением), возраст, переломы в анамнезе и дополнительно для мужчин – низкая физическая активность, для женщин – переломы у близких родственников и наличие болей в спине.

Заключая, можно отметить, что значимую роль в формировании остеопении и остеопороза, играет употребление алкоголя и низкая физическая активность среди мужчин, тогда как среди женщин это наличие болей в спине и переломы в анамнезе.

Таким образом, необходимо воздействовать на управляемые факторы риска возникновения остеопороза и уже сейчас надо проводить мероприятия по снижению распространенности остеопороза среди городского населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Под ред. Л.И.Беневоленской, О.М. Лесняк.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2005.-176с.
2. Dequerker J., Nijis J., Verstraeten A., et al. Genetic determinants of bone mineral content at the spine and radius a twin study. //Bone, 1987; 8: 207-209.

ОЦЕНКА ПОДГОТОВЛЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ

Турдалиева Б.С.

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни

Вопрос о влиянии системы здравоохранения на состояние здоровья населения не может быть решен без предоставления качественной медицинской помощи. Качественная медицинская помощь складывается, прежде всего, из адекватных профилактических и лечебно-диагностических мероприятий. По данным ряда авторов [1, 2], до 90% людей, страдающих от основных видов хронической патологии, имеют ежегодный контакт с медицинскими учреждениями и специалистами. Подавляющее большинство пациентов обращаются в первичное звено здравоохранения (ПМСП). В современных условиях население готово более активно заботиться о своем здоровье. Эта готовность определяет направленность оказания медицинской помощи с акцентом на профилактические аспекты, что не может не отразиться на уровне подготовленности врачей и среднего медицинского персонала по предоставлению данных видов услуг. В связи с этим, оценка уровня подготовленности медицинских работников ПМСП является актуальной и своевременной в рамках реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы, где большой акцент сделан на профилактическую ориентацию системы.

Целью нашего исследования явилось изучение уровня подготовленности медицинских работников ПМСП в области профилактики.

Материал и методы: была разработана анкета, которая охватывала несколько разделов – знания, навыки, практические действия, отношение и поведение. Исследование проводилось в г.Алматы в 10 медицинских организациях ПМСП.

Основные результаты:

У медицинских работников недостаточно знаний о безопасных дозах употребления алкоголя, всего 13,1% врачей и 4,1% медицинских сестер ответили на этот вопрос правильно ($p < 0,05$). Медицинские работники имеют низкий уровень грамотности о типах, стадиях курения, видах зависимостей. Так, 21,9% врачей и 39,7% медицинских сестер уверены, что существуют безопасные виды курения ($p < 0,05$). Только менее половины врачей (47,4%) и 38,2% медицинских сестер знают типы курения, 59,6% врачей и 47,97% медицинских сестер – стадии курения ($p < 0,05$). 58,4% медицинских работников знают, что индекс Кетле – это индекс массы тела, 54,1% медицинских работников знают как правильно определять индекс массы тела. Одна треть медицинских работников (35,2%) имеют знания об индексе массы тела. У медработников недостаточно знаний о влиянии физической активности на организм. Только 2/3 респондентов (63,2%) знают, что при физических упражнениях необходимо учитывать такие факторы, как частота, продолжительность, интенсивность и виды физических упражнений.

Это сказывается на проведении профилактической работы, проводят профилактическую работу только 67,4% врачей и медицинских сестер, 20,6% в зависимости от состояния пациента, а не располагают временем 4,3% всех опрошенных

Формирование состояния здоровья медицинских работников и его оценки находятся под влиянием их профессиональных знаний и навыков. Эта группа населения характеризуется информированностью в отношении как действия факторов риска развития хронической патологии, так и профессиональных представлений о коррекции возникших патологических состояний. Таким образом, изучение здоровья данной категории представляет большой научный интерес.

Результаты исследования показали, что более половины врачей и 49,3% медсестер оценивают свое здоровье как среднее. а 13,8% врачей и 13,7% медицинских сестер – как

ниже среднего ($p < 0,05$). И только 15,9% медицинских работников расценивают свое здоровье как хорошее и 1,3% - как отличное.

Среди медицинских работников распространены поведенческие факторы риска. Так, употребляют алкогольные напитки 7,5% врачей и 5,5% медсестер, курят 21,2% врачей и 12,3% медсестер, 37,5% врачей и 19,2% медицинских сестер имеют избыточную массу тела, 5,0% врачей и 11,0% медицинских сестер страдают артериальной гипертонией.

Обсуждение:

Как показывают результаты проведенного исследования у медицинских работников недостаточно знаний об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Профилактическая работа с населением организована недостаточно хорошо, только 2/3 медицинских работников проводят профилактическую работу постоянно, применяя при этом «классические» методы санитарно-просветительской работы, такие как беседы, лекции. Практически не применяется метод организации клубов здоровья, слабо используются наглядные материалы, видео и аудиоролики и другие методы.

Сами медицинские работники имеют факторы риска, такие как курение, употребление алкоголя, избыточная масса тела, артериальная гипертония, которые влияют на снижение уровня их здоровья. Около 2/3 медицинских работников оценивают свое здоровье как среднее или ниже среднего.

Таким образом, для улучшения оказания качественной профилактической помощи населению необходимо улучшить знания медицинских работников в области профилактики, пересмотрев систему подготовки и переподготовки медицинских специалистов с обязательным введением курса профилактики на всех уровнях обучения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Т.М.Максимова Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 192 с.
2. К.Р.Амлаев, В.Н.Муравьева. Оценка уровня знаний в области медицинской профилактики//Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – М.: Медиа сфера, Т8, №4, 2005, С.18-22.

О РОЛИ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.

Каирбекова С.З.

Казахская государственная медицинская академия, г Астана

Основной целью дополнительного медицинского образования является обеспечение системы здравоохранения высокопрофессиональными специалистами, соответствующими всем требованиям современного здравоохранения, а конечным результатом – улучшение качества оказываемой медицинской помощи [1].

Продолжение процесса компьютерного вооружения учреждений здравоохранения, внедрение систем автоматизированных рабочих мест врачей-специалистов требуют от врачебного состава навыков пользования ЭВМ и программным обеспечением. Согласно Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан до 2010 года на втором этапе ее реализации (2009-2010 гг.) намечено развитие

и внедрение методов дистанционного обучения. Внедрение дистанционных форм обучения с использованием современных информационных технологий будет способствовать формированию рынка услуг в сфере медицинского и фармацевтического образования с сопутствующей конкуренцией между образовательными организациями различных видов и форм собственности и расширением возможности выбора образовательных программ и форм обучения [2].

Молодой специалист должен быть готовым к самостоятельному определению содержания и форм повышения своей квалификации, пополнения медицинских знаний и находиться в тесной связи с практическими потребностями здравоохранения [3].

Учитывая современные тенденции перехода системы профессионального образования от принципа "образование на всю жизнь" к принципу "образование через всю жизнь", а также опыт проведения дистанционного образования в других сферах деятельности, необходимо признать дистанционные образовательные технологии на сегодняшний день весьма актуальными. Дистанционные образовательные технологии на основе современных телекоммуникаций, используемые при последипломной подготовке медицинских кадров, имеют ряд преимуществ перед традиционной системой повышения квалификации:

- более полное удовлетворение потребностей практического здравоохранения в образовательных услугах;
- гибкость системы последипломного образования для практического врача
- экономическая эффективность для учреждений здравоохранения;
- высокое качество и стандарты образования за счет реализации комплексных образовательных программ, основанных на использовании передовых педагогических информационных технологий;
- возможность привлечения в качестве преподавателей и авторов курсов дополнительные человеческие ресурсы из различных регионов страны;
- повышение социальной и профессиональной мобильности специалистов, их социальной активности, кругозора и уровня самосознания;
- возможность получения практическим врачом непрерывного последипломного образования по месту жительства без отрыва от основного места работы [4].

По отчетным данным ежегодно в среднем по Республике Казахстан последипломную подготовку проходят 7,5-8 тысяч врачей и провизоров. Но реальное число медицинских кадров в республике, нуждающихся в повышении квалификации, составляет 35-37 тысяч. Эти данные показывают, что все медицинские учреждения, занимающиеся последипломной подготовкой, не в состоянии обеспечить подготовку каждого врача 1 раз в 5 лет. В этой связи дистанционная форма повышения квалификации бесспорно необходима [5, 6].

В целях получения объективной информации исследование уровня готовности врачей терапевтического профиля к непрерывному профессиональному развитию в соответствии с международными стандартами нами было проведено исследование 1106 врачей терапевтического профиля из 10 областей республики (Акмолинская, Павлодарская Карагандинская Южно-Казахстанская, Кызылординская, Восточно-Казахстанская, Западно-Казахстанская, Атырауская, Мангыстауская, Актюбинская и гг. Астаны и Алматы).

Одним из направлений нашей работы было исследование готовности практикующих врачей обучаться в виде самоподготовки с использованием дистанционной формы. Необходимо отметить положительное отношение к возможности определять самому способы и формы повышения квалификации (самостоятельная работа с последующей сдачей экзамена и практических навыков согласно стандарта, на основании введения индивидуальных планов непрерывного профессионального развития по системе зачетных единиц-кредитов) выразили 775 (70%) опрошенных врачей.

Настороженно отнеслись - 190 (17,2%), плохо - 42 (3,8%), не ответили - 99 (9%) респондентов.

При этом 191(17,3%) опрошенных оценили дистанционный метод обучения как «очень хорошо», 428 (38,7%) – «хорошо», 162 (14,6%) – «умеренно», 109 (9,9%) – «плохо», 14(1,2%) – «очень плохо», 202 (18,3%) – затруднились ответить. По результатам опроса видно, что 781 (71,3%) в общем, положительно оценили данную форму обучения и готовы к самостоятельному изучению учебного материала по стандартизированной программе с применением современных технологий и последующей сдачей экзаменов.

Кроме того, научный и практический интерес представляло мнение врачей о необходимости связи уровня компетенции врачей от категории по следующим критериям: теоретические знания (модули по нозологиям в часах), практические навыки (количество больных по нозологиям, объём и количество манипуляций, операций и т.д.), статистические показатели работы врача. Указали на необходимость присутствия данной связи в стандарте 774 (70%) респондентов. Не согласны с данным предложением – 213 (19,2%) врачей, не смогли ответить на вопрос - 119 (10,8%) врачей.

Вместе с тем, согласно проведенному анализу только 288 (26%) опрошенных врачей имеют доступ и возможность работать в Интернете.

Больше половины опрошенных - 626 (56,6%) врачей оценивают материально-техническую и клиническую базы циклов специализации или усовершенствования как не достаточные и нуждающиеся в обновлении и модернизации. Около двух третей респондентов - 60,2% (666) считают библиотечный фонд и компьютерные технологии при прохождении циклов дополнительного медицинского образования не достаточными.

Медицина представляет собой одну из тех отраслей знаний, где традиционно считается невозможным получить базовое образование заочно. Что касается последипломного образования, то теоретические (преимущественно) циклы повышения квалификации можно проводить с использованием дистанционных технологий.

Под дистанционным повышением квалификации понимается комплекс образовательных услуг, предоставляемых медицинским работникам в стране и за рубежом с помощью специализированной информационно-образовательной среды, базирующейся на средствах обмена учебной информацией на расстоянии (спутниковое телевидение, радио, компьютерная связь), образовательных стандартах, обучающих программах, унифицированных методиках и т.п.

В этих условиях неизбежно повышается роль преподавателя как самой главной фигуры при любом виде образования. При этом качество педагогического процесса определяется не только профессионализмом преподавателя как врача и как педагога, но и владением современными телекоммуникационными средствами передачи информации (4,7).

По мнению российских авторов, использование дистанционных образовательных технологий при последипломной подготовке медицинских кадров должно идти по четырем основным направлениям:

- подготовка грамотных пользователей дистанционными образовательными технологиями (как среди преподавателей, так и среди практических врачей);
- совершенствование методических и нормативно-правовых вопросов дистанционных технологий;
- совершенствование технологии обучения на основе телекоммуникационных средств;
- совершенствование компьютерных учебных пособий, предназначенных для дистанционного использования.

Для этой цели в образовательном учреждении повышения квалификации медицинских кадров, по-видимому, должен быть создан центр дистанционного повышения квалификации.

Опыт российских коллег показывает, что дистанционное повышение квалификации предполагает создание организационно-функциональной структуры, состоящей из двух взаимосвязанных блоков:

- первый блок создается в вузах, учреждениях профессионального (послевузовского и дополнительного) образования медицинских работников и других центрах;
- второй блок - для пользователей, в органах здравоохранения, лечебно-профилактических учреждениях (7).

По мнению зарубежных авторов, дистанционное обучение является идеальной и наиболее оптимальной формой последипломного обучения и повышения квалификации. Оно учитывает следующие моменты:

- у учащихся разные подходы к учебе, и кто-то из них может уделять ей много времени, а кто-то нет;
- у учащихся различные цели обучения. Для врачей-практикантов учеба — это подготовка к экзаменам по специальности. Им, как и всем врачам, независимо от опыта работы и степени, нужно готовиться к новой профессиональной практике. Остальным врачам (обладателям высших степеней) тоже надо совершенствовать свою практику и то, как она организована;
- необходимость объединить обучение и практику, как во временном отношении, так и в плане подачи содержания;
- необходимость финансовой поддержки для проведения индивидуальных и групповых занятий;
- руководящие органы наделены широкими полномочиями в определении содержания обучения и конкретных действий и почти бессильны обеспечить обучение на периферии.

К принципам составления и разработки программ дистанционного обучения относятся: точное планирование, активная учеба, обратная связь с обучающимися, тщательно продуманное оформление, организация текста и практической деятельности как единого целого, тщательный инструктаж авторов, промежуточные варианты курса, тестирование в ходе разработки (7).

Таким образом, внедрение дистанционных образовательных технологий в последипломном повышении квалификации медицинских кадров в настоящее время является актуальной задачей, требующей детального рассмотрения и последующего решения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Каптагаева А.К., Кызылова З.И., Муханова Г.Ж., Ержанова Ф.Н. Состояние и проблемы повышения квалификации и переподготовки кадров в республике.- Материалы II съезда врачей и провизоров республики Казахстан.- Астана.- 2002г.;
2. Концепция реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан до 2010 года;
3. Мошетова Л.К., Вартамян Ф.Е., Касаткин Ю.Н., Щитинин В.Е., Серый С.В. «Проблемы развития последипломного образования специалистов здравоохранения».- Последипломное медицинское образование на современном этапе.- М, 2000г.;
4. Временное положение по организации дистанционного повышения квалификации медицинских кадров //МЗ РФ РМАПО//Москва, 2001г.;
5. Султаналиев Т.А., Кизатуллин Д.К. Совершенствование подготовки специалистов для системы здравоохранения республики.- Материалы II съезда врачей и провизоров республики Казахстан.- Астана.- 2002г.;
6. Копжасарова Б.Б. Медицинские кадры и их состояние в современных условиях.- Материалы II съезда врачей и провизоров республики Казахстан.- Астана.- 2002г.;

7. Чиченин Н.О., Туркевич К.В.// Временное положение по организации системы дистанционного повышения квалификации врачей// Новокузнецкий институт усовершенствования врачей, 2001г.

РЕЛИГИОЗНАЯ АКТИВНОСТЬ И СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕДСТОЯЩЕЙ ЖИЗНИ

Борохов Д.З., Борохов А.Д.

Израиль

Несмотря на значительное число публикаций, подтверждающих, что религиозный образ жизни позитивно влияет, как на снижение заболеваемости и смертности, так и на увеличение продолжительности жизни, в доступной нам литературе, мы не нашли исследований, подтверждающих проявление этих закономерностей на популяционном уровне.

Отчасти, это связано с тем, что оценка уровня религиозности населения на популяционном уровне сопряжена с целым рядом методологических трудностей. Действующие информационные системы, обычно, не содержат сведений по этому вопросу. Оценка религиозной самоидентификации, основанная на результатах выборочных социологических опросах, крайне трудоемка и, зачастую, достаточно субъективна.

Вместе с тем, существует ряд демократических стран, где религия законодательно не отделена от государства, а среди политических партий, принимающих участие в выборах, имеются партии, выступающие за более строгое соблюдение требований и норм религиозно-ортодоксального образа жизни.

В этих случаях, доля религиозно-ортодоксального электората в общей численности избирателей, с высокой степенью достоверности, объективно будет отражать уровень религиозной активности населения.

Государство Израиль, в силу исторически сложившейся ситуации, может быть отнесено к числу стран, в которых религия, законодательно, не отделена от государства, а ортодоксально-религиозные общины активно выступают за строгое соблюдение религиозных традиций не только в местах своего компактного проживания, но и в целом по стране. Их представители, на протяжении последних 20 лет стабильно имеют от 12 до 14 % мест в высшем законодательном органе страны - Кнессете.

