МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВШОЗ»

В.И. Ахметов, М.А. Камалиев, К.К. Куракбаев,
Р.С. Дюсенов, М.Д. Бримжанова

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

учебник

2
том

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Алматы, 2025

УДК 614
ББК 51.1
О-28

Рецензенты:
Капанова Гульнара Жамбаевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой политики и организации здравоохранения Казахского национального университета имени аль-Фараби;
Попова Татьяна Владимировна – доктор медицинских наук, академик МАИН, профессор кафедры общественного здоровья и социальных наук Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ»;
Galdikas Juozas – Doctor habilitatus (доктор медицинских наук), профессор, руководитель предприятия MB ZERROCORR (Литовская Республика).

В.И. Ахметов, М.А. Камалиев, К.К. Куракбаев, Р.С. Дюсенов, М.Д. Бримжанова. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. 1 том. Общественное здоровье – Алматы, 2025. – 326 с.

В.И. Ахметов, М.А. Камалиев, К.К. Куракбаев, Р.С. Дюсенов, М.Д. Бримжанова. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – Алматы, 2025. – 376 с.

ISBN 978-601-305-699-9

Учебник “Общественное здоровье и здравоохранение” создан в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения Республики Казахстан типовыми учебными программами высшего образования по медицинским и фармацевтическим специальностям (приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 января 2023 года № 4) с целью системной подготовки грамотных специалистов и обеспечения отрасли квалифицированными кадрами, готовыми к осуществлению профессиональной деятельности в области общественного здравоохранения и санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Изложены основные разделы и вопросы общественного здоровья и здравоохранения, начиная с теории и истории дисциплины до современного состояния системы здравоохранения, для описания которого привлечена действующая нормативно-правовая база, а также отечественная и зарубежная статистическая информация последних лет. Предназначен для студентов бакалавриата, а также для обучающихся на других уровнях медицинского образования, работников органов и организаций здравоохранения.

УДК 614
ББК 51.1

Утверждено и разрешено к изданию типографским способом РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой» (№ 553 от «20» августа 2025 года)

Рекомендовано УМО РУМС в качестве учебника для обучающихся по направлению подготовки кадров «Здравоохранение» протокол №__ от «__» _____ 2025 год.

Выражается благодарность экспертам, приглашенным к написанию отдельных разделов: И.К. Лаврентьевой, д.фарм. наук, профессору Г.О. Устеновой, д.м.н. Ж.С. Шалкаровой, PhD И.К. Тулебаевой, Ш.М. Мойынбаевой.

ISBN 978-601-305-699-9

© В.И. Ахметов, М.А. Камалиев,
К.К. Куракбаев, Р.С. Дюсенов,
М.Д. Бримжанова, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Список сокращений	6
	Предисловие	9
	Глава 1. Организация здравоохранения	14
1.1	Правовые основы общественного здравоохранения	14
1.2	Принципы, виды и формы медицинской помощи населению	23
1.3	Организация первичной медико-санитарной помощи	27
1.3.1	ПМСП в Республике Казахстан	27
1.3.2	ПМСП – опыт других стран для Казахстана	31
1.4	Амбулаторно-поликлиническая помощь населению	36
1.5	Консультативно-диагностическая помощь	43
1.6	Организация стационарозамещающей помощи	47
1.7	Скорая медицинская помощь и медицинская авиация	53
1.8	Организация стационарной помощи населению	64
1.8.1	Основы организации стационарной помощи населению.	64
1.8.2	Специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь	70
1.9	Транспортная медицина	74
1.10	Организация медицинской помощи сельскому населению	79
1.11	Охрана материнства и детства	85
1.11.1	Организация акушерско-гинекологической помощи населению	86
1.11.2	Организация педиатрической помощи населению	93
1.12	Профилактическая деятельность в медицинских организациях	101
1.12.1	Скрининг	102
1.12.2	Динамическое наблюдение	111
1.12.3	Персонифицированная медицина	117
1.13	Программа управления заболеваниями. Школы пациентов	120
1.14	Охрана здоровья работающего населения	129
1.14.1	Безопасность и охрана труда	129
1.14.2	Обязательные медицинские осмотры	131
1.14.3	Профессиональные заболевания	139
1.15	Организация стоматологической помощи населению	148
1.16	Врачебно-трудовая экспертиза	153
1.17	Медико-социальная экспертиза	173
1.18	Организация восстановительного лечения и медицинской реабилитации	179
1.18.1	Виды и объемы восстановительного лечения и медицинской реабилитации	182
1.19	Сестринское дело. Организация паллиативной помощи и сестринского ухода	186
1.19.1	Паллиативная помощь	186
1.19.2	Организация сестринского ухода	191

1.20	Организация геронтологической и гериатрической помощи	194
1.20.1	Международный опыт решения проблем здоровья пожилых людей	194
1.20.2	Социальная и медицинская политика Республики Казахстан в отношении лиц пожилого возраста	198
1.20.3	Организация медицинской помощи лицам пожилого возраста в Республике Казахстан	199
1.21	Организация здравоохранения в чрезвычайных ситуациях	202
1.22	Спортивная медицина	207
	Глава 2. Управление здравоохранением	212
2.1	Менеджмент в здравоохранении	212
2.2	Экономика здравоохранения	222
2.3	Планирование здравоохранения	225
2.4	Финансирование здравоохранения	230
2.5	Ресурсный менеджмент	239
2.6	Рынок медицинских услуг и маркетинг в здравоохранении	250
2.7	Оказание платных медицинских услуг	261
2.8	Основы предпринимательства в здравоохранении	265
2.9	Корпоративное управление	272
2.10	Корпоративная культура	277
2.11	Лидерство в системе здравоохранения	284
	Глава 3. Социальное медицинское страхование	288
3.1	Основы медицинского страхования, виды, международный опыт	288
3.2	Обязательное социальное медицинское страхование в Республике Казахстан	293
3.3	Добровольное медицинское страхование	299
	Глава 4. Обеспечение качества медицинской помощи	305
4.1	Понятие и критерии качества медицинской помощи	305
4.2	Система управления и оценки качества в здравоохранении	310
4.3	Обеспечение безопасности пациентов	317
	Глава 5. Цифровизация здравоохранения	324
5.1	Нормативное регулирование цифрового здравоохранения	324
5.2	Медицинские информационные системы	326
5.3	Дистанционные медицинские услуги	328
5.4	Цифровые приложения для населения. Мобильная медицина	331
5.5	Искусственный интеллект в медицине и здравоохранении	333
	Глава 6. Организация лекарственного обеспечения в РК	342
6.1	Нормативно-правовое регулирование сферы обращения лекарственных средств	342
6.2	Система обеспечения эффективности, безопасности и качества ЛС	351
6.3	Лицензирование в сфере обращения лекарственных средств	355