Оценка уровня религиозности населения Израиля, полученная по итогам выборочного социологического исследования, выполненного институтом Гутмана (1994) составила 14,0 % .

Предлагаемый нами интегральный показатель, уровень региональной религиозной активности населения достаточно прост, информативен и может быть использован для оценок уровня религиозности населения на популяционном уровне.

Его универсальность заключается в том, что он может быть рассчитан как по итогам специальных социологических исследований, так и на основании данных действующих информационных систем.

Выраженный в процентах, интегральный показатель уровня религиозной активности населения (K), может быть рассчитан по формуле:

$$K_{j, s} = \frac{\sum R_{x, j, s}}{\dots} \cdot 100$$

$$\sum N_{x, j, s}$$

R - число лиц, активно выступающих за соблюдение ортодоксально-религиозного образа жизни и связанных с ним традиций и обрядов;

N - общая численность населения в возрасте старше 18 лет;

x, j, s - соответственно, дифференциация показателей по возрасту, национально-религиозной принадлежности и месту жительства.

Правомочность предложенного показателя была апробирована нами на материалах итогов выборов в Кнессет XIII созыва (1992).

К числу лиц, активно выступающих за соблюдение ортодоксально-религиозного образа жизни и связанных с ним традиций и обрядов был отнесен электорат религиозных партий "МАФДАЛЬ" (Национально-религиозная партия), "ШАС" (Объединение евреев-сефардов, соблюдающих законы Торы), "Яхадут Ха-Тора", Агуддат Исраэль, Дегель Ха-Тора, Поалей Агуддат Исраэль и список раввина И. Переца).

В разработку были включены все крупные города страны, население которых превышало 100 тыс. жителей. Параллельно, для населения каждого из городов, за годы, смежные с датой проведения выборов, нами были рассчитаны региональные показатели средней продолжительности предстоящей жизни.

Израиль, относится к числу стран с достаточно низким уровнем общей смертности (6,3 случая в год на 1000 жителей) и высокими показателями средней продолжительности предстоящей жизни, которая в 1990-1994 гг., для еврейского населения страны, составила 75,5 года у мужчин и 79,2 года у женщин.

Учитывая, что согласно таблицам смертности, 80-85 % жителей доживает до 65 лет, этот возраст был избран в качестве порога для расчета региональных показателей. Исчисление средней продолжительности предстоящей жизни для лиц, достигших 65-летнего возраста, производилось по общепринятой методике, на основании дифференцированных по полу и возрасту региональных показателей общей смертности еврейского населения за 1990-1994 годы.

Кроме того, в работе были использованы общепринятые подходы и методы системного, сопоставительного и регрессионного анализа, позволяющие дать оценку характера и степень выраженности корреляционных связей между социально-демографическими показателями, характеризующими образ жизни населения и показателями средней продолжительности предстоящей жизни. При этом, помимо характера связи между явлениями (прямая и обратная), значения коэффициентов корреляции от 0,70 до 1,00 расценивались как тесные (сильные), от 0,30 до 0,69 - как средние, менее 0,30 - как слабые.

Уровень религиозной активности еврейского населения, проживающего в крупных городах Израиля, колеблется в достаточно широких пределах от 65,8 % до 6,3 %. Религиозная активность наиболее высока в городах Бней-Браке и Иерусалиме (соответственно, 65,8 % и 27,2 %), наименьшая - в Тель-Авиве, Хайфе, Бат-Яме, Беер-Шеве, Хулоне и Ришон-ле-Ционе (ниже 10%).

Как видно из таблицы, между показателями религиозной активности и средней продолжительностью предстоящей жизни еврейского населения в возрасте старше 65 лет имеется тесная прямая корреляционная зависимость ($r = + 0,74$). У мужчин эта связь более выражена, чем у женщин.

Регрессионный анализ показал, что между, рассчитанным по аналогичной методике, показателем секулярной (светской) активности и средней продолжительностью предстоящей жизни еврейского населения в возрасте старше 65 лет имеет место выраженная обратная корреляционная зависимость ($r = - 0,65$).

Еврейский религиозный образ жизни включает в себя не только соблюдение верующим целого ряда религиозных традиций и обрядов, но и строгую регламентацию его поведенческой линии в соответствии с нравственно-этическими нормами иудаизма.

Мы разделяем мнение специалистов, считающих, что причина более низкого уровня смертности религиозной части еврейского населения обусловлена тем, что последние ведут более здоровый образ жизни, меньше курят, реже прибегают к наркотикам, не злоупотребляют алкоголем.

У верующих ниже уровень амбициозности, они менее тревожны, проблемы "внешнего мира" их волнуют значительно меньше, чем светскую часть населения. Религиозные менее подвержены стрессам и депрессиям, кроме того общинная принадлежность и поддержка семьи способствуют увеличению продолжительности их жизни.

Одновременно, среди религиозных более высокие показатели брачности и рождаемости, реже случаи расторжения брака, ниже подростковая преступность и значительно выше удельный вес лиц, живущих за чертой бедности.

Нами были проанализированы показатели смертности от отдельных заболеваний еврейского населения в возрасте старше 65 лет трех самых крупных городов Израиля: Иерусалима, Тель-Авива и Хайфы (уровень религиозной активности, соответственно, 27,2%; 8,7 % и 6,7 %).

Структура смертности еврейского населения, проживавшего в Тель-Авиве, практически не отличалось от структуры смертности жителей Хайфы. Вместе с тем, в Иерусалиме, смертность еврейского населения в возрасте старше 65 лет от заболеваний органов кровообращения на 16,7 %, а вследствие несчастных случаев, отравлений и травм на 26,4 % ниже, чем в Тель-Авиве и Хайфе. Это различие наиболее выражено при сосудистых поражениях головного мозга (на 22,0 %), остром инфаркте миокарда (на 40,3 %) и при самоубийствах (более чем в 5 раз).

Таким образом, все вышеизложенное позволяет прийти к заключению, что предложенный нами критерий, интегральный показатель уровня религиозной активности населения, по своей информативности, простоте исчисления и выразительности полностью отвечает требованиям, предъявляемым ВОЗ к коэффициентам подобного рода, используемых на популяционном уровне для оценки влияния образа жизни на показатели смертности и здоровья населения.

Таблица

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ РЕЛИГИОЗНОЙ АКТИВНОСТИ И СРЕДНИМ ЧИСЛОМ ЛЕТ ПРЕДСТОЯЩЕЙ ЖИЗНИ ЕВРЕЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 65 ЛЕТ В 1990 - 1994 году

Города с населением свыше 100 тыс. жителей	Еврейское население			
	Уровень религиозной активности взрослого населения (в процентах)	Среднее число лет предстоящей жизни для лиц в возрасте 65 лет и старше		
		Оба пола	Мужчины	Женщины
В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ	13,2	16,9	15,8	17,9
Иерусалим	27,2	18,8	18,5	19,1

Тель-Авив	8,9	15,9	14,9	16,9
Хайфа	6,7	16,3	15,0	17,1
Хулон	6,7	16,6	15,7	17,5
Петах-Тиква	16,0	18,8	16,1	19,2
Ришон-ле-Цион	6,3	17,3	16,3	18,2
Бат-Ям	7,8	16,4	15,4	17,4
Нетания	8,4	17,6	16,1	19,0
Беер-Шева	11,7	15,1	14,0	16,1
Бней-Брак	65,8	19,8	19,3	20,3
Рамат-Ган	8,1	17,7	16,7	18,6
Кoeffициент корреляции (r)	-	+ 0,74	+ 0,78	+ 0,70

ЛИТЕРАТУРА

1. Kark J.D., Shemi G., Friedlander Y., Martin O., Manor Ž., Blondhein S.H. Does Religious Observance Promote Health? Mortality in Secular vs Religious Kibbutzim in Israel.// Am. J. Pub. Health., -1996- Vol. 86.-P. 341-346.
2. Kaplan B.H. A note on religious beliefs and coronary heart disease.// J. SC Med. Assoc. -1976.- February (suppl.)- P.60-64.
3. Phillips R.L., Lemon F.R., Beeson W.L., Kuzma J.W. Coronary heart disease mortality among Seventh-day Adventists with differing dietary habits: a preliminary report. //Am.J.Clin.Nutr.-1978- Vol.31 (suppl.)- P.191-198.
4. Snyder M., Goldbourt U., Medalie J.H., Neufeld H.N., Oron D. A lower incidence of myocardial infarction among religious Jews than, among irreligious Jews. //Torah Mada .-1978- N.8.- P.35-44.
5. Goldbourt U., Kark J.D. The epidemiology of coronary heart disease in the ethnically and culturally diverse population of Israel. // Isr.Med.Sci.– 1982.-Vol.18.- P.1077-1097.
6. Mc Queen D.V., Siegrist J. Social factors in the etiology of chronic disease: an overview. // Soc. Sci. Med.-1982 .-Vol.16.- P.353-367.
7. Friedlander Y., Kark J.D., Kaufmann N.A., Stein Y. Coronary heart disease risk factors among religious grouping in a Jewish population sample in Jerusalem. //Am. J. Clin. Nutr.-1986.- Vol. 42.- P. 511-521.
8. Koenig G. Religion and the Survival of 1010 Hospital. Veterans. // J. Relig. Hlth.-1998.- Vol.37.- P.15-29.

9. Goldbourt U., Yaart S., Medalie J.H. Factors Predictive of Long-Term Coronary Heart Disease Mortality among 10,059 Male Israeli Civil Servants and Municipal Employers. //Cardiol.-1993- Vol. 82.- P.100-121.

10. Rasanen J., Kauhanen J., Lakka T.A., Kaplan G. A and Salonen J.T. Religious Affiliation and All-Cause Mortality: A Prospective Population Study in Middle-Aged Men in Eastern Finland.// Int. J. Epid.-1996.- Vol. 25.- P. 1244-1248.

11. Levi S., Levinson H., Kaz E. Faith, spiritual values observance of Jewish traditions and social communication among Jewish population of Israel. Proceedings of Gutman Israel Institute applied-social sciences.// Jerusalem, 1993.

12. Моше Бар-Села. Израиль. Краткая Еврейская Энциклопедия. Иерусалим.,1986.-Т.3.- С. 4-692.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УСИЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН.

Токмурзиева Г.Ж.

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни

Актуальность

Общественное здоровье населения характеризуется как сложное, имеют место высокая заболеваемость, инвалидность, смертность в результате сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, болезней органов дыхания. Обращает на себя внимание высокий уровень этих показателей среди сельского, и других групп и слоев населения.

Учитывая наблюдаемые негативные тенденции в изменении общественного здоровья, назрела необходимость разработки действенной Программы профилактики и раннего выявления заболеваний, которая являлась бы научно-практической базой современной стратегии сохранения и укрепления здоровья населения.

Материалы и методы исследования:

Учитывая состояние здоровья сельского населения, отсутствие официальной статистической информации до 2001 года об уровне здоровья детей в возрасте от 12 до 18 лет эти категории населения были выделены объектом исследования.

В целях разработки такой программы были оценены используемые методы массового обследования населения.

Выявлено, что многие исследователи широко применяют широкомасштабные скрининговые обследования как первый этап выявления лиц, в той или иной степени вероятности имеющих различные заболевания, и формирования групп повышенного риска.

Доказано, что скрининг-исследования являются одним из основополагающих принципов раннего выявления заболеваний.

В результате экспертной оценки была разработана технология организации и проведения скрининга заболеваний. Для определения степени достоверности результатов скринингового исследования в 2002 году было проведено пилотное обследование в г.Алматы.

Обращает на себя внимание то, что чувствительность разработанного нами скрининга существенно выше специфичности (95,3% и 70,1% соответственно).

Таким образом, результаты пилотного исследования показали, что предложенная методика реальна, доступна, малозатратна, обладает высокой чувствительностью, дает возможность проведения массовых исследований.

Основные результаты:

Учитывая международный опыт проведения широкомасштабных исследований и необходимость повышения уровня здоровья взрослого сельского населения и детей, была разработана и внедрена адаптированная Программа массовых профилактических осмотров населения, основанная на использовании скринингового обследования.

Целью первого этапа внедрения разработанной скрининг-программы было выявление патологической пораженности по основным классам болезней.

При разработке этой программы были учтены такие факторы, как дефицит финансовых средств в системе сельского здравоохранения, слабое ресурсное обеспечение педиатрической службы при проведении широкомасштабных обследований.

Отличительной особенностью разработанной методики являлась активное участие в нем специалистов практического здравоохранения.

Разработанная Программа обследования взрослого сельского населения и детей с 12 до 18 лет состояла из нескольких этапов.

На первом организационном этапе были разработаны анкетные тест-опросники, позволяющие выявлять патологическую пораженность основными классами болезней.

Далее была разработана технология организации и проведения скрининга. Так, первичный скрининг-обследование взрослого сельского населения проводился средним медицинским персоналом путем подворного обхода семей. Скрининг-обследование детей от 12 до 18 лет проводилась в организованных коллективах (школах) также силами среднего медперсонала.

При этом, на I этапе реализации Программы основной задачей являлось максимально исключить проведение специальных исследований, и основное внимание было сосредоточено на получении информации о численности и социально-демографическом составе обследованных, первичной группировке популяции: на практически здоровых лиц, лиц с документально установленным диагнозом и лиц, нуждающихся во врачебном осмотре (данная группа направлялась на первичное врачебное обследование).

На основании выделенных групп мероприятиями по первичной и вторичной профилактике заболеваний в соответствии с действующими в системе здравоохранения правилами.

На II этапе реализации Программы проводилось первичное медицинское обследование лиц, нуждавшихся в дообследовании в соответствии с нормативно-правовой базой системы здравоохранения Республики Казахстан.

III этап реализации Программы заключался в оказании нуждающимся больным необходимой специализированной медицинской помощи с соответствующими рекомендациями по дальнейшему оздоровлению населения.

Таким образом, использование разработанной методики позволили выявить лиц, подлежащих динамическому наблюдению и лиц, нуждающихся в дальнейшем обследовании.

По разработанной Программе в 2002 году скрининговым обследованием было охвачено все взрослое сельское (4 млн. чел.) и детское (1,5 млн.) население страны.

Учитывая необходимость систематизации и преемственности мероприятий, проводимых по результатам скрининга в 2003 году были определены следующие направления научного анализа и оценки:

- выявление приоритетных групп болезней и нозологических форм, определяющих наибольшую заболеваемость, инвалидность, смертность населения и занимающих ведущее место в структуре бремени болезни;
- разработка количественных и качественных характеристик возрастных групп риска, в которых взрослое сельское население и дети от 12 до 18 лет наиболее подвержены возникновению и хронизации заболеваний.

При этом выбор нозологических форм заболеваний, подлежащих первоочередным лечебно-профилактическим мероприятиям, определялся социально-медицинской значимостью болезней.

Были выделены следующие возрастные группы риска среди взрослого сельского населения, наиболее подверженные к возникновению и хронизации ряда заболеваний:

- лица, которым исполнилось 18 лет;
- больные диспансерной группы Д – 3;
- возрастные группы (25 лет, 30 лет, 35 лет, 40 лет, 45 лет, 50 лет, 53 года, 56 лет, 59 лет, 61 год, 63 года, 65 лет, 67 лет, 69 лет, 70 лет и старше – ежегодно).

Возрастными группами детей старшего школьного возраста, нуждающихся в скрининг-обследовании и специализированном дообследовании явились лица 12 лет, 14 лет, 15 лет и 17 лет. При определении сроков обследования мы учитывали момент наступления старшего школьного возраста, наступление допризывного и призывного возраста, а также окончание периода детства.

Таким образом, в результате проведенных исследований разработаны новые принципы, технологии, критерии оценки эффективности диспансеризации сельского населения, основанные на использовании новых методических подходов определению уровня здоровья, первичной и вторичной профилактики наиболее значимых заболеваний.

В рамках углубления профилактической направленности системы здравоохранения в соответствии с Государственной программой реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг. на основании научно-обоснованной методологической базы с 2006 года также внедряется программа профилактического осмотра всех детей от 0 до 18 лет.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ Г.АЛМАТЫ

Кульжанов М.К., Балабаев Т.Ф., Мергенова Г.А., Хасенов Н.Ш.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Исследования свидетельствуют о положительном влиянии физических упражнений на показатели состояния здоровья [1]. Активный образ жизни в детский период способствует формированию активного образа жизни во взрослом периоде жизни [2]. Поэтому увеличение физической активности среди подростков является важным аспектом общественного здравоохранения [3].

В последние годы широко обсуждается вопрос о рекомендуемой интенсивности и продолжительности физической активности. В 1997 году международная группа экспертов разработала 2 главных рекомендации: первая, неактивные молодые люди должны участвовать в физической активности как минимум средней интенсивности по крайней мере около 30 минут в день, вторая, все молодые люди должны заниматься спортом средней интенсивности около 1 часа в день [4,5]. Средняя интенсивность определяется как эквивалентная быстрой ходьбе, которая сопровождается потоотделением и учащенным дыханием. Кроме того, физической активностью, направленной на тренировку мышечной силы, гибкость, укрепление костей необходимо заниматься два или более дней в неделю.

Целью исследования явилось исследование физической активности подростков г. Алматы

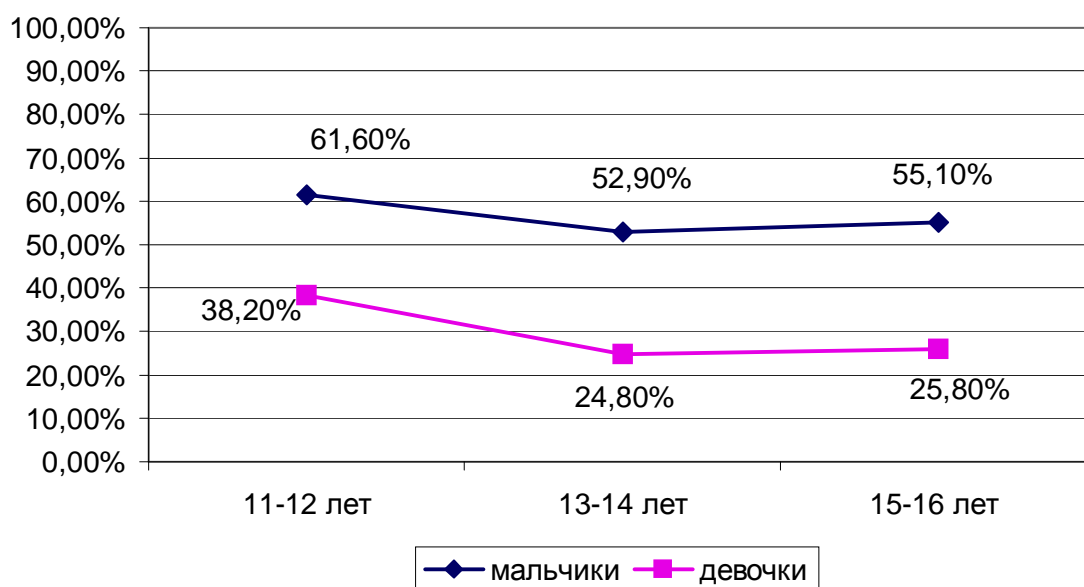
Материалы и методы. В рамках проекта Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Health Behavior in School-aged Children (HBSC) на базе Казахстанской высшей школы общественного здравоохранения при поддержке Департамента Образования г. Алматы было опрошено 3261 школьника в возрасте 11-16 лет. Была использована гнездная выборка, где гнездовой совокупностью являлся класс

общеобразовательной школы. Математическую обработку проводили с использованием программы статистической обработки SPSS.

Результаты и обсуждение.

Частота физической активности. При анализе данных частоты физической активности были выявлены гендерные различия, которые с возрастом становятся более выраженными. Не реже 4-6 раз в неделю занимаются спортом 56,3% мальчиков и 29,3% девочек в возрасте от 11 до 16 лет (достоверность гендерных различий для всех возрастных групп $p < 0,001$). При этом с возрастом уменьшается частота физической активности у девочек (достоверность возрастных различий девочек $p < 0,001$), а у мальчиков частота физической активности остается относительно стабильной весь изучаемый возрастной период (Рисунок 1).

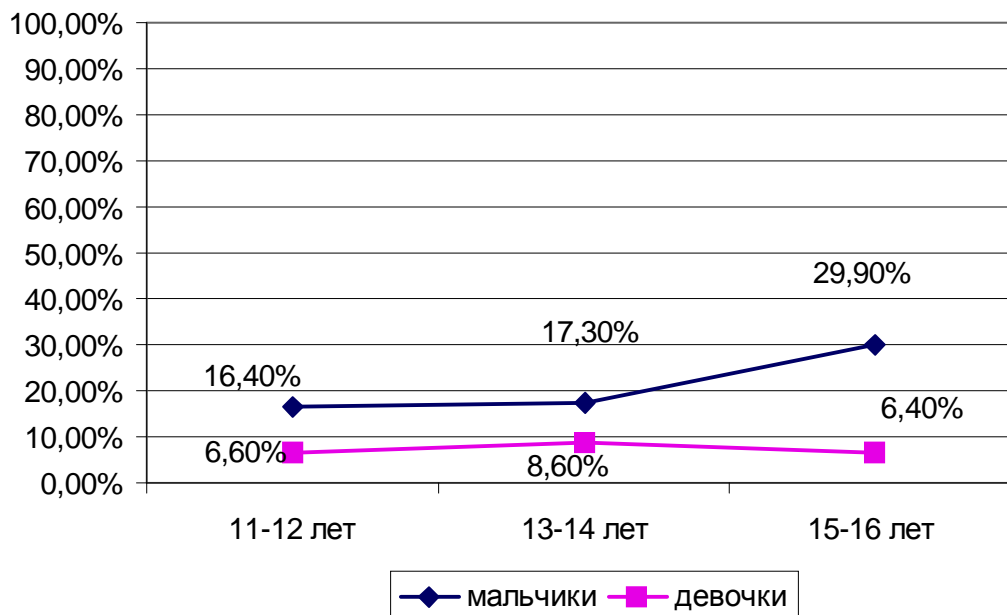
Рисунок 1 - Подростки физически активные не менее 4-6 раз в неделю



Продолжительность физической активности. Имеются гендерные различия в отношении продолжительности физической активности, которые увеличиваются с возрастом (достоверность гендерных различий для всех возрастных групп $p < 0,001$). В возрасте от 11 до 16 лет как минимум 4-6 часов в неделю занимаются спортом 20,7% мальчиков и 7,3% девочек. По мере взросления продолжительность занятий спортом среди мальчиков увеличивается (достоверность возрастных различий мальчиков $p < 0,005$), а у девочек значительно не меняется. В возрасте 11-14 лет мальчики занимаются спортом более чем в 2 раза, а в возрасте 15-16 лет почти в 5 раз дольше чем девочки (Рисунок 2).

Рисунок 2

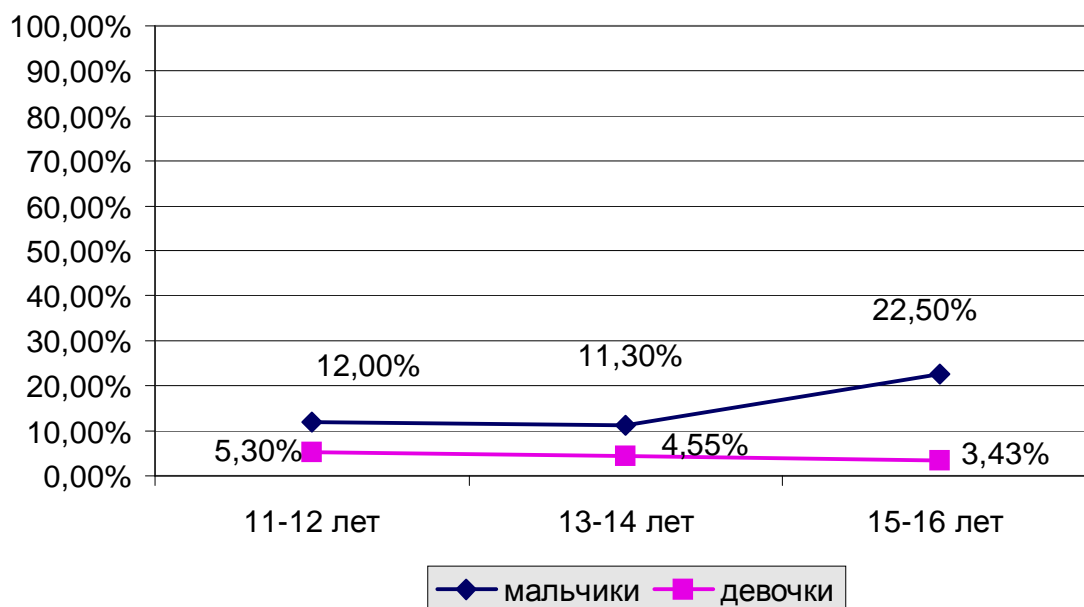
Подростки физически активные по крайней мере 4-6 часов в неделю



Согласно рекомендациям Prochaska et al. оценку физической активности необходимо осуществлять с помощью метода moderate-to-vigorous physical activity (MVPA) (от умеренной до интенсивной физической активности) в зависимости от того сколько дней в неделю и в течение какого времени молодые люди занимаются спортом. Была определена доля молодых людей, которые соответствовали стандарту физической активности по методу MVPA, то есть были физически активны не менее 5 дней в неделю в течение 1 часа и более. Соответствуют международным рекомендациям относительно объема физической активности 14,77% мальчиков и 4,47% девочек в возрасте от 11 до 16 лет. Всего 9,32% подростков в возрасте от 11 до 16 лет соответствуют нормам физической активности. При анализе половозрастной структуры подростков, соответствующих стандартам физической активности было выявлено, что с возрастом количество таких школьников несколько увеличивается, кроме того имеются гендерные различия во всех возрастных группах, которые характеризуются преобладанием мальчиков в группе подростков, соответствующих стандарту физической активности. Достоверность гендерных различий во всех возрастных группах $p < 0,01$ (Рисунок 3).

Рисунок 3

Подростки, соответствующие стандартам физической активности

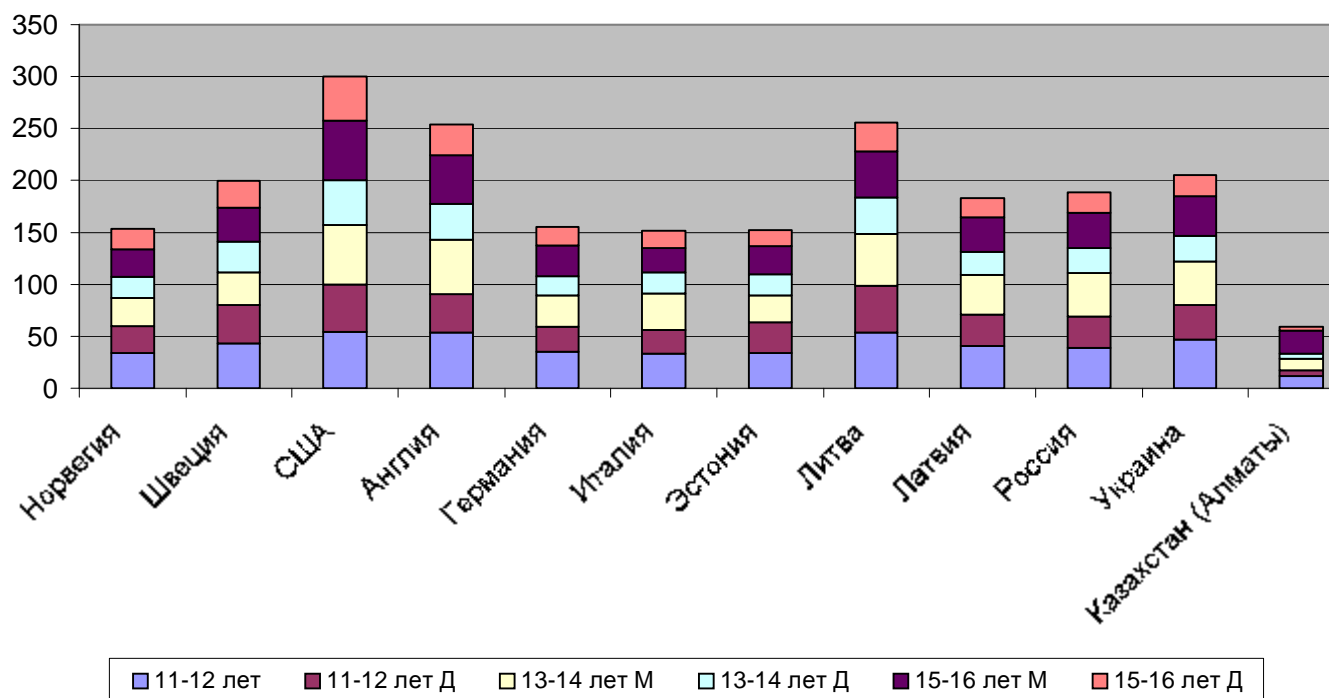


Для международного сравнения мы выбрали страны с высоким уровнем развития человеческого потенциала, а также страны со средним уровнем человеческого потенциала (таблица 1).

Таблица 1- Подростки, соответствующие стандартам физической активности

рейтинг страны по ИРЧП		11-12 лет		13-14 лет		15-16 лет		
		М (%)	Д (%)	М (%)	Д (%)	М (%)	Д (%)	
высокий уровень развития человеческого потенциала	1	Норвегия	34,2	25,4	27	20,4	26,8	19,5
	2	Швеция	43,8	36,4	31,2	29,5	32,7	26,3
	8	США	54,6	45,1	57,4	43,7	57,1	41,8
	12	Англия	53,3	37,5	52,1	34,1	47,8	28,8
	19	Германия	35,3	23,5	30,8	18,7	29,4	17,9
	21	Италия	33,2	23,4	34,4	20,8	22,6	17,5
	36	Эстония	34,5	29,4	25,7	20,0	26,9	15,6
	41	Литва	54,0	45,0	50,1	34,6	44,6	27,3
	50	Латвия	40,5	30,8	38,1	21,5	33,6	18,0
средний уровень развития человеческого потенциала	57	Россия	38,8	30,6	41,1	24,4	34	19,6
	70	Украина	46,8	33,2	41,5	25,6	37,6	20,4
	78	Казахстан	12	5,3	11,3	4,55	22,5	3,43

Рисунок 4-Подростки, соответствующие стандартам физической активности



Таким образом при анализе частоты и продолжительности физической активности выявлен уровень физической активности подростков 11-16 лет. При определении доли подростков, соответствующих международным стандартам физической активности установлено, что только 9,32% подростков (14,8% мальчиков и 4,5% девочек) соответствуют международным стандартам физической активности. По сравнению с данными некоторых европейских стран уровень физической активности подростков г. Алматы чрезвычайно низок. Гендерные различия характеризуются преобладанием мальчиков среди физически активных подростков всех изучаемых возрастных групп. С возрастом уровень физической активности девочек снижается, а мальчиков несколько увеличивается. Существующий низкий уровень физической активности подростков г. Алматы требует организации мероприятий направленных на увеличение физической активности этой когорты населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sallis J, Owen N. Physical activity and behavioural medicine. Thousand Oaks, CA, Sage,1999; Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease prevention and Health promotion, 1996 (<http://www.cdc.gov/nccdphd/sgr/sgr.html>)
2. Malina R. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. Research quarterly for Exercise and Sport, 1996,67 (Suppl. 3):S1-S10
3. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. Medicine and Science in Sports and Exercise, 1999,32(5):963-975
4. Biddle S, Sallis J, Cavill N, eds. Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and Implications. London, Health Education Authority ,1998;
5. Pate R, Trost S, Williams C. Critique of existing guidelines for physical activity. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, eds. Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and Implications. London, Health Education Authority ,1998

НЕЗАВИСИМАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА - "КЛЮЧ" К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

Ибрагимова И.В., Сарымсакова Б.Е.

Ассоциация независимых медицинских экспертов

Высшая школа общественного здравоохранения

Впервые о значении и необходимости независимой медицинской экспертизы прозвучало в Послании Президента народу Казахстана от 19 марта 2004г. В дальнейшем эти были учтены и внесены в Государственную программу реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010гг.: «Обеспечение качества медицинских услуг путем создания системы независимой медицинской экспертизы». В частности, в государственной программе сказано следующее: «осуществлять мероприятия по созданию сети общественных неправительственных организаций (ассоциаций медицинских организаций, профессиональных ассоциаций врачей, пациентов) для привлечения их, при необходимости, к независимой экспертизе, аккредитации, сертификации и аттестации специалистов. При этом будет формироваться банк данных независимых экспертов из числа специалистов различных профилей».(1)

Таким образом, понятна цель создания института независимой медицинской экспертизы – это обеспечение объективности и прозрачности медицинской деятельности. В мировой практике, а также и в других отраслях экономики независимая экспертиза очень широко применяется как альтернатива государственным экспертным службам (2) Привычно слышать о существовании аудиторских компаний, осуществляющих внутренний и внешний экономический аудит на крупных предприятиях в промышленном секторе экономики. Проводится экспертиза оборудования, финансовой деятельности и прочее.(3) В Казахстане уже имеется успешный опыт проведения независимой экспертизы в секторе здравоохранения. Первым проектом привлечения независимых медицинских экспертов было совершенствование периодических протоколов диагностики и лечения на базе НЦМЭПЗ в 2005г. В данном проекте привлекались эксперты, юридически независимые от разработчиков, которые оценивали протоколы по определенным параметрам: использование принципов «доказательной медицины», тщательность использования научных данных, полнота изложения, применимость к существующей клинической практике, неконфликтность и др. В этой работе сложностей по подбору независимых экспертов не возникало, потому что согласно требованиям проекта были нужны врачи различных специальностей с опытом работы не менее 10 лет, имеющие квалификационную категорию не менее первой, пользующиеся авторитетом среди коллег и пациентов.