6.4	Организация деятельности оптовой и розничной сети в сфере обращения лекарственных средств	359
6.5	Порядок бесплатного и льготного лекарственного обеспечения	362
6.6	Правовые основы оборота лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету	367
	Заключение	374
	Приложение	376

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АСУ	Автоматизированная система управления
АПО	Амбулаторно-поликлиническая организация
АПП	Амбулаторно поликлиническая помощь
БНС АСПиР РК	Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан
БСК	Болезни системы кровоообращения
БСМП	Больница скорой медицинской помощи
ВАЗ	Всемирная ассамблея здравоохранения
ВБ	Всемирный Банк
ВИЧ/СПИД	Вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита
ВКК	Врачебно-консультативная комиссия
ВТМУ	Высокотехнологичные медицинские услуги
ВСМП	Высокоспециализированная медицинская помощь
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ВУТ	Временная утрата трудоспособности
ГСЭН	Государственный санитарно-эпидемиологический надзор
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ГЧП	Государственно-частное партнерство
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ДТМ	Детерминационная теория медицины
ЗОЖ	Здоровый образ жизни
ЕАЭС	Евразийский экономический союз
ЕИСЗ	Единая информационная система здравоохранения
ЕНСЗ	Единая национальная система здравоохранения
ЕСФДЗ	Единая система фармаконадзора и движения лекарственных средств
ЖНВЛП	Жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты
ЗОЖ	Здоровый образ жизни
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ИМН	Изделие медицинского назначения
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ИПР	Индивидуальная программа реабилитации
КЗГ	Клинико-затратная группа
КП	Клинический протокол
КДП	Консультативно-диагностическая помощь
КДУ	Консультативно-диагностические услуги
КМФК	Комитет медицинского и фармацевтического контроля
КНП	Карта наблюдения пациента

КПН	Комплексный подушевой норматив
ЛС	Лекарственные средства
ЛПО	Лечебно-профилактические организации
МА	Медицинская авиация
МГД	Мультидисциплинарная группа
МОТ	Международная организация труда
МВД	Министерство внутренних дел
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МИС	Медицинская информационная система
МКБ	Международная классификация болезней
МО	Медицинская организация
МСЭ	Медико-социальная экспертиза
МТ	Медицинские технологии
НКЦЭМ	Национальный координационный центр экстренной медицины
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НИИ	Научно-исследовательский институт
ННЦРЗ	Национальный научный центр развития здравоохранения им. С.З. Каирбековой
НПА	Нормативный правовой акт
НПО	Неправительственная организация
НППИ	Неблагоприятные проявления после иммунизации
НЦ	Научный центр
НЦПФЗОЖ	Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни
НЦЭЛС	Национальный центр экспертизы лекарственных средств и изделий
ОАС	Общий адаптационный синдром
ОБУВ	Ориентировочный безопасный уровень воздействия
ОМД	Охрана материнства и детства
ООН	Организация Объединенных Наций
ОСМС	Обязательное социальное медицинское страхование
Отдел РАГС	Отдел регистрации актов гражданского состояния
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПАВ	Психоактивные вещества
ПДК	Предельно допустимая концентрация
ПКУ	Предметно-количественный учет
ПМК	Передвижной медицинский комплекс
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПУЗ	Программа управления заболеваниями
ПХВ	Право хозяйственного ведения
РГП	Республиканское государственное предприятие
РГКП	Республиканское государственное казенное предприятие
РК	Республика Казахстан

РКБТ	Рамочная конвенция по борьбе против табака
РЭКППК	Республиканская экспертная конфликтная профпатологическая комиссия
РЦЭЗ	Республиканский центр электронного здравоохранения
СКР	Суммарный коэффициент рождаемости
СКПН	Стимулирующий компонент подушевого норматива
СМИ	Средства массовой информации
СМП	Скорая медицинская помощь
СНГ	Содружество независимых государств
СНП	Сельский населенный пункт
СМСЭС	Система мониторинга санитарно-эпидемиологической ситуации
СССР	Союз Советских Социалистических республик
СЭХ	Санитарно-эпидемиологическая характеристика
СЭЭ	Санитарно-эпидемиологическая экспертиза
США	Соединенные Штаты Америки
ТМСП	Трассовые медико-спасательные пункты
УОТ	Утрата общей трудоспособности
УПТ	Утрата профессиональной трудоспособности
ФСМС	Фонд социального медицинского страхования
ЦАРК	Центрально-Азиатский Региональный Контингент
ЭППК	Экспертная профпатологическая комиссия
eGov	Электронное правительство
EFQM	European Foundation for Quality Management – Европейский фонд по менеджменту качества
GCP	Good Clinical Practice – надлежащая клиническая практика
GDP	Good Distribution Practice – надлежащая дистрибьюторская практика
GLP	Good Laboratory Practice – надлежащая лабораторная практика
GMP	Good Manufacturing Practice – надлежащая производственная практика
GPP	Good Pharmacy Practice – надлежащая аптечная практика
JCI	Joint Commission International – Международная Объединенная Комиссия
ISO	International Organization for Standardization – Международная организация по стандартизации
ISQua	International Society for Quality in Healthcare – Международное Общество по Качеству в Здравоохранении
KPI	Key Performance Indicators – ключевые показатели эффективности деятельности
USAID	United States Agency for International Development – Агентство США по международному развитию

ВВЕДЕНИЕ

Построение современной системы здравоохранения, ориентированной на достижение мировых стандартов качества, доступности и эффективности, требуют вовлеченности в процесс всего медицинского сообщества, высокого профессионализма и максимальной отдачи. Специалисты нового поколения должны обладать системным мышлением, знаниями в области медицины, демографии, экономики, управления, информационных технологий, и быть способными комплексно решать проблемы охраны здоровья населения. В этих условиях особое значение приобретает область общественного здоровья и здравоохранения – науки и практики, направленными на улучшение здоровья населения через организованные усилия общества.

После выхода первого отечественного учебника по общественному здравоохранению [1] прошло около десяти лет, в течение которых возросли потребности общества и требования времени, что диктует необходимость обновления знаний, умений и навыков медицинских кадров, их обучения, дальнейшего развития, повышения квалификации и адаптации к новым технологиям и вызовам.

Настоящий учебник «Общественное здоровье и здравоохранение» подготовлен в соответствии с типовыми учебными программами высшего образования по медицинским и фармацевтическим специальностям, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 января 2023 года № 4. В учебнике последовательно раскрываются как теоретические основы дисциплины, включая историю, концепции, определение здоровья и его детерминант, так и практические аспекты организации системы здравоохранения, управления, профилактики, медицинского страхования и цифровизации и инновации. Особое внимание уделено актуальным проблемам современного общества – хроническим неинфекционным заболеваниям, охране материнства и детства, вопросам качества медицинской помощи и безопасности пациентов, обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия, подготовке и защите медицинских кадров.

Материалы глав подготовлены коллективом ведущих специалистов и экспертов в области общественного здоровья и здравоохранения, что позволило объединить в одном издании академический и прикладной опыт. На основе системного подхода, международного опыта, с учетом многочисленных трансформаций описан функционал понятия общественного здоровья и системы здравоохранения. В структуре глав учтены нормативные документы, последние статистические данные, а также национальные и международные подходы, обеспечивая тем самым актуальность и практическую направленность издания.

Учебник рекомендуется использовать в рамках академических программ бакалавриата, а также в системе последипломного образования, неформальном образовании и самообразовании лиц, заинтересованных в развитии здравоохранения Республики Казахстан.

Авторы надеются, что данное издание станет полезным инструментом в профессиональной подготовке и научном становлении будущих специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения и будет способствовать формированию более эффективной, справедливой и устойчивой системы охраны здоровья населения.

Авторы с благодарностью примут все рекомендации и советы по дополнению и обновлению материалов учебника, а также замечания о возможных недостатках, коррекция которых будут содействовать достижению наших общих целей и лучших результатов.

Для удобства пользователей в учебнике предусмотрено использование QR-кодов, которые размещены в конце книги в разделе «Приложения». QR-коды обеспечивают быстрый доступ к полному практикуму, включающему задачи и ответы по всем разделам учебника, а также к полному списку использованной и рекомендуемой литературы. Для использования QR-кодов необходимо открыть камеру мобильного устройства или приложение-сканер, навести на QR-код и перейти по автоматически открывшейся ссылке для просмотра или загрузки материалов. Внедрение подобных инновационных технологий в учебный процесс способствует повышению качества образования, обеспечивает интеграцию традиционных печатных форматов с электронными ресурсами и соответствует современным требованиям цифровизации медицинского образования.

Рекомендуется при изучении каждой темы внимательно анализировать представленный теоретический материал, выделяя ключевые определения и концепции, а по завершении изучения всего учебника воспользоваться разделом «Приложения» для выполнения ситуационных задач, закрепления теоретических знаний и подготовки к рубежному и итоговому контролю. Использование списка литературы позволит углубить понимание темы и подготовиться к академической, научно-исследовательской и практической деятельности.

С уважением, авторский коллектив.

Ахметов Валихан Исаевич – доктор медицинских наук, профессор, профессор Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ». Второе высшее образование – экономическое. Ведет курс лекций по экономике, менеджменту, общественному здоровью для магистрантов, докторантов, руководитель научных и исследовательских проектов. Имеет 30-летний трудовой опыт, в том числе в Администрации Президента РК, Министерствах экономики и бюджетного планирования, здравоохранения, квазигосударственном секторе (НК «Самрук-Казына»), корпоративном управлении, в медицинских организациях. Из них почти 20 лет управленческого опыта, возглавлял клиники, Центр развития здравоохранения, Национальный центр общественного здравоохранения, Комитет по контролю качества медицинских услуг, Управление здравоохранения г. Алматы, был ректором медицинского университета, председателем совета директоров в государственных и частных акционерных обществах. Консультант, эксперт международных проектов,

Всемирной организации здравоохранения по развитию ПМСП, экономике и общественному здравоохранению. Был координатором международной группы ВОЗ по подготовке и проведению юбилейной конференции, посвященной принятию Алматинской декларации 1978 года по ПМСП в г. Астана. Член президиума Международной ассоциации институтов общественного здравоохранения (с 2020 года), Международной ассоциации экономистов здравоохранения, Казахстанской ассоциации менеджмента и общественного здоровья и здравоохранения.

Камалиев Максут Адильханович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ». Имеет высокий уровень профессиональной компетентности педагога и ученого в своей специальности и научной области, подтвержденный более чем 40-летним научно-педагогическим стажем, около 500 публикациями в отечественной и зарубежных изданиях научного, методического и академического характера, включая учебник «Общественное здравоохранение», защищенными диссертациями 17 докторов и кандидатов наук, более 50 магистров, 10 свидетельствами на авторские права. Руководитель/координатор/ исполнитель многих отечественных и международных научных исследований и образовательных проектов. Занимал административные должности проректора, декана, директора департаментов. Был главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения РК, членом коллегии Управления здравоохранения г. Алматы. Участвовал в составлении многих законодательных и других нормативно-правовых актов. Автор государственных стандартов и типовых учебных программ, разделов в энциклопедических изданиях. Эксперт отраслевых органов науки и здравоохранения, международных организаций. Член редакций трех научных журналов. Имеет ведомственные награды и знаки отличия. Включен в Казахстанскую научную энциклопедию (Алматы: Қазақ энциклопедиясы, 2010), Справочник «Во имя жизни. Лучшие работники здравоохранения Республики Казах-стан» (Алматы: Ғылым, 2011), Сетевую энциклопедию «Известные ученые» (http://www.famous-scientists.ru/11721/). Председатель Совета Ассоциации менеджмента и общественного здравоохранения, член Европейской ассоциации общественного здравоохранения.