Тем не менее, как показала практика, сужение понятия эксперт до уровня врача специалиста по профилю недостаточно с точки зрения объективной, адекватной оценки тех или иных событий в медицине.

Самым трудным, на наш взгляд, является выработка самого понятия эксперт, сегодня это просто специалист по профилю того или иного заболевания. Этого явно недостаточно для того, чтобы оценить правовую и экономическую обоснованность тех или иных проектов, планируемых в здравоохранении, правомерность действий медицинского персонала при конфликтных ситуациях, отношения врача с работодателем. Здравоохранение - огромная и сложная отрасль, где необходимо оценивать не только правильность лечения, но и его стоимость, выбор технологий, новейших методик, установление отношений между учреждением здравоохранения и пациентом, включая вопросы заключения договоров на оказание медицинских услуг, правильность принятия решений руководителями различных уровней здравоохранения и их влияние на качественное оказание медицинской помощи населению.(4). На сегодняшний день

независимая медицинская экспертиза востребована медицинскими организациями, государственными органами, страховыми компаниями, медицинскими работниками и, наконец, пациентами, которые часто сталкиваются с некачественно оказанной медицинской помощью, в результате чего теряют здоровье. Необходима независимая экспертиза при оценке деятельности медицинских организаций (лицензирование, аккредитация), оценке квалификации медицинских кадров (аттестация, присвоение квалификационных категорий), оценке медицинских технологий (стандарты, протоколы диагностики и лечения). Независимая экспертиза очень важна и при оценке соблюдения этических принципов и основных прав пациентов при получении медицинской помощи и проведении биомедицинских исследований в медицинских учреждениях.

Необходимо провести серьезную аналитическую работу в этой области совместно с Министерством Здравоохранения РК, Комитетом по контролю качества медицинских услуг, учеными и юристами с тем, чтобы выработать понятие эксперт применительно к национальной системе здравоохранения. Необходимо, используя опыт зарубежных стран, приступить к подготовке специалистов по экспертной деятельности, для чего целесообразно создать учебные курсы в институтах и на факультетах повышения квалификации врачей по подготовке врачей-экспертов.

Возникает вопрос – что такое «независимая экспертиза»? Изучив опыт зарубежных коллег, мы нашли следующее определение независимой экспертизы: экспертиза признается независимой, если производящий ее эксперт, либо члены экспертного совета не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.(5)

С нашей точки зрения, к этому определению необходимо добавить следующее условие: независимой экспертиза может быть в случае, когда заключение не зависит от субъективного мнения эксперта, это возможно только при наличии объективных критериев оценки.

Независимая экспертная оценка необходима пациентам – основным потребителям медицинских услуг, так как они являются наиболее незащищенными от врачебных ошибок и от ошибок, которые нередко допускают эксперты государственных служб при определении тяжести состояния, качества лечения и пр.(6) Права пациентов при получении медицинских услуг недостаточно защищены существующим законодательством. Фактическая коммерциализация наиболее передовых отраслей медицины, стремительное формирование рыночных отношений в условиях правового вакуума, усиление корпоративной закрытости от общественного контроля, продолжающееся хроническое недофинансирование отрасли – эти и многие другие факторы негативно влияют на реализацию прав пациентов. Поэтому в случае необходимости у граждан должно быть право обратиться к услугам независимых экспертов. Без помощи такого специалиста человеку, далекому от медицины, сложно оценить насколько качественно ему оказали помощь и, в случае возникновения сомнений, он может обратиться в общественное объединение, которое заинтересовано, прежде всего, в объективной экспертной оценке.

Для усиления роли независимой экспертизы необходимо, прежде всего, устранить пробелы законодательства РК в области таких понятий, как: «эксперт», квалификационные требования к этой специальности, "независимый медицинский эксперт", "независимая экспертиза", "вред (ущерб), нанесенный пациенту медперсоналом в результате нарушения медицинских стандартов и норм", "контроль, оценка (экспертиза) качества медицинской помощи", « этическая экспертиза».

В настоящее время определен порядок взаимодействия независимых медицинских экспертов с государственными органами. Уполномоченным органом в области здравоохранения планируется осуществлять аккредитацию независимых экспертов, в том числе приостанавливать действие свидетельства и отзываться свидетельством об аккредитации эксперта. Будет сформирован банк данных независимых экспертов, которых будут привлекать при осуществлении контрольных функций в области качества медицинских услуг (при необходимости). Также будет проводиться мониторинг и анализ случаев привлечения независимых экспертов. При осуществлении контрольных функций государственный орган будет:

- определять предмет договора;
- осуществлять выбор кандидатуры эксперта;
- оформлять договора с экспертами;
- проводить анализ работы эксперта;
- производить оплату труда эксперта.

В Алматы в июне 2005 года создано общественное объединение «Ассоциация Независимых Медицинских Экспертов», основной целью которого является улучшение качества медицинских услуг через компетентную и объективную экспертизу. Ассоциация формирует банк данных экспертов (медицинские и фармацевтические работники, экономисты, юристы, инженеры и медицинские техники), которых в дальнейшем планируется обучать специальным знаниям по выдаче экспертных заключений и осуществлять их аккредитацию в установленном законодательством порядке. Также одной из основных задач этого объединения является формирование Независимой Службы медицинских экспертов, осуществляющих свою деятельность в масштабах Республики Казахстан.

Очевидно, что независимость экспертных оценок является "ключом" к решению проблем качества оказания медицинских услуг и такая независимость может быть достигнута сегодня преимущественно в рамках неправительственных организаций.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Послание народу Казахстана от 19 марта 2004г.
2. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010год.
3. Ногвath МК ПЦН «Аудит и налогообложение» №10 2005г.
4. Саверский Л.В. «Лига защитников прав пациентов» Проект «Открытое здравоохранение» 2003г. www.ligazp.org
5. «Медико-социальная экспертиза и реабилитация» №1 2005г. Пузин стр.6-9
6. «Пробелы «медицинских» законов и права пациентов» Козьминых Е.В. «АИФ Прикамье» №14 стр 2-8 2003г.

ПРОБЛЕМА ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА В КАЗАХСТАНЕ

Арыстанова Г.Т., Кенжебаев С.К., Токмолдинов Ф.С., Хасенов К.М.
Высшая школа общественного здравоохранения

Как известно, по статистике смертность населения Республики Казахстан с 1998-2005 гг. по причине несчастных случаев, травм и отравлений занимало и продолжает занимать второе место. В структуре несчастных случаев, травм и отравлений производственный травматизм занимает третье место после травматизма вследствие ДТП и бытовых травм /1/.

Цель нашего исследования проанализировать статистику производственного травматизма, которая стоит очень остро и в Казахстане, также как и в ряде развитых стран мира. Динамика производственного травматизма в Казахстане показывает, что за последние годы на производстве ежегодно допускается свыше трех тысяч несчастных случаев, на достаточно высоком уровне сохраняется количество пострадавших со смертельным исходом.

В мире ежегодно происходит около 250 млн. случаев производственного травматизма, (т.е. 685 000 производственных травм в день, 475 – в минуту и 9 – каждую секунду) и 160 млн. случаев профессиональных заболеваний. По оценке Международной Организации Труда, связанные с этим потери эквивалентны 4% мирового валового внутреннего продукта, что составляет 1 251 353 американских долларов всего мира.

Каждый год в результате несчастных случаев на производстве по всему миру умирает два миллиона женщин и мужчин, из них 25% – от воздействия вредных и опасных веществ. Эта цифра превышает количество жертв дорожно-транспортных происшествий (999 000), войн (502 000), насилия (563 000) и ВИЧ/СПИД (312 000). Регистрируются около 270 миллионов несчастных случаев, происходит около 355 тысяч несчастных случаев на рабочем месте. Каждый день вследствие несчастных случаев или заболеваний производственного характера умирает в среднем 5000 человек.

В Казахстане число несчастных случаев со смертельным исходом на 1000 работающих в последние годы составляет 0,09. Данный показатель намного превышает аналогичный индекс в таких развитых странах как Дания (0,03), Швеция (0,03), Норвегия (0,06).

В Казахстане в 2004-2005гг. было зарегистрировано 3348 и 3469 несчастных случаев соответственно, таблица 1. В 2005г. из общего числа пострадавших женщины составили 17%, подростки до 18 лет – 0,2%, остальные 82,8% - мужчины. При этом 235 человек пострадали при групповых несчастных случаях, 279 - от профессиональных заболеваний, 22 - при отравлениях. Число пострадавших в алкогольном опьянении составило 38 человек, в состоянии наркотического опьянения – 2 /2/.

Таблица 1.

Общее число пострадавших за 2002-2005гг.

Области	2002		2003		2004		2005	
	Всего человек	На 10000 работающих	Всего человек	На 10000 работающих	Всего человек	На 10000 работающих	Всего человек	На 10000 работающих
Республика Казахстан	3513	12	3395	11	3348	10	3469	10
Акмолинская	114	7	113	6	132	7	187	4,6
Актюбинская	145	10	130	8	118	7	173	7,2
Алматинская	70	4	106	5	76	4	202	4,4
Атырауская	82	7	93	7	71	5	151	3,7
В\Казахстанская	644	22	532	17	529	17	324	16
Жамбыльская	98	7	138	9	155	11	151	7,7
З\Казахстанская	114	8	112	8	99	7	133	6,8
Карагандинская	883	25	942	26	959	26	380	26

Костанайская	200	10	139	7	147	7	214	9,1
Кызылординская	35	4	24	2	41	4	117	4,3
Мангистауская	118	12	114	11	96	9	114	4,8
Павлодарская	182	11	179	10	205	11	192	11
С\Казахстанская	185	13	133	9	80	5	150	5,9
Ю\Казахстанская	127	5	102	4	96	3	294	3,5
г.Астана	165	14	229	17	203	13	186	10
г.Алматы	351	9	309	7	341	7	494	6,3

По числу пострадавших от несчастных случаев из 16 регионов стабильно лидирует Карагандинская область с показателем 26 на 10 000 работающих, на втором месте ВКО – 16 ‰, на третьем - Павлодарская область 11,0 ‰. Если в большинстве областей в течение последних 4 лет наблюдается тенденция к снижению этого показателя, то в таких регионах как Карагандинская, ВКО, Павлодарская и Костанайской областях число пострадавших от несчастных случаев не снижается.

Основными видами происшествий были: падение, обрушение, обвалы предметов, материалов, земли (617 пострадавших, из них 60 погибло); воздействие движущихся, разлетающихся, вращающихся предметов и деталей (559 чел., из них 36 погибло); падение пострадавшего с высоты (480 чел., из них 76 погибло).

Главной причиной несчастных случаев являлась грубая неосторожность пострадавшего. По этой причине пострадало 1240 чел., из них 100 - погибло. В результате несчастного случая 972 чел. получили закрытый перелом, 667 - поверхностные травмы, 389 - травмы от сотрясения и травмы внутренних органов, 322 - открытые раны, 304 - открытые переломы.

Наиболее уязвимыми частями тела являются: пальцы рук (пострадало 357 чел.), волосистая часть головы (357 чел.), голень, в том числе колено (275 чел.), грудная клетка (271 чел.), кисть руки (221 чел.).

Наибольшее число пострадавших – квалифицированные рабочие в возрасте от 30 до 45 лет работающие, в первую смену /2/.

В 2005 году на производстве погибло 357 человек, из них 32 женщины, в 2004г. – 345 человек, в 2003г. - 294 человека, таблица 2. Число пострадавших со смертельным исходом на 10000 работающих в 2002-2005гг. также больше всего регистрировалось в Карагандинской области, так в 2005 году этот показатель составил 2,13‰, в Жамбылской – 1,46‰ и Костанайской областях – 1,17‰ соответственно. Ни в одном из регионов этот показатель в динамике не снижается, наблюдается лишь незначительное снижение с его последующим увеличением. Только по ВКО и ЗКО последние два года отмечается некоторая стабильность этого показателя 0,99‰ и 0,52‰.

Таблица 2.

Число пострадавших со смертельным исходом за 2002-2005гг.

Области	2002		2003		2004		2005	
	Всего человек	На 10000 работающих	Всего человек	На 10000 работающих	Всего человек	На 10000 работающих	Всего человек	На 10000 работающих
Республика Казахстан	325	1,07	294	0,93	345	1,04	357	1,03
Акмолинская	18	1,03	11	0,62	14	0,77	15	0,88
Актюбинская	23	1,56	14	0,89	14	0,86	20	1,15
Алматинская	17	0,92	20	1,02	9	0,45	19	0,94
Атырауская	15	1,25	19	1,49	21	1,53	18	1,19
В\Казахстанская	41	1,41	32	1,05	31	0,99	32	0,99

Жамбыльская	19	1,32	22	1,51	19	1,30	22	1,46
З\Казахстанская	12	0,89	6	0,44	7	0,52	7	0,52
Карагандинская	68	1,90	61	1,68	93	2,51	81	2,13
Костанайская	10	0,49	26	1,27	21	0,99	25	1,17
Кызылординская	7	0,71	5	0,47	11	0,97	11	0,93
Мангистауская	9	0,92	10	1,00	13	1,19	8	0,70
Павлодарская	18	1,05	16	0,90	17	0,92	18	0,94
С\Казахстанская	18	1,27	8	0,56	8	0,55	10	0,67
Ю\Казахстанская	16	0,60	8	0,30	20	0,71	16	0,54
г.Астана	14	1,16	18	1,31	21	1,34	21	1,13
г.Алматы	20	0,53	18	0,43	26	0,57	34	0,69

Если проанализировать число пострадавших от несчастных случаев по видам деятельности, то получается следующая картина. Число пострадавших от несчастных случаев в такой отрасли как добыча топливно-энергетических полезных ископаемых составила 4,7 человек на 1000 работающих; металлургическая промышленность и производство металлических изделий – 3,35%; горнодобывающая промышленность, кроме добычи топливно-энергетических полезных ископаемых – 3,28%; производство прочих неметаллических минеральных продуктов - 3,1 человек на 1000 работающих, таблица 3. Оказалось, что среди всех отраслей ведущее место по травматизму занимает горнодобывающая промышленность, в частности такая отрасль как добыча топливно-энергетических полезных ископаемых. В эту структуру входят горношахтные предприятия, которые в основном и определяют основную долю пострадавших и погибших.

Таблица 3.

**Численность пострадавших при несчастных случаях
по основным видам экономической деятельности на тыс. работающих**

Вид отрасли	2001	2002	2003	2004	2005
Всего	1,117	1,158	1,073	1,012	0,961
Горнодобывающая промышленность	5,1	5,1	4,2	4,8	3,9
Добыча топливно-энергетических ископаемых (ТЭИ)	7,1	6,7	5,8	5,5	4,7
Горнодобывающая промышленность, кроме добычи ТЭИ	3,2	3,8	2,9	4,0	3,2
Обрабатывающая промышленность	2,3	2,1	2,3	2,1	2,2
Химическая промышленность	3,7	2,3	4,5	1,7	1,6
Металлургическая промышленность	2,3	2,5	2,8	3,0	3,3
Строительство	2,4	2,2	2,3	2,1	1,7
Текстильная и швейная промышленность	0,8	0,7	0,5	0,8	0,5
Производство древесины	2,2	1,5	1,6	1,2	2,4
Пищевая промышленность	2,1	1,9	2,3	1,7	1,4
Производство прочих неметаллических минеральных продуктов	3,7	3,3	2,9	3,5	3,1
Производство машин и оборудования	4,0	3,0	3,1	2,7	3,1

Число погибших при несчастных случаях на 1000 работающих больше всего отмечается в производстве прочих неметаллических минеральных продуктов – 0,40%, в

химической и горнодобывающей промышленности, кроме добычи ТЭИ по 0,34%0, таблица 4.

Таблица 4.

**Численность погибших при несчастных случаях
по основным видам экономической деятельности на тыс. работающих**

Вид отрасли	2001	2002	2003	2004	2005
Всего	0,09	0,10	0,09	0,10	0,10
Горнодобывающая промышленность	0,31	0,29	0,25	0,43	0,27
Добыча топливно-энергетических ископаемых (ТЭИ)	0,26	0,17	0,20	0,60	0,20
Горнодобывающая промышленность, кроме добычи ТЭИ	0,35	0,39	0,29	0,28	0,34
Обрабатывающая промышленность	0,15	0,16	0,17	0,15	0,16
Химическая промышленность	0,39	0,19	0,30	0,14	0,34
Металлургическая промышленность	0,18	0,27	0,22	0,27	0,27
Строительство	0,31	0,34	0,32	0,36	0,30
Текстильная и швейная промышленность	0,09	-	0,03	0,07	0,08
Производство древесины	0,18	0,20	0,22	0,50	0,21
Пищевая промышленность	0,09	0,14	0,14	0,11	0,08
Производство прочих неметаллических минеральных продуктов	0,41	0,12	0,26	0,14	0,40
Производство машин и оборудования	0,12	0,15	0,18	0,05	0,02

Таким образом, число пострадавших от несчастных случаев на 10 000 работающих в целом по РК с 2002-2005гг. остается на одном и том же уровне. Из 16 регионов стабильно лидирует Карагандинская область с показателем 26 на 10 000 работающих, на втором месте ВКО – 16 %00, на третьем - Павлодарская область 11,0 %00. Наибольшее число пострадавших рабочие в возрасте от 30 до 45 лет. Число пострадавших со смертельным исходом на 10000 работающих в 2002-2005гг. также больше всего регистрировалось в Карагандинской области.

Среди всех отраслей ведущее место по травматизму занимает горнодобывающая промышленность, в частности такая отрасль как добыча топливно-энергетических полезных ископаемых. Число погибших при несчастных случаях на 1000 работающих больше всего отмечается в производстве прочих неметаллических минеральных продуктов.

Причины травматизма в различных отраслях имеют свои особенности, но общими для всех являются: неудовлетворительная организация работы на производстве, нарушения трудовой и производственной дисциплины, недостаточное обучение безопасным приемам работ, нарушения требований техники безопасности.

Поэтому необходимо проводить соответствующую государственную политику в области охраны труда, так как бездействие влечет за собой огромные человеческие, а также экономические потери. Основной задачей в борьбе с производственным травматизмом является предупреждение несчастных случаев на производстве и сохранение жизни и здоровья работников.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2004 году» // Министерство здравоохранения РК, 2004г.
2. Статистический сборник Агентство по статистике РК, 2005г.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА В ПИЛОТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПМСП Г.КАРАГАНДЫ

**Нугманова А.Э., Нугманова Д.С., Джусипов А.К., Еремекбаев К.К., Еремекбаева Б.А,
Кожабекова С.Н., Шайдарова С.Ж., Макажанова Л.Х., Омаркулов Б.К..**

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК,
Департамент Здравоохранения Карагандинской области,
Ассоциация семейных врачей Казахстана,
Информационный Лекарственный Центр,
ЗдравПлюс/USAID

Введение:

Клинические руководства (КР) позволяют использовать стандартизованные подходы при оказании медицинской помощи. В Казахстане было разработано и издано первое в Казахстане «Клиническое руководство по ведению больных с артериальной гипертензией на уровне ПМСП» (1). Оно было одобрено Министерством Здравоохранения РК в 2004 году. В проекте по пилотному внедрению данного руководства в г.Караганде участвуют НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматинский государственный институт усовершенствования врачей (АГИУВ), Информационный лекарственный центр (ИЛЦ), Ассоциация семейных врачей Казахстана (АСВК), Областной Департамент Здравоохранения (ОДЗ) Карагандинской области, проект ЗдравПлюс, финансируемый Агентством США по международному развитию (USAID). Указанные организации, заключив меморандум о сотрудничестве, разработали стратегию и план внедрения руководства. Данный совместный проект стартовал в мае 2005 года.

Для разработки стратегии внедрения предварительно был проведен обзор литературы для изучения международного опыта по внедрению КР на уровне учреждений первичного звена.

Описание работы:

Внедрение КР включает в себя несколько этапов. Во время осуществления этого процесса необходимо определить методы внедрения, а также стратегию, которая была бы применима к соответствующей целевой группе.

Этапы внедрения:

- I. Определение основных целей и задач совместной работы
- II. Создание рабочей группы и распределение обязанностей между сторонами проекта
- III. Определение целевых групп для внедрения
- IV. Определение спектра мероприятий для каждой из целевых групп
- V. Разработка индикаторов и методов мониторинга эффективности использования КР

Определение основных целей и задач совместной работы

Участники проекта в самом начале предстоящей совместной работы определили, что одно только создание клинического руководства недостаточно. Крайне важно «инкорпорировать рекомендации клинического руководства в рутинную практику клинического персонала» (2). Актуальность проблемы артериальной гипертензии, как широко распространенного заболевания, обуславливает необходимость совершенствования существующей системы предоставления медицинских услуг как населению в целом, так и выявленным больным с АГ. В связи с этим были определены нижеследующие цели и задачи. Они получили отражение в меморандуме, который был подписан всеми участниками проекта.

Цель внедрения клинического руководства – улучшить организацию и технологию оказания медицинской помощи больным артериальной гипертензией на уровне ПМСП в г. Караганде.

Задачи:

1. Целенаправленное обследование взрослого населения для выявления лиц с артериальной гипертонией (скрининг) и его привлечение в организации ПМСП для дальнейшего обследования и лечения.
2. Улучшение качества оказания медицинской помощи больным АГ (немедикаментозное лечение, лекарственная терапия, обучение больных) на уровне ПМСП
3. Повышение приверженности больных артериальной гипертонией к рекомендуемому медицинскими работниками немедикаментозному и медикаментозному лечению.

Изменение системы оказания медицинских услуг это долгосрочный, комплексный и очень сложный процесс. Четкое формулирование цели и задач позволило участникам определить приоритетные направления для работы и послужило основой для следующих этапов внедрения КР.

Создание рабочей группы и распределение ответственности за мероприятия между сторонами проекта

Пилотное внедрение КР проходило на базе шести организаций ПМСП города Караганды: семейных врачебных амбулаторий - «Аманат», «Здоровье», «Нур», «Парасат», поликлиник № 1 и № 2. При обсуждении предстоящей работы на общем заседании, где участвовали представители всех организаций первичного звена г.Караганды, руководители именно этих СВА и поликлиник добровольно выразили желание участвовать в данном проекте.

Для реализации проекта была создана рабочая группа, в состав которой входили представители организаций-участников проекта: НИИ кардиологии и ВБ, АГИУВ, Информационного лекарственного центра (ИЛЦ), АСВК и филиала в г.Караганде, ОДЗ Карагандинской области, проекта ЗдравПлюс, финансируемого Агентством США по международному развитию (USAID), шести пилотных организаций ПМСП.

На заседаниях рабочей группы решаются стратегические и организационные вопросы, обсуждаются и разрабатываются операционные планы. Это помогает информировать участников о тех мероприятиях, которые выполняют другие партнеры по проекту, а также способствует созданию общей картины о совместной работе по внедрению КР. Известно, что такой подход помогает формированию команды и является важным элементом внедрения руководств (2). Этому также способствует подготовка информационных писем для всех участников проекта по итогам работы за прошедший период

Определение целевых групп для внедрения

Внедрение КР должно привести, прежде всего, к изменению клинической практики медицинских работников. Это значит, что в своей ежедневной работе, при ведении больных с АГ, они должны следовать рекомендациям руководства. Это касается как медицинских работников различного уровня, так и их деятельности по отношению к потребителям медицинских услуг разного профиля. Так, например, если мы говорим о выявлении АГ на раннем этапе заболевания, то речь идет об общей популяции. Если работа направлена на улучшение качества диагностики и лечения АГ, то здесь мы имеем в виду уже лиц с выявленным заболеванием.

Таким образом, среди поставщиков медицинских услуг можно выделить: а) руководителей/организаторов здравоохранения; б) медицинских работников, непосредственно контактирующих с больными АГ.

На уровне первой группы решаются большой объем организационных вопросов, без решения которых сложно осуществить изменения в системе. «Поддержка лидеров является основополагающим для успешного внедрения клинических руководств» (2). Это касается таких аспектов как вопросы финансирования и ресурсного обеспечения (например, стимулирование и поддержка персонала, оснащенность лечебных учреждений, в целом функционирования системы оказания медицинских услуг); доступность

диагностических тестов; создание условий для повышения квалификации медицинских работников и т.д.

Вторая группа – это врачи и медицинские сестры. Это поставщики медицинских услуг, которые напрямую контактируют с населением и пациентами и, следовательно, влияют на их поведение через повышение информированности и знаний по конкретной клинической проблеме. Т.е. говоря о внедрении клинического руководства, мы имеем в виду приверженность врачей тем рекомендациям, которые изложены в данном документе. Это и следование алгоритму скрининга по выявлению больных АГ, систематизированный подход в диагностике, лечении АГ и т.д.

Как известно, лечение любого заболевания является двусторонним процессом, в котором участвуют врач и больной. В связи с этим внедрение КР предполагает изменение не только клинической практики медперсонала, но изменение поведения больных. Успех лечения таких хронических патологий как АГ в большой степени зависит от приверженности больных рекомендациям врачей. Во время консультирования больного врач выполняет такую важную функцию как обучение пациента с использованием, так называемого метода «один на один». Осуществление различных образовательных мероприятий способствует повышению информированности потребителей медицинских услуг об АГ - как населения в целом, так и больных. Таким образом, следующей – третьей – целевой группой являются потребители медицинских услуг.

Определение спектра мероприятий для каждой из целевых групп

Разные функции и роли целевых групп в процессе диагностики и лечения АГ обуславливают необходимость использования различных инструментов для внедрения КР.

Методы, которые используются для поставщиков медицинских услуг различного уровня, будут отличаться. Говоря о руководителях/лидерах/организаторах здравоохранения, при внедрении КР в г.Караганде важным моментом явилось участие представителей ОДЗ на самом начальном этапе - в процессе разработки самого документа. Как отмечает Will Nicholas с соавторами “создание права собственности и обеспечение поддержки административной системы являются ключевым фактором успешного внедрения» (2). В связи с тем, что представители Карагандинского ОДЗ участвовали на этапе разработки внедряемого КР в качестве авторов, можно сказать, что таким образом был реализован этот важный механизм «сопричастия» лидеров здравоохранения процессу улучшения качества медицинских услуг.

По инициативе руководства области концепция проекта внедрения КР и общий план её реализации представлена на коллегии ОДЗ.

Система мониторинга и оценки является одним из основополагающих элементов внедрения. В ее разработку были вовлечены все участники проекта и большой вклад внесли организаторы здравоохранения. Подробнее на этом вопросе мы остановимся ниже.

Для врачей и медицинских сестер использовались следующие методы внедрения КР. Кафедрой семейной медицины АГИУВ разработан и неоднократно ранее апробирован клинический **модуль по ведению больных АГ**. Эта программа обучения использует методы преподавания, ориентированные на решение клинической проблемы (3). В ходе данного обучения врачи самостоятельно изучают внедряемое КР и затем применяют приведенные в нем рекомендации при консультировании больных АГ, приглашенных специально для данного модуля, который проводился в октябре 2005 года. В рамках данного проекта обучено более 90% врачей ПМСП в пилотных ЛПО. Для обеспечения единых подходов в лечение таких пациентов обучение по этому модулю прошли кардиологи консультативной поликлиники, врачи стационаров и станций «Скорой помощи».

Преподавателями Карагандинского медицинского колледжа, которые прошли обучение по артериальной гипертонии, при технической поддержке АГИУВ и ЗдравПлюс,

был создан такой же однодневный **модуль по АГ** для обучения **медицинских сестер**. Эти тренинги были организованы и проведены весной 2006 года.

По данным литературы внедрение КР является, по сути, практическим применением концепции непрерывного повышения качества (НПК) (4). К сожалению, данные вопросы недостаточно освещаются в системе последипломного обучения врачей. Всех врачей, прошедших клинический модуль по АГ обучили по НПК. Для этого преподаватели Школы Общественного Здравоохранения МЗ РК специально разработали в рамках данного проекта однодневную программу обучения по НПК с использованием только примеров по ведению больных АГ на уровне ПМСП. Это было сделано с той целью, чтобы весь врачебный персонал владел знаниями по проблеме улучшения качества в системе здравоохранения. Во всех пилотных ЛПО внедрение НПК решено проводить через небольшие элементы улучшения качества. На первом этапе было решено повысить выявление больных с АГ, увеличив охват измерением АД у всех взрослых, обращающихся в пилотные организации первичного звена.

Памятки, созданные на основе КР, влияют на изменение практики медперсонала. Существуют различные виды памяток – компьютеризованные, бумажные и т.д. (5). В пилотных учреждениях г.Караганды были разработаны и внедрены памятки-вкладыши, которые вклеиваются в амбулаторные карты пациентов с АГ. В этой памятке указаны методы обследования, которые согласно рекомендациям внедряемого КР должны быть проведены всем диспансерным больным с АГ с определенной регулярностью в зависимости от степени риска. Использование таких методов должно помочь медицинским работникам отслеживать охват больных обязательными методами диагностики и напоминать о рекомендациях изложенных в руководстве. Кроме этого, во время обучения каждый врач получил краткий алгоритм ведения больных с АГ. Такие материалы, созданные на основе КР, тоже относятся к разновидностям памяток и удобны в использовании в ежедневной клинической практике.

По данным литературы при внедрении КР в клиническую практику широко используется так называемая **«обратная связь»** (6). Она предполагает информирование медицинских работников, например, о результатах оценки качества ведения больных с АГ, которая проводилась по их предложению и при их участии, т.к. они предоставляли необходимую для этого документацию. Обсуждение внутри ЛПО (СВА, отделении поликлиники) этих вопросов в свете соответствия, полученных результатов рекомендациям КР способствует повышению информированности каждого медицинского работника о ситуации. Это также создает атмосферу значимости работы каждого врача и медсестры для улучшения качества предоставляемых медицинских услуг.

Карагандинский филиал АСВК проводил семинары по АГ в пилотных ЛПО для специалистов не терапевтического профиля и медицинских сестер. Целью таких образовательных мероприятий является информирование всех сотрудников ЛПО по проблеме АГ и о проекте по внедрению КР для улучшения качества медицинских услуг.

Для населения и больных с АГ использовались другие методы, способствующие повышению их приверженности рекомендациям КР. Как отмечает Т.Гринхальх «давление со стороны пациентов и общественности является важным элементом, стимулирующим изменение клинической практики» (6). Прежде всего, это **информационные материалы**, основанные на доказательной медицине, и позволяющие подкрепить те рекомендации, которые население и больные с АГ получают от медицинских работников. К ним относятся брошюры, буклеты по артериальной гипертензии, настенные плакаты и стенды. Они были разработаны и изданы на средства АСВК, ЗдравПлюс/АМР США, подготовлены самими пилотными организациями.

Известно, что **обучение больных в Школах**, в том числе по артериальной гипертензии, является эффективным методом не только повышения знаний больных, но и изменения их поведения. (7). Во внедряемом «Клиническом руководстве по ведению больных с артериальной гипертензией на уровне ПМСП» есть раздел, посвященный

обучению больных в Школе для больных с АГ. Специалисты НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК имеют большой опыт создания таких школ. Ими разработаны обучающие и демонстрационные материалы для проведения занятий для больных, страдающих АГ. В рамках данного проекта сотрудники отделения артериальной гипертонии разработали и провели однодневный тренинг для врачей ПМСП по преподаванию в Школе для больных с АГ. В двух крупных пилотных поликлиниках были созданы такие Школы, которые начали функционировать в начале 2006 года.

К работе с больными АГ относится также проведение **семинаров для отдельных групп пациентов**, состоящих на учете с АГ. Специалисты ИЛЦ имеют опыт успешного проведения таких семинаров под названием «Пожилые и лекарства». На этих семинарах больных обучают вопросам правильного приема и хранения лекарств. Они получают от специалистов ответы на вопросы, которые часто возникают у людей, страдающих хроническими заболеваниями, к которым также относится и АГ.

Улучшение качества ведения больных, состоящих на учете с АГ очень важно, но известно, что реальная распространенность этого заболевания значительно выше той, о которой свидетельствует официальная медицинская статистика. В этой связи большую роль играет приверженность медицинских работников рекомендациям КР по следованию алгоритму скрининга. Внедрение НПК в систему работы организации первичного звена, о котором упоминалось выше, является очень эффективной. Однако, необходимо учесть, что не все люди обращаются в ЛПО и проблема охвата именно этих людей профилактическими мероприятиями является важной работой ПМСП. В этой связи **кампании/акции по измерению АД** в общественных местах являются теми инструментами, которые способствуют улучшению выявления лиц с повышенным артериальным давлением, а также помогают поставщикам медицинских услуг наладить взаимосвязь с общественностью и прикрепленным населением.