Куракбаев Куралбай – доктор медицинских наук, профессор, зав. курсом «Экономика здравоохранения и страховая медицина» Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ». Имеет большой научно-педагогический, административно-управленческий опыт работы на различных должностях,

являлся членом республиканского и региональных штабов по информационно-разъяснительной работе по обязательному социальному медицинскому страхованию (ОСМС), член Общественно-консультативного совета фонда ОСМС, членом рабочей комиссии Мажилиса Парламента по разработке проекта Закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения». Имеет более 170 научных публикаций, в том числе несколько учебно-методических пособий и пять монографии, являлся соавтором учебника «Общественное здравоохранение». Подготовил 14 докторов и кандидатов медицинских наук, PhD. Награжден ведомственными наградами Министерства здравоохранения, юбилейными медалями к 20-летию Республики Казахстан, 30-летию Республики Казахстан, орденами «Құрмет» и «Барыс» 3 степени, является победителем конкурса «Жаңа Қазақстанның 100 есімі».

Дюсенов Расул Серикович – магистр делового администрирования (MBA), бакалавр по специальности «юриспруденция». Директор ТОО «Медицинский лазерный центр», исполнительный директор ОИПиЮЛ «Ассоциация клиник Алматы», член Президиума Общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов РК, член Казахстанской ассоциации дерматологов и дерматокосметологов, обладатель нагрудных знаков «Денсаулық сақтау ісінің үздігі» и «Алтын Дәрігер», благодарственных писем Руководителя Администрации Президента РК, заместителя Премьер-министра РК, Председателя Правления НПП «Атамекен».

Бримжанова Маржан Дихановна – PhD, ассоциированный профессор, советник ректора, доцент курса «Экономика здравоохранения и страховая медицина» Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ». Имеет более 20 лет опыта в системе здравоохранения, включая педагогическую, экспертную и клиническую деятельность. Эксперт ГУП ОЗ при УМО РУМС, тестолог Национального центра независимой экспертизы знаний. Активно участвует в разработке/пересмотре нормативных документов Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Национальный тренер ряда стратегических проектов МЗ РК в области внутреннего аудита, управления качеством и внедрения ОСМС. Награждена знаками отличия: «Денсаулық сақтау ісінің үздігі», «Алтын дәрігер» и «За вклад в развитие здравоохранения».

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. Правовые основы общественного здравоохранения

Право на охрану здоровья является приоритетным направлением в развитии социальной сферы любого государства. В развитых странах основными принципами охраны здоровья граждан являются соблюдение прав человека в сфере здоровья, приоритет интересов пациента, защита детей, социальная поддержка при утрате здоровья и профилактика заболеваний. Важна также защита окружающей среды, создание безопасных условий труда и доступность качественных лекарств и продуктов питания.

Охрана здоровья населения Республики Казахстан регулируется Конституцией и законодательными актами, а также нормативно-правовыми документами уполномоченного органа в области здравоохранения.

Особо следует отметить, что процесс становления системы здравоохранения в периоды независимости Казахстана происходил в сложных политических и социально-экономических условиях 90-х годов. Кроме того, становление системы здравоохранения страны, где кардинально сменилась формация с одного вида на другой, происходило на ранних этапах перехода к рыночной экономике, в условиях острого дефицита финансовых, материальных и кадровых ресурсов (Жаппарова А.С. 2021г).

В сложных условиях в 1993 году независимый Казахстан принял свою первую Конституцию и взял курс для построения новой модели развития страны.

Конституция является правовым актом высшей юридической силы государства, закрепляющим основы политической, экономической и правовой систем данного государства, основы правового статуса государства и личности, их права и обязанности.

Статья 29 Конституции РК посвящена охране здоровья населения страны:

1. Граждане РК имеют право на охрану здоровья;

2. Граждане Республики вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом;

3. Получение платной медицинской помощи в государственных и частных лечебных учреждениях, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой, производится на основаниях и в порядке, установленных законом.

В последующим были приняты ряд законодательных о подзаконные акты, целью которых в области здравоохранения является обеспечение реализации гражданами права на охрану здоровья, включая доступную и качественную медицинскую помощь для сохранения и укрепления здоровья населения Республики Казахстан. Задачей законодательства Республики Казахстан в области здравоохранения является создание правовых условий, направленных на улучшение здоровья граждан Республики Казахстан.

В 2009 году был принят «Кодекс РК о здоровье народа и системе здравоохранения» (далее по тексту Кодекс), с последующими изменениями и дополнениями. В настоящее время действует Кодекс Республики Казахстан в новой редакции, принятый от 7 июля 2020 года № 360-VI.

Кодекс (лат. Codex – книга) – законодательный акт, содержащий систематизированные нормы какой-либо отрасли или нескольких отраслей. Структура Кодекса часто отражает систему отрасли. Часто Кодексы в системе права занимают первичное значение по сравнению с другими нормативными актами.

Развитие системы здравоохранения потребовало переосмысления ряда вопросов практического здравоохранения и их законодательного закрепления. Кодекс о здоровье 2009 г. заложил основы формирования нового «медицинского» законодательства.

Кодекс о здоровье 2009 г. утратил свою силу после принятия 7 июля 2020 г. нового Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс о здоровье 2020 г.) и вступления его в действие. В статье 3 Кодекса о здоровье 2020 г., определено, что «Настоящий Кодекс регулирует общественные отношения в области здравоохранения в целях реализации конституционного права граждан Республики Казахстан на охрану здоровья». Иными словами, предметом медицинского права можно считать общественные отношения в области здравоохранения. Оказание медицинской помощи – это всегда двусторонний процесс, который требует соответствующего регулирования.

В Кодексе переработаны полномочия и компетенция Правительства Республики Казахстан, уполномоченного органа в области здравоохранения, компетенция центральных исполнительных органов и иных центральных государственных органов, местных представительных и исполнительных органов областей, городов республиканского значения и столицы. Во 2-ой главе Кодекса описаны принципы государственной политики в области здравоохранения, основы государственного регулирования, компетенции Правительства РК, уполномоченного органа, местных органов власти.

В соответствии со статьей 5, основными принципами правового регулирование отношений в области здравоохранения являются:

- обеспечения равенства прав граждан Республики Казахстан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи;
- солидарной ответственности государства, работодателей и лиц за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья;
- обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- отнесения здоровья населения к факторам обеспечения национальной безопасности;
- обеспечения доступности безопасных, качественных и эффективных лекарственных средств, медицинских изделий и их рационального использования;
-социальной ориентированности здравоохранения, направленной на удовлетворение потребностей, нужд населения и улучшение качества жизни;
- приоритетности профилактической направленности в деятельности системы здравоохранения, содействия в формировании здорового образа жизни и здорового питания;

- доступности медицинской помощи и постоянного повышения качества медицинской помощи;

- обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- обеспечения непрерывности и преемственности образовательной деятельности в области здравоохранения с использованием современных технологий обучения;

- государственной поддержки отечественной медицинской и фармацевтической науки, внедрения передовых достижений науки и техники в области профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, инновационных разработок новых лекарственных средств и технологий, а также мирового опыта в области здравоохранения;

- государственной поддержки отечественных разработок и развития конкурентоспособной медицинской и фармацевтической промышленности;

- расширения возможностей общества в вопросах охраны здоровья, охвата мероприятиями по охране и укреплению здоровья всех категорий и групп населения.

При этом, государственное регулирование в области здравоохранения осуществляется путем проведения: государственного контроля за медицинской, фармацевтической деятельностью и государственного санитарно-эпидемиологического надзора; лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности; аккредитации в области здравоохранения; аттестации в области здравоохранения; государственного регулирования цен на лекарственные средства (далее ЛС) и медицинские услуги, оказываемые государственными организациями здравоохранения, и др.

Уполномоченный орган в области здравоохранения в Республике Казахстан (Министерство здравоохранения) отвечает за формирование и реализацию государственной политики в сфере охраны здоровья граждан. Он также осуществляет координацию и надзор в сфере здравоохранения, включая медицинские услуги, лекарства, обеспечение доступности и качества медицинских услуг, санитарно-эпидемиологическое благополучие и биологическую безопасность, подготовку медицинских кадров:

Субъектами здравоохранения являются организации здравоохранения, а также физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью.

Государственный сектор здравоохранения состоит из государственных органов в области здравоохранения, организаций здравоохранения, основанных на праве государственной собственности, а также военно-медицинских (медицинских) подразделений и организаций, осуществляющих экспертизы в сфере судебной медицины (судебно-медицинские, судебно-наркологические, судебно-психиатрические).

Негосударственный сектор здравоохранения состоит из организаций здравоохранения, основанных на праве частной собственности, а также физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью.

Вопросы лицензирования и уведомления, информатизации в области здравоохранения получили закрепление в Кодексе о здоровье 2020 г. в самостоятельных главах о разрешительных процедурах и уведомительном порядке, цифровом здравоохранении.

В действующий Кодекс вошли и иные главы, ранее не предусмотренные в Кодексе о здоровье 2009 г. За гражданами был расширен круг прав, которыми они обладали при получении медицинской помощи. Они получили возможность свободного выбора не только врача, но и медицинской организации. Была закреплена возможность получения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи как из средств республиканского и местного бюджетов, так и из средств Фонда обязательного социального медицинского страхования, получение медицинской помощи за пределами Республики Казахстан за счет бюджетных средств при наличии показаний в порядке, определяемом уполномоченным органом.

Гражданам Республики Казахстан гарантируется защита от любых форм дискриминации и стигматизации, обусловленных наличием у них каких-либо заболеваний и состояний, защиту своих прав и законных интересов в области охраны здоровья в соответствии с законодательством Республики Казахстан, а также иные права в соответствии с законами Республики Казахстан.

Граждане при получении медицинской помощи наделялись не только правами, но и обязанностями, в частности принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья.

В целях повышение статуса медицинского работника, в Кодексе о здоровье 2020 г. было введение самостоятельной главы 30 «Статус медицинских и фармацевтических работников», в которую включены нормы об их правах и обязанностях, социальных гарантиях и защищенности, тайне медицинского работника, Кодексе чести. Законодательные документы предусматривают правовые основы статуса медицинских и фармацевтических работников и их права, социальную защиту медицинских и фармацевтических работников. С принятием нового Кодекса о здоровье 2020 г. ситуация, описываемая ранее как медицинская ошибка, получила новое определение – «медицинский инцидент» (п. 5 ст. 270). Под ним понимают событие, при котором оказание медицинской помощи проводится в соответствии с утвержденными стандартами, использованием оборудования, медицинской техники, но привходящие сторонние обстоятельства, не связанные с медицинской деятельностью, обусловленные отклонением от нормального функционирования организма, наносят вред здоровью или жизни пациента. Между медицинским инцидентом, как непреступным поведением, и случаями ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским работником, как уголовно наказуемых деяний, грань очень тонкая. Правовое закрепление такого понятия можно рассматривать как юридическое решение вопроса о виновности или невиновности причинения вреда при осуществлении медицинской деятельности. Это обеспечивает юридическое основание для реализации права медицинского работника на страхование профессиональной ответственности за причинение

вреда жизни и здоровью пациента при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника, разграничении преступного и непреступного характера действий [1].