Все выше изложенные методы внедрения КР по целевым группам суммированы в таблице № 1. Необходимо подчеркнуть, что данное распределение можно назвать условным. Это обусловлено тем, что некоторые методы можно отнести как к одной, так и к другой группе. Например, проведение вышеупомянутых кампаний/общественных акций для населения можно также отнести и к медицинским работникам. Поскольку требуются их активное участие, как в организации таких мероприятий, так и в последующей работе с выявленными лицами с повышенным АД.

Таблица № 1

Стратегии и методы, использованные для поставщиков медицинских услуг		Стратегии и методы, использованные для потребителей медицинских услуг
Руководители	Медицинские работники	
<p>I. Информирование (презентация на заседаниях коллегии руководителей ЛПО)</p> <p>II. Политический диалог: II.1. Информационные письма II.2. Совместное планирование мероприятий</p> <p>III. Обсуждение и разработка индикаторов мониторинга</p>	<p>I. Обучение I.1. Клиническое I.2. НПК I.3. Преподаванию в Школе АГ</p> <p>II. Внедрение НПК</p> <p>III. Включение клинического модуля по АГ (основанного на утвержденном КР) в программу последипломной</p>	<p>I. Обучающие материалы (брошюры, стенды): I.1. Разработка I.2. Распространение</p> <p>II. Создание Школ для больных с АГ</p> <p>III. Кампании по выявлению лиц с повышенным АД</p> <p>IV. Семинары для отдельных групп больных (например, «Пожилые и лекарства»)</p>

	подготовки врачей и медицинских сестер IV. Разработка и внедрение системы памяток, основанных на внедряемом КР V. Внедрение «обратной связи» VI. Информационные семинары для сотрудников ЛПО (узких специалистов и медсестер)	
--	--	--

Определение индикаторов и методов мониторинга эффективности использования КР.

При внедрении КР должны происходить изменения в показателях системы предоставления медицинских услуг, в частности больным с АГ. Естественно при этом должны меняться как промежуточные, так и конечные результаты. То есть речь идет о разработке индикаторов процесса и индикаторов результата. Вопросы мониторинга и оценки являются важным компонентом внедрения КР в практику (4)

Карагандинская область является пионером по системе внедрения медицинской информационной системы в Казахстане, с использованием компьютерного анализа деятельности медицинских учреждений. Это дало нам уникальную возможность инкорпорировать возможности местной системы здравоохранения в разрабатываемую методологию комплексной оценки эффективности внедрения КР по артериальной гипертонии. Из существующей базы данных были выбраны и сформированы индикаторы, которые позволяют оценить конечные результаты ведения больных с АГ. К ним относятся показатели госпитализации и вызовов бригады «Скорой помощи», с учетом количества прикрепленного населения и диспансерных больных с АГ. Следует отметить, что эта система собирает данные из нескольких источников – организация ПМСП, стационарная служба и служба «Скорой помощи». Сбор данных по выбранным индикаторам проводится с периодичностью 1 раз в три месяца.

Тем не менее, не умаляя значимости индикаторов результата, нами была поставлена задача по оценке самого процесса предоставления медицинских услуг. В этой связи мы разработали и апробировали методологию оценки ведения больных с использованием анализа медицинской документации на уровне конкретной лечебной организации и конкретного больного. Все критерии оценки амбулаторной карты диспансерного больного с АГ были составлены на основе анализа международного опыта по оценке работы медработников ПМСП по использованию существующих КР по АГ и принципов доказательной медицины. В рамках данного проекта, по предложению пилотных организаций ПМСП и при поддержке органов управления здравоохранением была проведена базовая оценка качества ведения больных АГ до начала внедрения КР. Это было сделано с помощью специально разработанных оценочных форм, которую использовали эксперты АСВК для анализа амбулаторных карт больных, состоящих на диспансерном учете с АГ. Планируется проведение повторной оценки через год.

Но как уже было подчеркнуто ранее, роль приверженности больных рекомендациям врачей на основе КР является краеугольным камнем улучшения конечных результатов. Так, регулярный прием гипотензивных препаратов, не только знание, но и выполнение больным рекомендаций по изменению образа жизни, влияют на течение заболевания, уменьшают частоту обращения этих больных за неотложной медицинской помощью, снижают частоту госпитализаций. Все это может быть оценено и путем опроса

диспансерных больных. Для этого была разработана специальная анкета, которая охватывала широкий спектр вопросов для оценки знаний и навыков больных с АГ, а также их удовлетворенности оказываемой медицинской помощью. При создании этой анкеты были использованы валидизированные вопросники для больных, наблюдающихся в организациях первичного звена по поводу АГ. Было статистически рассчитано репрезентативное количество людей из общего списка диспансерных больных. Пациенты были включены в исследование рандомизированно. Опрос проводили у больных на дому специально обученные интервьюеры, которые помимо заполнения анкеты также проводили измерение артериального давления опрошенным больным. Такое анкетирование было проведено до начала внедрения КР и планируется повторять ежегодно.

Таким образом, указанные методы оценки процесса оказания медицинских услуг через анализ медицинской документации и через опрос потребителей этих услуг – больных с АГ, позволяет всесторонне оценить эффективность внедрения КР.

Заключение:

Разработка КР является важным компонентом улучшения качества ведения больных. Однако, внедрение созданных документов в клиническую практику требует больших и поэтапных изменений в системе оказания медицинских услуг.

Как показывает международный опыт «неразумно полагаться на один способ действий, например разработку клинических рекомендаций, а необходимо использовать весь набор всевозможных средств, включая стимулы, образовательные программы, академическую детализацию, разработку местных рекомендаций и т.д» (3). В таком случае можно получить ожидаемые результаты и улучшить качество медицинских услуг.

В странах, где разработка и внедрение КР является новой сферой работы системы здравоохранения, опыт пилотных организаций и проектов может служить основой для разработки подходов, приемлемых для местных условий, как на уровне отдельного учреждения, региона, так и страны. Создание и апробация инструментов внедрения и оценки эффективности КР должны основываться на принципах доказательной медицины, а также учитывать возможности и ограничения существующей системы. Они должны быть ориентированы на командный подход в работе. Использовать потенциал действующих неправительственных организаций, которые объединяют самих поставщиков медицинских услуг. Крайне важным является следование принципам конфиденциальности и уважения к мнению медицинских работников. Создание условий для повышения их квалификации и расширения не только знаний в клинических вопросах, но и в области доказательной медицины, концепции непрерывного повышения качества и навыков обучения больных с хроническими заболеваниями на примере АГ.

Указанные этапы и методы внедрения клинического руководства позволяют создать системный и комплексный подход при осуществлении такой работы и оценить эффективность его использования.

Мы выражаем глубокую признательность Агентству США по международному развитию (USAID) за оказание поддержки в проведении мероприятий, описанных в статье.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Клиническое руководство по оказанию медицинской помощи больным с АР на уровне ПМСП Под ред., д.м.н, проф. А.К. Джусипова, д.м.н, проф. А.Е. Гуляева, д.м.н, проф. К.А. Алихановой – Алматы, ТОО “Versalex”, 2004 – 191 с.

2. Will Nicholas, Donna O.Farley, Mary E. Vaiana, Shan Cretin “Putting Practice Guidelines to Work in the Department of Defense Medical System: A Guide”, last modified March 2006, 101 p
3. Нугманова Д.С., Ким И.С., Нуркина Н.М., Нугманова А.Э., Ужегова Е.Б. “Клинический модуль “Ведение больных артериальной гипертонией на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)”, 2005, <http://www.kzfamilydoctor.org>
4. Marilyn J. Field, Katherine N.Lohr, Editors “Guideline for clinical practice: From development to Use”, National Academy Press, Washington D.C., 1992 – 426 p
5. JM Grimshaw, RE Thomas, G MacLennan, C Fraser, CR Ramsay, L Vale, P Whitty, MP Eccles, L Matowe, L Shirran, M Wensing, R Dijkstra and C Donaldson “Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementing strategies”, Health Technology Assessment, 2004; Vol 8, No.6
6. Гринхальх Т. «Основы доказательной медицины» пер с англ. – М.ГЭОТАР-МЕД, 2004, - 204 с
7. А.О.Конради, А.В.Соболева, Т.А.Максимова, Е.В.Полуничева, И.С.Бродская, Е.В.Шляхто «Обучение больных гипертонической болезнью - бессмысленная трата времени или реальный инструмент в повышении качества контроля заболевания?», журнал «Артериальная гипертензия», том 8, №6, 2002,

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

**Нугманова А.Э., Гита Пиллай, Нугманова Д.С., Ермекбаев К.К., Ермекбаева Б.А.,
Кожабекова С.Н., Шайдарова С.Ж., Хе Н.С., Алиханова К.А., Макажанова Л.Х.,
Омаркулов Б.К.**

Департамент Здравоохранения Карагандинской области,
Ассоциация семейных врачей Казахстана, Информационный Лекарственный Центр,
ЗдравПлюс/USAID

Введение

Использование клинических руководств направлено на улучшение качества медицинской помощи пациентам с конкретными заболеваниями. Кроме того, они служат критерием для оценки профессиональной деятельности и инструментом контроля (1). В тоже время создание и распространение таких документов не всегда влияет на клиническую практику медицинских работников и поведение больных. В связи с этим важна разработка и внедрение методов оценки эффективности использования клинических руководств (КР), применимых в условиях местной системы здравоохранения. В рамках совместного проекта НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, Ассоциации Семейных Врачей Казахстана (АСВК), Департамента Здравоохранения Карагандинской области, Информационного Лекарственного Центра (ИЛЦ) и проекта ЗдравПлюс, финансируемого Агентством США по международному развитию (USAID), с мая 2005 года проводится внедрение утвержденного Министерством Здравоохранения РК «Клинического руководства по ведению больных с артериальной гипертонией на уровне ПМСП» (2). Проект осуществляется при активном участии шести пилотных лечебных организаций первичного звена – двух поликлиник и четырех семейных врачебных амбулаторий г.Караганды. Важно отметить, что все врачи пилотных ЛПО прошли обучение по непрерывному повышению качества (НПК) в рамках данного проекта. Однодневный модуль по НПК для врачей ПМСП был разработан преподавателями Школы Общественного Здравоохранения, имеющими большой опыт по обучению специалистов здравоохранения по вопросам качества.

В данной статье приводится описание методов, разработанных и внедренных для системной и разносторонней оценки эффективности внедрения КР, осуществляемого впервые в стране. Практическое применение разработанных инструментов мониторинга и оценки, отрабатывается в указанных выше пилотных учреждениях ПМСП. В процессе лечения заболевания участвуют две стороны - врач, который назначает обследование и лечение, и пациент, который следует рекомендациям врача. Вместе с тем большую роль в реализации возможностей указанных участников лечебного процесса является организация системы здравоохранения в целом. В связи с этим в процессе внедрения КР и оценки эффективности их использования должна проводиться как на разных уровнях, так и с различных сторон предоставления медицинских услуг. Разработанные инструменты позволяют оценить: а) приверженность врачей клиническому руководству, при назначении методов диагностики и лечения, и б) приверженность пациентов рекомендациям врачей, и как следствие, в) выявить направления для улучшения качества работы в целом всей системы оказания медицинской помощи больным с конкретной нозологией. Мы выражаем глубокую признательность Агентству США по международному развитию (USAID) за оказание поддержки в проведении мероприятий, описанных в статье.

Цель: Разработка и внедрение методов оценки и мониторинга эффективности внедрения КР по артериальной гипертонии с использованием системного подхода на уровне организаций ПМСП

Задачи:

1. Разработать и внедрить методы оценки приверженности врачей по использованию КР:
 - а. при выявлении больных с АГ среди прикрепленного населения
 - б. при ведении зарегистрированных больных с АГ
2. Разработать и внедрить методы оценки приверженности больных с АГ рекомендациям врачей согласно внедряемому КР
3. Разработать и внедрить индикаторы мониторинга результатов ведения больных с АГ на уровне учреждений и города, как компонента системного подхода.

Описание методов оценки и мониторинга:

Для изучения эффективности внедрения клинического руководства были разработаны и использованы специальные инструменты мониторинга и оценки. Они позволяют осуществить системный подход и создать целостную картину ведения больных, а также определить направления для дальнейшего улучшения качества медицинских услуг больным с АГ.

I. Оценка приверженности медицинских работников рекомендациям клинического руководства

A. Анализ амбулаторных карт взрослого населения, прикрепленного к организации ПМСП

Для улучшения конечных результатов при ведении больных с АГ, т.е. снижения смертности и частоты возникновения таких грозных осложнений как острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, большое значение имеет их ранее выявление. В связи с этим значительная роль отводится лечебным организациям ПМСП, которые осуществляют большую профилактическую работу. В «Клиническом руководстве по ведению больных с артериальной гипертонией на уровне ПМСП» описаны рекомендации по раннему выявлению больных артериальной гипертонии, и четко представлена система и алгоритм скрининга АГ. В связи с этим возникает потребность в оценке работы лечебной организации по проведению мероприятий указанных в алгоритме.

Согласно руководству врачи, оказывающие амбулаторную помощь (семейные врачи/ВОП, участковые терапевты), должны так организовать свою работу и работу участковой медицинской сестры, чтобы измерить артериальное давление лицам старше 18 лет как минимум 1 раз в течение календарного года.

На начальном этапе оценки эффективности проведения скрининга акцент был сделан на тех, кто обращался в поликлинику/СВА в течение календарного года. Для этого была разработана специальная форма, по которой проводился анализ амбулаторных карт (таблица № 1).

Таблица № 1

Охват пациентов старше 18 лет измерением артериального давления, с 1 октября 2004 года по 1 октября 2005 года

ФИО эксперта _____ Название ЛПО: _____

Даты заполнения карты экспертом: ____/____/2005 г.

Обвести соответствующий ответ

№	ФИО	Год рождения	Пол	№ участка	с 1 октября 2004 года по 1 октября 2005 года			
					Было ли измерено АД во время визита хотя бы 1 раз	Если "ДА", был ли уровень АД 140/90 мм.рт.ст и выше хотя бы 1 раз за период	Если Да, было АД измерено еще 2 раза в последующие 2 месяца	Если уровень АД был 140/90 мм.рт.ст и выше, был ли выставлен диагноз АГ
1.		19__	<input type="radio"/> м <input type="radio"/> ж		<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
2.		19__	<input type="radio"/> м <input type="radio"/> ж		<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
3.		19_	<input type="radio"/> м <input type="radio"/> ж		<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет

Из приведенной таблицы можно получить данные по охвату лиц старше 18 лет измерением АД, не зависимо от причины обращения в учреждение первичного звена в течение указанного календарного года.

По методологии оценки охвата взрослого населения измерением АД была разработана система отбора карт для анализа. Критериями включения амбулаторной карты в анализ являются следующие: а) карта должна принадлежать взрослому, которому исполнилось 18 лет на момент исследуемого периода; б) этот человек должен хотя бы 1 раз за исследуемый период обратиться в ЛПО. Отбор амбулаторных карт проводился в регистратуре методом случайной выборки.

Амбулаторная карта, которая была принята к анализу, оценивалась согласно вопросам, отраженным в таблице № 1. Независимо от числа и причин обращений данного человека в организацию ПМСП ему должны были измерить АД хотя бы 1 раз в течение календарного года. При наличии хотя бы одного измерения за исследуемый период эксперт, анализирующий карту, ставил отметку «Да» в соответствующей ячейке.

Нас также интересовало, насколько часто проводится повторное измерение АД лицам, у которых его уровень был хотя бы 1 раз равен или выше 140/90 мм.рт.ст. При наличии повторного измерения у лиц с повышенным АД - еще 2 раза в последующие 2 месяца - в соответствующем столбике таблицы ставилась отметка «Да». Пациенты с 3-х кратным повышением АД (уровень равен или выше 140/90 мм.рт.ст.) должны были быть взяты на учет с диагнозом артериальная гипертония.

Таким образом, на основании использования данной методики можно получить следующие данные: 1) % взрослых, обратившихся в ЛПО в течение календарного года, которым было измерено АД как минимум 1 раз и об этом есть запись амбулаторной

карте; 2) из них % больных, которым было проведено повторное измерение, при наличии повышенного АД, согласно алгоритму скрининга; 3) из них % больных, взятых на учет по поводу АГ

В. Анализ амбулаторных карт диспансерных больных с АГ

Во внедряемом руководстве по АГ изложены рекомендации по ведению больных. В нем приводится перечень методов диагностики, которые должны проводиться больным с артериальной гипертонией с определенной регулярностью. Рекомендованы немедикаментозные и медикаментозные методы лечения.

В июне 2005 года пилотные учреждения г.Караганды, наряду с другими планируемыми мероприятиями, высказали предложение провести оценку ведения больных с артериальной гипертонией (АГ). В ходе подготовительной работы проведен обзор литературы для выбора критериев оценки ведения больных с учетом принципов доказательной медицины. Таким образом, на основании литературных данных, анализа международного опыта оценки практики врачей при ведении больных с АГ, а также, основываясь на рекомендациях казахстанского руководства, были определены критерии оценки качества ведения больных с АГ на уровне учреждений ПМСП.