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством Республики Казахстан и иными нормативными правовыми актами, в том числе на:

- создание соответствующих условий для выполнения работником трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимыми медицинскими изделиями в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан;
- страхование профессиональной ответственности медицинских работников на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании ими медицинской помощи;
- возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью при исполнении должностных обязанностей, в соответствии с законодательством Республики Казахстан [2]

В Кодексе даны правовые основы организации медицинской помощи населению, определены виды медицинской деятельности, содержание и порядок получения 5 их видов (доврачебная, квалифицированная, специализированная, высокоспециализированная медицинская помощь и медико-социальная помощь) и 12 форм (ПМСП, консультативно-диагностическая, стационарная, стационарозамещающая, скорая медицинская помощь, санитарная авиация и др.) медицинской помощи.

Отдельные разделы Кодекса предусматривает права и обязанности граждан в сфере охраны репродуктивных прав; охрана здоровья женщин в период беременности, родов и после родов; лечение бесплодия; репродуктивные методы и технологии; суррогатное материнство и др.

Следующие главы Кодекса, учитывая важность социально-значимых заболеваний, направлены на оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом, оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД, оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

В отдельную главу выделено оказание медицинской помощи отдельным категориям граждан, включая военнослужащих, космонавтов, сотрудников правоохранительных органов, членов их семей и пенсионеров этих органов, спортсменов и др. категорий.

Большой раздел Кодекса полностью посвящена деятельности в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (глава 11 настоящего учебника). Борьба с COVID-19 дала основание расширить полномочия Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан в случае угрозы возникновения эпидемий, инфекционных заболеваний, что нашло закрепление в ст. 104.

В разделе 2 Кодекса о здоровье 2020 г особое внимание уделяется охране общественного здоровья, приводится основные моменты сохранения и

укрепления общественного и индивидуального здоровья населения, которые более подробно будут описаны в других главах данного учебника. Они следующие: цель и виды профилактики заболеваний; формирование ЗОЖ; медицинские осмотры; проведение профилактических прививок; профилактика неинфекционных заболеваний, в том числе профессиональных, и травматизма; профилактика зависимости от психоактивных веществ; профилактика и ограничение табакокурения, алкоголизма; профилактика железодефицитных состояний и йододефицитных заболеваний.

Главы 27 и 28 посвящены правовым основам фармацевтической деятельности и обращению лекарственных средств и медицинских изделии. Особо обращено, что производство лекарственных средств и медицинских изделий, а также

ввозимые лекарственные средства должны соответствовать требований надлежащей производственной практики (GMP) Республики Казахстан и (или) Евразийского экономического союза и заявленной при государственной регистрации, перерегистрации и внесении изменений в регистрационное досье лекарственного средства (ст. 231), порядок оптовой и розничной реализации лекарственных средств и медицинских изделий

Говоря о роли международных документов в области охраны здоровья, надо отметить, что базовыми документами являются Всеобщая декларация прав человека 1948 г., которая гарантирует каждому человеку «такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам»

Приоритетами международного сотрудничества в области здравоохранения являются:

1) защита интересов граждан Республики Казахстан и интересов Республики Казахстан в области здравоохранения;

2) участие в международных инициативах в области здравоохранения;

3) привлечение инвестиций и оказание технической помощи в области здравоохранения на межгосударственном уровне;

4) оказание медицинской помощи иностранцам, лицам без гражданства;

5) повышение уровня оказания медицинской помощи путем внедрения международных инновационных технологий и модернизации системы здравоохранения;

6) интеграция в мировую медицинскую и фармацевтическую науку;

7) содействие решению вопросов обеспечения медицинской помощью трудовых мигрантов;

8) межгосударственное взаимодействие по вопросам образовательной деятельности в области здравоохранения, подготовки и повышения квалификации медицинских кадров на основе современных достижений науки и практики;

9) оказание и получение международной помощи в области здравоохранения при возникновении чрезвычайных ситуаций;

10) обмен информацией, технологиями с иностранными государствами и международными организациями в сфере обращения лекарственных средств, медицинских изделий и гармонизация требований к безопасности и качеству фармацевтической и медицинской продукции;

11) санитарная охрана границ в соответствии с требованиями международных медико-санитарных правил, обеспечение безопасности ввозимой продукции.

В заключительном разделе приводится ответственность за нарушение законодательства РК в области здравоохранения и настоящего Кодекса. Потому что, как мы можем предположить, права человека, в комплексном соотношении можно понимать как нечто, определяющее базовые нормы, необходимые для того, чтобы жить с чувством достоинства, также их универсальность вытекает из обеспечения права на охрану здоровья, что в свою очередь является необходимым условием развития личности каждого казахстанца, гарантией эффективной реализации их основных конституционных прав, в том числе права на жизнь, права на труд, а также играет важную роль для обеспечения и определения дальнейших направлений развития отечественной отрасли здравоохранения. Можно сказать, что уже есть положительная динамика в данной отрасли, к примеру, согласно рейтингу стран мира по уровню здравоохранения, составленному крупнейшей в мире базой данных, «за 2022 год Казахстан занял 58-е место в рейтинге среди 95 стран» [3].

Тем самым, Казахстан подтверждает свою приверженность определению ООН о том, что ключевые элементы устойчивого развития – это обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех людей в любом возрасте. Обеспечение доступной и эффективной системы здравоохранения, способствующей улучшению, поддержанию и восстановлению здоровья людей, а также благополучие нынешних и будущих поколений определены одними из общенациональных приоритетов государственной политики страны до 2025 года.

Реализация среднесрочных целей в области охраны здоровья населения в рамках Национального плана развития Республики Казахстан до 2025 года предусматривает переход от традиционной системы здравоохранения к пациенто-центричной медицине, ориентированной на улучшение показателей здоровья граждан, от неравенства в качестве медицинского обслуживания между городскими и сельскими населенными пунктами к повсеместному оказанию качественных медицинских услуг.

В настоящее время на территории РК действует Концепцию развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года, в ней заложены основные приоритетные направления развития системы здравоохранения, а именно предусмотрено «увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан до 75 лет в 2025 году и повышение уровня удовлетворенности населения качеством медицинской помощи. На основе проблемных вопросов, выявленных при

анализе текущей ситуации системы здравоохранения и международного опыта определено следующее видение развития сферы здравоохранения страны, на достижение которого будут способствовать результаты реализации данной Концепции:

– конкурентоспособная система здравоохранения с устойчивой системой финансирования, обеспечивающая равный доступ к качественным медицинским услугам на основе персонализированного подхода диагностики и лечения с компетентным, мотивированным, юридически защищенным медицинским персоналом;

– сельское здравоохранение, обеспечивающее широкий доступ населения к медицинским услугам, на основе развитой инфраструктуры, современных технологий и интеграции в единую информационную систему здравоохранения;

– специализированная помощь населению с применением инновационных технологий и развитой сетью методологических центров компетенций по всем направлениям отрасли;

– отечественное фармацевтическое производство инновационных лекарственных препаратов на основе клинических исследований и национальная санитарно-эпидемиологическая служба, которые обеспечивают внутреннюю потребность, независимость от мирового фармацевтического рынка и биобезопасность населения.

В ноябре 2015 г. был принят Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» (далее – Закон об ОСМС). Настоящим Законом закреплены принципы страховой медицины, одним из которых является принцип солидарной ответственности государства, работодателей и граждан; закреплены права и обязанности застрахованных; определены размеры взносов и отчислений в Фонд социального медицинского страхования; уточнен перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). У пациентов появилась возможность получать медицинскую помощь в рамках ГОБМП и системы ОСМС. С учетом внесенных изменений в законодательство получателями медицинских услуг как по пакету ГОБМП, так и по пакету ОСМС стали не только граждане Казахстана и оралманы (кандасы), но также и иностранцы, и лица без гражданства, постоянно проживающих на территории Республики Казахстан. Это был заметный шаг вперед, адаптации системы здравоохранения к рыночным принципам и обеспечения социальной защиты населения в получении медицинской помощи в рыночных условиях.

19 апреля 2024 года принят Закон РК № 74-VIII ЗРК «О внесений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения» по внедрению системы юридической и финансовой защиты и повышению ответственности медицинских работников, а также по принятию системных мер по профилактике и борьбе с распространением среди молодежи никотиносодержащих веществ.

Законом внедрено страхование профессиональной ответственности медицинских работников. Объектом страхования профессиональной ответственности медицинских работников являются имущественные интересы

медицинских работников, связанные с возмещением вреда, причиненного жизни и здоровью пациента в результате осуществления медицинской деятельности. Страхование поможет медицинским работникам ответить на финансовые претензии пациентов, если в результате медицинской ошибки произошёл негативный исход лечения. Это снизит риски и укрепит доверие к медицинскому сообществу. Он также обеспечит защиту пациентов, в случае негативных последствий медицинского вмешательства, пациенты могут получить финансовую компенсацию от страховой компании, что значительно улучшит защиту их прав и обеспечит справедливую компенсацию за ущерб.

Страхование стимулирует врачей к более ответственному и качественному подходу к лечению, поскольку они будут осознавать финансовую ответственность за свои действия. Это будет способствовать снижению риска неправомерных претензий. Введение страхования снизит количество безосновательных исков к врачам, так как решение споров будет проходить через страховую компанию.

Таким образом, законодательство в сфере охраны здоровья не является статичным, а динамично развивается.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение Конституции?
2. Перечислите основные положения статьи 29 Конституции РК?
3. Дайте определение Кодекса?
4. Перечислите принципы государственной политики в области здравоохранения Казахстана?
5. Кто осуществляет государственное регулирование в области здравоохранения Казахстана?
6. Какие концептуальные документы определяют перспективы развития здравоохранения?
7. Перечислите основные права и обязанности медицинских и фармацевтических работников?
8. Перечислите основные права пациентов?
9. Дайте определение медицинскому инциденту и юридические основы применения на практике медицинских работников?
10. Что такое страхование профессиональной ответственности медицинских работников?
11. Основные принципы обязательного медицинского страхования и что подразумевается под солидарной ответственностью?
12. Что включает страхование профессиональной ответственности медицинских работников?

1.2. Принципы, виды и формы медицинской помощи населению.

В современных условиях отношений в Казахстане здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его

возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. Отрасль здравоохранения, представляющая собой единую развитую социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одной из основных и приоритетных в Республике с точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения [3].

Основами Государственной политики в области здравоохранения являются обеспечение равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной и доступной медицинской помощью, солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья и отнесения здоровья населения к факторам обеспечения национальной безопасности.

Медицинская помощь предоставляется в следующих формах:

1) экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний, требующих безотлагательного медицинского вмешательства для предотвращения существенного вреда здоровью и (или) устранения угрозы жизни;

2) неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний, не представляющих явную угрозу жизни пациента;

3) плановая – медицинская помощь, оказываемая при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, а также при проведении профилактических мероприятий.

В Республике Казахстан установлена трехуровневая система оказания медицинской помощи:

1) первичный уровень – уровень оказания медицинской помощи специалистами первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных, стационарозамещающих условиях и на дому;

2) вторичный уровень – уровень оказания медицинской помощи профильными специалистами, осуществляющими специализированную медицинскую помощь в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, в том числе по направлению специалистов, оказывающих медицинскую помощь на первичном уровне;

3) третичный уровень - уровень оказания медицинской помощи профильными специалистами, осуществляющими специализированную медицинскую помощь с применением высокотехнологичных медицинских услуг, в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, в том числе по направлению специалистов первичного и вторичного уровней.

В соответствии с Кодексом «О здоровье и системе здравоохранения» в Республике Казахстан осуществляются следующие виды медицинской помощи:

Виды медицинской помощи

Видами медицинской помощи являются:

1) скорая медицинская помощь;

2) доврачебная медицинская помощь;

3) первичная медико-санитарная помощь;

4) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

5) медицинская реабилитация;

6) паллиативная медицинская помощь.

Скорая медицинская помощь - система организации медицинской помощи в экстренной и неотложной форме при острых заболеваниях и состояниях, угрожающих жизни, а также для предотвращения существенного вреда здоровью на месте происшествия и (или) в пути следования в медицинскую организацию.