Среди методов диагностики, позволяющих выявить поражение органов мишеней, факторы риска и ассоциированные состояния, нами были выбраны – электрокардиография, общий анализ мочи, глюкоза крови, креатин сыворотки крови, холестерин крови.

Немедикаментозные методы лечения – ограничение соли, снижение/контроль веса, рекомендации по диете, уменьшение/прекращение курения, регулярные физические упражнения (например, ходьба не менее 3 раз в неделю и др.).

Медикаментозная терапия – структура назначенных гипотензивных препаратов.

Таким образом, на основании вышеизложенных критериев разработана специальная оценочная форма. Эксперты использовали ее для оценки ведения больных АГ на амбулаторном уровне.

Таблица № 2.

Оценка амбулаторной карты больного, состоящего на диспансерном учете по поводу АГ (анализируется ведение больного за период с 1 сентября 2004 года по 1 сентября 2005 года)

ФИО эксперта _____ Код эксперта _____ Дата _____ заполнения формы		
Название ЛПО _____ Код ЛПО _____ № участка _____ Код больного _____		
Информация о больном		
1.	ФИО больного	
2.	№ амбулаторной карты	
3.	Год рождения	19 _____
4.	пол	<input type="radio"/> ж <input type="radio"/> м
5.	Когда был впервые выставлен диагноз артериальная гипертония (день/мес/год)	__ / __ / __
6.	Ассоциированные заболевания: ИБС	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
7.	Ассоциированные заболевания: сахарный диабет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
8.	Ассоциированные заболевания: сердечная недостаточность	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
9.	Другие ассоциированные и сопутствующие заболевания (указать):	

10.	У больного есть избыточная масса тела или ожирение	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Не указано
11.	Больной курит	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Не указано
12.	Сколько было посещений (осмотров врача) за исследуемый период по поводу АГ и ассоциированных заболеваний за период с <u>01.09.2004г.</u> по <u>01.09.2005г.</u>	_____
13.	Дата последнего визита/осмотра по поводу АГ за период с <u>01.09.2004г.</u> по <u>01.09.2005г.</u>	_____ (д/мес/г)
14.	Уровень АД на этом последнем визите/осмотре по поводу АГ (мм.рт.ст)	____/____ <input type="radio"/> Не указано
15.	Есть ли в амб.карте указание ИМТ хотя бы за период с <u>01.09.2004г.</u> по <u>01.09.2005г.</u>	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет

Диагноз (просьба указать полностью – включая сопутствующие заболевания, согласно записи на последнем визите/осмотре больного по поводу АГ): _____

Обследование: Указать есть ли в амбулаторной карте результаты обследования за период с с 01.09.2004г. по 01.09.2005г.

16.	Запись ЭКГ (или ее расшифровка)	НЕТ	если ДА, то сколько раз за год _____
17.	Результат ОАМ	НЕТ	если ДА, то сколько раз за год _____
18.	Результат определения глюкозы крови	НЕТ	если ДА, то сколько раз за год _____
19.	Результат определения креатинина	НЕТ	если ДА, то сколько раз за год _____
20.	Результат определения холестерина	НЕТ	если ДА, то сколько раз за год _____

Рекомендации по образу жизни: Указать есть ли запись врача о следующих рекомендациях больному за период с с 01.09.2004г. по 01.09.2005г.

21.	Бросить курить или уменьшить количество выкуриваемых сигарет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
22.	Уменьшить потребление соли	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
23.	Регулярные физ.упр (напр.,быстрая ходьба) как минимум 3 раза в неделю	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
24.	Уменьшить потребление жиров (рекомендации по диете)	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
25.	Контролировать или снизить вес	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет

27. Лекарственные препараты, назначенные больному во время последнего визита по поводу АГ:

№ п/п	Название лекарственного препарата	Доза (указать, так как написано врачом - в таблетках, или мг)	Кратность приема в день	Длительность (если указана)
1)				
2)				

Условно ее можно разделить на несколько разделов: а) информация о ЛПО и паспортная часть; б) медицинская информация о больном; в) диагностические обследования, проведенные пациенту; г) рекомендации по немедикаментозным методам лечения; д) лекарственная терапия, назначенная больному.

Помимо этой информации, мы также можем получить данные по количеству больных, достигших целевого уровня артериального давления на момент последнего осмотра по поводу АГ.

Анализ амбулаторной карты проводился за определенный период, который включал календарный год. Наличие или отсутствие соответствующей записи врача, оценивалось как качество ведения больного, состоящего на учете по поводу АГ. Экспертами при осуществлении данной работы выступили члены Карагандинского филиала АСВК.

Необходимо отметить, что по методам обследования, проведенным больным оценивалось не назначение врачей, а именно наличие в амбулаторной карте соответствующих результатов выполненных анализов в течение конкретного периода. Даже если эти виды обследования больной проходил при госпитализации, в случае если таковая имела место за исследуемый год. Этот подход позволяет оценить не только приверженность врачей клиническому руководству, но и насколько больные выполняют рекомендации врачей. Также при таком анализе могут быть выявлены проблемы доступности тех или иных методов обследования для больных на уровне амбулаторной помощи. Поскольку, как уже было отмечено выше, уровень организации системы предоставления медицинских услуг имеют большое влияние на обеспечение приверженности врача и больного рекомендациям КР.

По немедикаментозной терапии оценивалось наличие записи в амбулаторной карте о соответствующих рекомендациях. Так, например, даны ли за исследуемый календарный год хотя бы 1 раз рекомендации по диете, ограничению соли и так далее. В таком случае эксперт ставил в соответствующей ячейке отметку «Да» или «Нет». Анализ записей врача в амбулаторной карте является одним из источников информации о качестве ведения больного. Анализ медикаментозной терапии проводился по следующим критериям. Какие препараты были назначены больному, дозировка, указание длительности терапии. Все эти данные эксперт, анализирующий амбулаторную карту, вносит в соответствующую часть разработанной формы.

Хотелось бы добавить, что в рамках данного проекта проводилось клиническое обучение врачей и медицинских сестер по внедряемому руководству. И помимо оценки их работы по анализу карт проводилась также оценка их теоретических знаний по артериальной гипертензии до обучения, после обучения и через 6 месяцев после прохождения обучения.

Таким образом, на основании предложенной методики, можно получить как общую информацию о больных, состоящих на Д учете (возраст, длительность состояния, диагноз, сопутствующие заболевания), так и следующие данные по качеству ведению этих больных:

I. Оценка качества диагностики - **% амбулаторных карт, в которых за исследуемый год** есть как минимум: 1) 1 ЭКГ (расшифровка или запись); 2) 1 результат ОАМ; 3) 1 результат определения уровня глюкозы; 4) 1 результат креатинина сыворотки крови; 5) 1 результат холестерина; 6) 1 раз за год определен индекс массы тела (ИМТ) во время осмотра

II. Оценка качества немедикаментозной терапии у больных с АГ - % карт, в которых в течение года отмечено наличие как минимум в одной консультации: 1) рекомендации «бросить курить»; 2) рекомендации по ограничению соли; 3) рекомендации по диете; 4) рекомендации по регулярным физическим нагрузкам, например ходьба в течение 30-45 мин в день.

III. Оценка качества медикаментозной терапии - % больных с АГ, получающих: 1) тиазидовые диуретики; 2) бета-блокаторы; 3) ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ); 4) другие сердечно-сосудистые препараты; 5) препараты с недоказанным эффектом.

II. Оценка приверженности больных с АГ рекомендациям врачей согласно внедряемому КР

Назначения врачей являются важной частью оценки ведения больных АГ. В тоже время знания больного о своем заболевании, уровень удовлетворенности информацией, полученной от врачей ПМСП, и приверженность больных тоже являются частью процесса управления качеством и его оценки. Приверженность больных рекомендациям врачей влияет на продолжительность и качество жизни больных АГ. Взаимоотношения между

врачом и пациентом (коммуникативные навыки во время консультирования) влияют на образ жизни больного, его отношение к назначенному лечению и следование ему.

Анализ амбулаторных карт дает достаточно полную информацию по ведению больных с АГ. Однако, опрос больных, состоящих на диспансерном учете, может дать поставщикам медицинских услуг дополнительную информацию – «новый взгляд» на ту же проблему, но уже глазами больного. В связи с этим была разработана анкета для опроса больных с АГ. Для оценки приверженности пациентов разработанный вопросник включал в себя оценку не только знаний, но и поведения пациентов

В анкету входили такие разделы как, информация о пациенте (паспортные данные, социальные характеристики/ условия проживания, длительность состояния на диспансерном учете), частота обращений за медицинской помощью и удовлетворенность больного предоставляемой медицинской помощью. Этот раздел включал в себя такие вопросы как, к кому чаще обращается больной, откуда получает информацию по поводу АГ, насколько хорошо понимает необходимость проведения диагностических тестов, а также владеет ли информацией о том, как необходимо принимать гипотензивные препараты.

При опросе также уделялось внимание принимаемым больными лекарственным препаратам, их совпадение с назначением врачей, причинам прекращения приема лекарств от повышенного артериального давления. Важной частью анкеты является уровень информированности больного о методах немедикаментозной терапии и следование им. При составлении анкеты были использованы валидизированные опросники для больных АГ по оценке уровня приверженности (3), а также по выявлению удовлетворенности пациентов предоставляемыми медицинскими услугами.

Все пилотные учреждения представили список диспансерных больных. Из него для проведения опроса, методом случайной последовательности, генерированной компьютером, были выбраны больные для опроса. Общее количество опрошенных пациентов репрезентативно по отношению к общему количеству диспансерных больных в шести пилотных ЛПО. Пациенты опрашивались по месту проживания. Обученные интервьюеры проводили опрос по вышеописанной анкете. Согласно методологии на некоторые вопросы пациентам предлагались варианты ответов, из которых нужно было выбрать подходящий. Другие вопросы носили открытый характер, но у интервьюеров был список возможных вариантов ответов. И при проведении интервью нужно было только отметить соответствующий ответ больного. Большая часть вопросов в анкете была задана в форме закрытых вопросов с вариантами ответа «Да», «Нет», и «Не знаю». Также всем больным проводилось измерение АД.

Таким образом, из опроса больных можно получить информацию об уровне приверженности больных медикаментозной терапии. Процентное соотношение различных причин, по которым больные прекращают прием препаратов. % больных, знающих о том как принимать ЛП, и о необходимости проведения основных методов обследования. На основе опроса больных мы можем получить данные о проценте больных, знающих о немедикаментозных методах лечения, а также оценить количество больных, которые получили такие рекомендации от врачей. В анкету вошли вопросы, с помощью которых можно узнать о проценте больных, на практике следующих рекомендациям врачей (не курят, ограничивают потребление соли, контролируют свой вес и др). Анкетирование позволяет оценить структуру гипотензивных препаратов, которые принимают больные. Вышеуказанные результаты могут служить основой для формирования стратегии по работе с диспансерными больными, и быть использованы как в обучении медперсонала, так и в обучении больных

III. Индикаторы мониторинга результатов ведения больных с АГ на уровне учреждений и города

В Карагандинской области эффективно используется система мониторинга работы учреждений здравоохранения. Эту работу осуществляет медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ) (4). Он регулярно проводит сбор данных по показателям работы лечебных организаций первичного и вторичного уровня. Среди индикаторов, разработанных этим центром, есть ряд показателей, которые отражают ситуацию по ведению больных с АГ. В рамках внедряемого проекта были определены следующие индикаторы (таблица № 3), сбор данных по ним уже находится в системе сбора данных и поэтому не создает никакой дополнительной работы. Данные по большинству из этих индикаторов собираются с регулярностью 1 раз в квартал.

Таблица № 3

Индикаторы внедрения КР по АГ по данным МИАЦ Карагандинской области

№ п/п	Индикаторы	Частота сбора данных
1.	заболеваемость АГ (на 100 000 населения)	1 раз в квартал
2.	число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу АГ	1 раз в год
3.	уровень госпитализации к числу больных, состоящих на диспансерном учете	1 раз в квартал
4.	частота госпитализации на 1000 населения	1 раз в квартал
5.	уровень госпитализации больных с ОИМ и ОНМК к числу больных, состоящих на диспансерном учете	1 раз в квартал
6.	Соотношение госпитализированных больных с ОИМ, ОНМК к общему количеству госпитализированных с АГ (I10-I13+I21+I60.0-I65.9)	1 раз в квартал
7.	Частота вызовов «Скорой помощи» к числу больных, состоящих на диспансерном учете с АГ	1 раз в квартал

Известно, что существуют такие индикаторы результата как смертность, частота осложнений АГ. Индикаторы, приведенные в таблице № 3 также могут служить определенными индикаторами результата. Например, приверженность медицинских работников КР будет выражаться в проведении скрининга на АГ, это в свою очередь будет способствовать увеличению количества зарегистрированных больных и повышению заболеваемости АГ. На первом этапе, когда мы говорим о недостаточном выявлении таких больных, это будет свидетельствовать об улучшении качества медицинской помощи прикрепленному населению. Однако, не следует забывать о тех проблемах и препятствиях, которые стоят на этом пути. Медицинские работники по вполне объективным причинам не всегда заинтересованы в регистрации этих больных в списках диспансерных. Так как это ведет за собой повышение нагрузки на врача, при отсутствии каких-либо стимулов по улучшению качества их ведения.

Или другой пример, повышение приверженности больных, выражающееся в регулярном правильном приеме назначенных гипотензивных препаратов, должно вести к снижению частоты кризов и других осложнений АГ. И как следствие мы можем ожидать снижение таких показателей как госпитализация, в том числе с ОНМК и ОИМ, и обращения за неотложной медицинской помощью.

Заключение:

Разработка системы оценки и мониторинга эффективности использования КР является актуальной задачей системы здравоохранения. Как показывает мировой опыт, медицинская общественность в силу специфики своей профессии очень с большим трудом меняет свои устоявшиеся взгляды, а изменение клинической практики является еще более сложной задачей (5). Оценка существующей практики – внедрение КР – повторный анализ

результатов, полученных в ходе изменений - вот та цепочка, которая поможет помочь как поставщикам медицинских услуг, так и организаторам системы здравоохранения осуществить желаемые перемены и способствовать улучшению работы всей команды.

Создание и апробация методов оценки и мониторинга эффективности внедрения КР на примере пилотных проектов может служить основой для дальнейшей работы в этом направлении. Анализ положительного опыта и его совершенствование должен осуществляться при комплексном и многостороннем подходе, основанном на концепции непрерывного повышения качества медицинских услуг.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гринхальх Т. «Основы доказательной медицины: пер с англ. – М.ГЭОТАР-МЕД, 2004, - 204 с
2. Клиническое руководство по оказанию медицинской помощи больным с АР на уровне ПМСП Под ред., дмн проф. А.К. Джусипова, дмн проф. А.Е. Гуляева, дмн пров К.А. Алихановой – Алматы, ТОО “Versalex”, 2004 – 191 с.
3. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. “Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic”, *Presse Med.* 2001 Jun 16-23;30(21):1044-8
4. Шерил Кашин, Надежда Хе, Аскар Нурбаев, Ольга Зюсь «Системы мониторинга для сектора первичной медико-санитарной помощи в Караганде, Казахстан: анализ дальнейшего хода развития», Караганда, Казахстан, технический отчет, 12-31-2001, http://www.zplus.kz/library/pub_lib.asp
5. Marilyn J. Field, Kathleen N.Lohr, Editors “Guideline for clinical practice: From development to Use”, National Academy Press, Washington D.C., 1992 – 426 p

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ОТ ЛЕЧЕНИЯ К ПРОФИЛАКТИКЕ И УПРАВЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЕМ

Турдалиева Б.С.

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

Хронические неинфекционные заболевания являются актуальной проблемой и в Казахстане. Проведенный ретроспективный анализ уровня заболеваемости и смертности показал стабильный рост социально-значимых неинфекционных заболеваний в стране. При моделировании ситуации и построении прогноза отмечается повышение, как уровня заболеваемости, так и уровня смертности. Данная ситуация диктует необходимость углубленных клинико-эпидемиологических исследований для определения реальной ситуации и возможностей ее изменения.

Проведенное социально-гигиеническое исследование распространенности хронических неинфекционных заболеваний и факторов образа жизни населения показало, что население Казахстана имеет высокую распространенность таких хронических заболеваний, как сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), показатели распространенности которых составили 20,28%, хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) (11,63%), болезни органов пищеварения (БОП) (35,35%), мочевыделительной системы (БМВС) (11,77%), сахарного диабета (СД) (6,94%).

Высокая распространенность хронической патологии обусловлена образом жизни населения. По данным социально-гигиенического исследования факторов риска образа жизни было выявлено, что 31,91% респондентов в среднем курят, 62,82% - употребляют

алкоголь, более 2/3 (71,98%) ведут малоподвижный образ жизни (т.е. имеют поведенческие факторы риска). Более 1/3 населения или 36,39% имеют избыточную массу тела, у 12,77% респондентов выявлена артериальная гипертензия, т.е. имеются биологические факторы риска.

Для выявления доказательности связи между хронической патологией и образом жизни населения были использованы математические и статистические методы, позволившие установить достоверную причинную связь между рисками и хроническими неинфекционными заболеваниями, оценить отношение шансов возникновения заболеваний в группе с факторами риска, определить относительный риск заболеваний. По результатам исследования, наибольшая частота связи между развитием и распространением ХНЗ с фактором риска отмечается между сердечно-сосудистыми заболеваниями, хроническими неспецифическими заболеваниями легких с курением. Четко прослеживается связь развития и распространения болезней органов пищеварения и сахарного диабета с употреблением алкоголя. Избыточная масса тела имеет сильную статистически достоверную связь с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Была выявлена связь между низкой физической активностью и распространением ССЗ, СД, БОП. Степень влияния каждого фактора на развитие ХНЗ составила: для курения - 0,218, для алкоголя - 0,236, избыточной массы тела - 0,414, низкой физической активности - 0,391. Совокупность изучаемых факторов составила по коэффициенту R^2 составило 0,326, это означает, что 32,6% дисперсии ХНЗ обусловлено влиянием совокупности вышеперечисленных факторов риска.

Среди методов, направленных на выявление значимых факторов риска, определение прогностических значений, наиболее подходящим является применение регрессионного анализа и логистической регрессии. Применением регрессионного анализа, в частности логистической регрессии, был установлен вероятностный прогноз развития той или иной хронической патологии в зависимости от уровня распространенности рисков образа жизни [1, 2]. Это дает возможность управлять хроническими неинфекционными заболеваниями через контроль факторов риска, определять и принимать наиболее эффективные и обоснованные с точки зрения экономичности управленческие решения, прогнозировать и планировать профилактические мероприятия.

Результаты исследования показали, что согласно модели и полученным значениям коэффициентов, при фиксированных прочих переменных, курение увеличивает отношение шансов "развития ССЗ" и "не развития ССЗ" в 1,17 раз, ХНЗЛ - в 1.13 раз, БОП - 1,24 раз, сахарного диабета - в 1,15 раз. Употребление алкоголя увеличивает отношение шансов "развития ССЗ" и "не развития ССЗ" в 1,11 раз, сахарного диабета - в 1,18 раз, болезней мочевого выделения - в 1,10 раз. Избыточная масса тела увеличивает шансы развития ССЗ в 2,01 раз, БОП - в 2,70 раз, сахарного диабета - в 1,92 раза. Были оценены биологические факторы риска, являющиеся следствием поведенческих, такие как гиперхолестеринемия и артериальная гипертензия. Результаты показали, что гиперхолестеринемия повышает отношение шансов «развития ССЗ» и «не развития ССЗ» в 1,52 раза, ХНЗЛ - в 1,43 раза, БМВС - в 1,77, сахарного диабета - в 1,72; а артериальная гипертензия увеличивает шансы развития ССЗ в 2,85 раз, ХНЗЛ - в 1,22 раз, сахарного диабета - в 1,90 раз.

Таким образом, результаты исследования заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями, смертности, распространенности хронической патологии, факторов риска среди взрослого населения, оценка взаимосвязи факторов образа жизни и хронических заболеваний свидетельствуют о необходимости усиления профилактического направления развития системы здравоохранения. Это подразумевает пересмотр существующих подходов к профилактике, создание новых моделей профилактических вмешательств, направленных на интегрированное решение

выявленных проблем с использованием современных методов профилактики применительно к различным категориям населения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Browns R. The Based-Evidence Public Health, 2002 Geneva, 248 p.
2. А.Д.Наследов SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках, Питер, 2005, - 416 с.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

Г.К. Оспанова, Д.Р. Бузунова, Г.Б.Елгондина, Г.С. Какимова А.К.Каражанова

Институт Развития Здравоохранения

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова Управление Государственного Санэпиднадзора Бостандыкского района г. Алматы

Поскольку формирование здоровья, уровень здоровья, уровень адаптации организма и их «резервная мощность» закладываются в детском и подростковом возрасте, именно этот контингент представляет наибольший интерес для профилактической медицины (1).

Здоровье детей и подростков при этом следует рассматривать как с позиции будущего кадрового потенциала страны. В связи с этим основным потенциалом страны завтрашнего дня являются дети и подростки школьного возраста. Функциональное состояние и уровень здоровья школьников как высокоорганизованных, хорошо структурированных и широко распространенных по всей территории страны могут выступать, с одной стороны тонкими информативными индикаторами санитарно-эпидемиологического неблагополучия среды обитания и жизнедеятельности конкретных населенных мест (регионов), а с другой – являются непосредственными объектами управления (в плане повышения уровней резервов и здоровья населения) со стороны государственной исполнительной власти, здравоохранения, образования, госсанэпиднадзора и др.(2). Формирование здоровья детей, как известно, происходит под влиянием большого числа факторов риска, среди которых особое значение имеют неудовлетворительная экология, отсутствие надлежащих гигиенических условий в образовательных учреждениях, несоблюдение научно обоснованных условий обучения и характера учебного процесса (3).

В последнее десятилетие значительно расширяются спектр факторов риска, нарушающих здоровье подростков. Среди них наряду с социально-экономическим и экологическим неблагополучием немаловажную роль играют инновационные системы обучения, обусловленные реформированием школьного образования. В образовательных учреждениях нового вида (лицей, гимназии, частные школы с углубленным изучением ряда предметов) наблюдаются насыщение учебных программ и интенсификация учебного процесса (4).

Поэтому возникает необходимость более детального изучения состояния санитарно-эпидемического благополучия школьников инновационных школ с новыми технологиями и формами обучения (гимназии, лицей, школы частных владений) в комплексе основных влияющих факторов на формирования их здоровья.

Исходя из этого, нами проведены социологический опрос и изучение состояния адаптационных возможностей ЦНС школьников различного возраста методом Корректирующих проб В.Я. Анфимова и определением пропускной способности зрительного анализатора 9 инновационных школ Бостандыкского и Медеуского районов г. Алматы, расположенных в различных местах по загрязнению атмосферного воздуха.

Всего проанкетировано 1575 школьников-гимназистов различного возраста (9-15 лет). Вопросы были сгруппированы в 3 блока: блок для школьника, блок для родителей и блок для медицинского работника.

В блоке вопросов для школьника, нами выяснялись данные об основном месте проживания (для определения влияния загрязненности атмосферного воздуха), о полноценности состава семьи, их благополучия. О состоянии здоровья по самооценке, о мнении их по удовлетворенности системой обучения, о жизненном тонусе, активности (по занятиям гимнастикой, спортом), а также были заполнены хронокарты режима дня и недельные расписания уроков. В блоке вопросов для родителей были охвачены вопросы для выяснения влияния социально-экономических, биологических факторов, таких как масса тела при рождении, перенесенные заболевания, хронические заболевания ребенка, о возрасте родителей при рождении ребенка, о профессиях родителей, об антропометрических данных и перенесенных заболеваниях родителей, счет беременности, счет родов, о сопутствующих заболеваниях матери при беременности, о семейном бюджете за несколько лет, о благоустройстве и жилплощади, о фактическом питании ребенка, информации о наследственных заболеваниях. В блоке вопросов для медработника получены сведения об антропометрических показателях наблюдаемых детей, о группах здоровья, группах для занятий физкультурой.

В результате анализа анкетных вопросов установлены различные степени влияния разнообразных факторов на формирование здоровья школьников. Влияние экологических факторов по месту расположения школьных объектов и по месту проживания школьников в условно «грязном» и «чистом» районах города по атмосферному загрязнению определены по показателям общей заболеваемости школьников. Результаты анализа показали превышение показателя общей заболеваемости на 12,5% у детей проживающих и обучающихся в экологически неблагоприятном районе города.

Из социально-гигиенических факторов установлено влияние в основном неудовлетворительного жилищного условия (повышенная заболеваемость - 7,9% и жалобы на чувство дискомфорта были выше на 5,4%) и неправильного питания (на 62% детей, имеющих заболевания ЖКТ, эндокринных систем, соответствует нерациональное и неправильное питание).

Из биологических факторов прослеживаются влияния наследственной предрасположенности (13,7%), возраст (12,4%) и заболеваемость матери школьника, перенесенные во время беременности (15,3%), а так же перенесенные заболевания самим ребенком за 5 последних лет (2001-2005гг) (16,32%).

В результате анализа влияния некоторых дошкольных факторов установлено что, на первое место выходит несоответствие функциональных возможностей ЦНС школьников с их реальной деятельностью: перегруженность расписаний учебными занятиями - 74%, неправильное составление расписания уроков – 71%, несоблюдение правил перерыва в занятиях (почти во всех учебных заведениях), несоблюдение режима дня - 68,3%, игнорирование занятий физкультурой - 59,7%.

При этом установлены, что в исследуемых образовательных учреждениях изучение и оценка качества составления расписания учебных занятий, оценка общей учебной нагрузки по официальным документам школы и фактическим данным по ходу

учебного процесса не проводится, не проводится работа по изучению структур нововведенных занятий. Ранее используемая ранговая шкала Сивкова по изучению трудности предметов, нынче не соответствует действительности. В данное время, разработанная Карагандинской Медицинской Академией, новая ранговая шкала с включением значимости нововведенных предметов, не используется в практической деятельности гигиены детей и подростков, в нормативном документе (СанПиН), нет указаний об изучении и оценке расписания уроков с использованием данного документа, что является одним из важных моментов.

Не имеются данные сравнительной оценки санэпидблагополучия инновационных общеобразовательных учреждений по критериям количественной оценки соответствия объектов санитарно-гигиеническим требованиям, хотя существует приказ Главного государственного санитарного врача РК от 4.05.2004 № 15 «О внедрении критериев количественной оценки соответствия объектов государственного санитарно-эпидемиологического надзора». Где четко перечислены критерии количественной оценки, и дополнены методическим указанием по заполнению таблиц на соответствие объектов государственного санитарно - эпидемиологического надзора требованиям санитарно-эпидемиологических правил и норм, с приведением на то и примеров.

Для изучения функциональных возможностей адаптационных механизмов ЦНС детей и подростков, прежде всего на учебные нагрузки по инновационной программе, мы выбрали детей 11, 13 и 15 летнего возраста, т.е. возраст детей и подростков, который охватывает определенные сенситивные периоды (предпубертатный, пубертатный и постпубертатный).

Всего изучено 625 школьников в начале и конце учебного дня. В результате прослеживается закономерное физиологическое развитие утомления среди учеников во всех образовательных школьных учреждениях с проявлением выраженного утомления в конце учебного дня. Но при сравнении адаптационных возможностей школьников учреждений с различной программой обучения с некоторыми факторами управляемого характера, то можно сделать вывод, что показатели работоспособности школьников напрямую имеют отношение к постановке и организации учебно-воспитательного процесса в целом (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика функциональной возможности школьников различных инновационных учебных учреждений г. Алматы, в связи с постановкой учебно-воспитательного процесса.

Возраст, кл асс	Общ. сниж. работосп. на конец уч. дня, %	% завышения дневной учебной нагрузки	% не соотв. составл. расписания занятий	%, не зеним. утренней гимнастикой	%, не соблюд. режим дня
Гимназия					
11лет, 5класс	45,7	5,6	47,4	58,1	61,6
13лет, 7класс	66,2	11,3	51,6	61,4	69,7
15лет, 9класс	62,1	14,2	72,3	69,7	78,1
Лицей					

11лет, 5класс	37,0	9,2	51,6	51,3	61,2
13лет, 7класс	37,3	11,3	62,4	62,2	69,4
15лет, 9класс	50,2	16,7	73,1	73,0	78,3
Частные школы с углубленным изучением отдельных предметов					
11лет, 5класс	75,5	40,0	61,6	61,3	63,2
13лет, 7класс	73,1	49,2	73,2	73,1	71,4
15лет, 9класс	69,8	30,1	77,0	77,1	70,3

Как видно из таблицы показатели функциональной возможности школьников лицеев оказалось более благоприятной. Но это может быть возможностью совпадения более благоприятного дня недели в школе в день обследования, возможной погрешностью методики на момент изучения или других прочих моментов, которые могут повлиять на точность получаемых данных, так как результат показателей влияющих факторов в этих учреждениях так же требует обращения серьезного внимания по их регулированию. Влияние учебно-воспитательного процесса на чувствительные периоды требует дальнейшего более подробного подхода к изучению.

Проведение сравнительного анализа состояния здоровья изучаемых детей так же было связано с серьезными трудностями: нигде не проводится наблюдение за повозрастными особенностями физического развития школьников, нет четкости в регистрации результатов ежегодных углубленных медицинских осмотров, в историях развития ребенка (№112у/ф) записи проводятся не своевременно. Нововведенный «Паспорт здоровья школьника» у.ф.026/у-3, по приказу МЗ РК от 24. 06. 2003г. за № 469 до сих пор не везде заполнен. Все это затрудняет провести какую-либо клинко-статистическую обработку показателей состояния здоровья школьников инновационных школ, в разные периоды обучения.

Все вышеизложенное в определенной степени показывает современные особенности формирования, предопределяет тенденции здоровья растущего поколения, что указывает на необходимость поиска решения данных проблем.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Неменко Б.А., Оспанова Г.К. Балалар мен жасөспірімдер гигиенасы. - Алматы. – 2002. – 344б.
2. Онищенко Г.Г. О санитарно-эпидемиологическом благополучии общеобразовательных учреждений российской федерации. // Гиг. и сан. - № 4. – 2004. – С. 3-7.
3. Стунеева Г.И., Кирюшин В.А., Цурган А.М.. Здоровье и самочувствие детей в период обучения в школе. // Гиг. и сан. – 2000. - № 3. – С.45-46.
4. Приз В.Н. Гигиенические основы формирования здоровья учащихся при экспериментальных программах обучения в школах нового типа. Автореф..., д.м.н.- Караганды, 2004.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО
АССОЦИАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

№ 1, ноябрь, 2006 г.

Уважаемые члены Ассоциации специалистов общественного здравоохранения РК (АСОЗ РК), перед вами первый выпуск информационного письма АСОЗ РК. Данное информационное письмо планируется издавать ежемесячно. Подписка и рассылка письма бесплатные. Единственное условие – наличие электронного адреса у получателя. Здесь мы будем публиковать все последние новости в области общественного здоровья Казахстана и других стран, анонсы конференций и события из жизни АСОЗ РК. Мы будем рады сотрудничать с вами и готовы публиковать на страницах нашего письма информацию о вашей работе в общественном здравоохранении.

НОВОСТИ ЭТОГО ВЫПУСКА:

- АСОЗ РК стала членом Европейской Ассоциации общественного здравоохранения.
- Анонс Шестой Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения».
- Анонс 15 Конференции Европейской Ассоциации общественного здравоохранения.
- Вакансия в АСОЗ РК

.....

АСОЗ РК СТАЛА ЧЛЕНОМ ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

АСОЗ РК стала полноправным членом Европейской Ассоциации общественного здравоохранения (ЕАОЗ). Об этом стало известно во время 14 Конференции Европейской ассоциации общественного здравоохранения, которая проходила с 16 по 18 ноября 2006 года в Монтре (Швейцария). Была проделана большая работа по вступлению АСОЗ РК в ЕАОЗ в течение 2002-2006 гг. Все члены АСОЗ РК автоматически становятся членами ЕАОЗ. Сейчас мы работаем над передачей базы данных членов АСОЗ РК в базу данных ЕАОЗ. В ближайшем будущем любой член АСОЗ РК сможет получать доступ к электронной версии журнала ЕАОЗ и получит право на льготный регистрационный взнос для участия в конференциях ЕАОЗ. Поздравляем всех членов АСОЗ РК и ждем пополнения наших рядов!

ШЕСТАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

28-29 сентября 2007 года в г. Алматы планируется провести Шестую Международную научно-практическую конференцию. Подробная информация о предстоящей конференции будет опубликована на сайте Казахстанской Высшей Школы

Общественного здравоохранения www.ksph.kz, в конце декабря 2006 года и в следующем выпуске Информационного письма АСОЗ РК.

15 КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

15 Конференция Европейской Ассоциации специалистов общественного здравоохранения будет проводиться в Хельсинки (Финляндия) с 10 по 13 октября 2007 году. Тематика предстоящей конференции – это будущее общественного здравоохранения в Объединенной Европе.