Скорая медицинская помощь с привлечением медицинской авиации оказывается:

1) при невозможности оказания медицинской помощи из-за отсутствия медицинских изделий и (или) специалистов соответствующей квалификации в медицинской организации по месту нахождения пациента;

2) при необходимости доставки специалистов вторичного и третичного уровней оказания медицинской помощи к месту назначения;

3) для транспортировки больного в медицинские организации вторичного и третичного уровней оказания медицинской помощи при невозможности и неэффективности оказания медицинской помощи по месту нахождения пациента;

4) для транспортировки органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) для последующей трансплантации в соответствующую медицинскую организацию.

Медицинская авиация может использоваться в случаях:

1) доставки пациента, находящегося в тяжелом состоянии, из зарубежных клиник в отечественные клиники;

2) доставки пациента, нуждающегося в медицинском сопровождении, в медицинские организации по месту жительства для продолжения лечения из медицинских организаций вторичного и третичного уровней оказания медицинской помощи.

Правила оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации, утверждаются уполномоченным органом.

Доврачебная медицинская помощь - медицинская помощь, оказываемая средними медицинскими работниками самостоятельно или в составе мультидисциплинарной команды, включающая в себя пропаганду здоровья, оценку состояния пациента, постановку доврачебного диагноза, назначение плана доврачебных вмешательств, исполнение доврачебных манипуляций и процедур и уход за больными, лицами с инвалидностью и умирающими людьми.

Средние медицинские работники осуществляют медицинскую помощь согласно правилам оказания доврачебной медицинской помощи, утвержденным уполномоченным органом.

Обеспечение доступности доврачебной медицинской помощи осуществляется местными органами государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы.

Первичная медико-санитарная помощь - место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества, в том числе:

1) диагностику, лечение и управление наиболее распространенными заболеваниями;

2) профилактические осмотры целевых групп населения (детей, взрослых);

3) раннее выявление и мониторинг поведенческих факторов риска заболеваний, и обучение навыкам снижения выявленных факторов риска;

4) иммунизацию;

5) формирование и пропаганду здорового образа жизни;

6) мероприятия по охране репродуктивного здоровья;

7) наблюдение за беременными и за родильницами в послеродовом периоде;

8) санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний.

2. Принципы работы организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь:

1) семейный принцип обслуживания;

2) территориальная доступность первичной медико-санитарной помощи;

3) свободный выбор медицинской организации в пределах территориальной доступности согласно подпункту 2) пункта 2 настоящей статьи;

4) удовлетворенность пациента качеством медицинской помощи;

5) равноправие и добросовестная конкуренция независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности;

6) услуги первичной медико-санитарной помощи, охватывающие профилактику, диагностику и лечение, доступные всем пациентам независимо от их места нахождения.

3. Первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами общей практики (семейными врачами), участковыми терапевтами, педиатрами, фельдшерами, акушерами, медицинскими сестрами расширенной практики (общей практики), участковыми медицинскими сестрами, социальными работниками, психологами в области здравоохранения.

Специализированная медицинская помощь оказывается профильными специалистами при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе с использованием средств дистанционных медицинских услуг.

Специализированная медицинская помощь оказывается в виде консультативно-диагностической помощи в амбулаторных условиях, станционарозамещающей и стационарной помощи на вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи.

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи, оказываемой профильными специалистами при заболеваниях, требующих применения инновационных и (или) уникальных методов диагностики и лечения с научно доказанной эффективностью и безопасностью и технологий, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Порядок определения и перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, а также критерии, согласно которым виды высокотехнологичной медицинской помощи переходят в перечень услуг специализированной медицинской помощи, определяются уполномоченным органом.

Правила оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи утверждаются уполномоченным органом.

Медицинская реабилитация оказывается лицам с врожденными заболеваниями, после острых состояний, хирургических вмешательств, травм, а также их последствий по перечню, утвержденному уполномоченным органом.

Медицинская реабилитация лицам с врожденными заболеваниями, после острых состояний, хирургических вмешательств и травм оказывается при лечении основного заболевания в амбулаторных, стационарных, стационарозамещающих условиях медицинских организаций первичного, вторичного и третичного уровней.

Медицинская реабилитация лицам, содержащимся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, оказывается после острых состояний, хирургических вмешательств, травм, а также их последствий по перечню, определяемому уполномоченным органом.

Медицинская реабилитация врожденных заболеваний, последствий острых состояний, хирургических вмешательств и травм оказывается с учетом реабилитационного потенциала в соответствии с медицинской частью индивидуальной программы реабилитации пациента в амбулаторных, стационарных, стационарозамещающих условиях медицинских организаций первичного, вторичного и третичного уровней, а также на дому и в санаторно-курортных организациях в порядке, определенном уполномоченным органом.

5. Медицинская абилитация - процесс медицинской реабилитации, направленный на приобретение или компенсацию несформированных функций и навыков детей с инвалидностью и интеграцию их в общество. Медицинская абилитация проводится детям с врожденными функциональными ограничениями до достижения ими возраста трех лет.

Паллиативная помощь - комплекс услуг, направленных на улучшение качества жизни пациентов с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями (состояниями), а также их семей и ухаживающих лиц, включающий медицинские, специальные социальные услуги, духовную поддержку.

Паллиативная медицинская помощь - комплекс медицинских услуг, направленных на облегчение боли и тяжелых проявлений заболевания

(состояния) неизлечимо больного пациента при отсутствии показаний к проведению радикального лечения.

Паллиативная медицинская помощь оказывается на основании стандарта в области здравоохранения, утверждаемого уполномоченным органом.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение первой помощи пострадавшему?
2. Какие функции возлагаются парамедикам?
3. Перечислите виды медицинской помощи в Республике Казахстан?
4. Дайте определение уровням оказания медицинской помощи?
5. Дайте определение доврачебной медицинской помощи?
6. Принципы работы организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь?
7. Дайте определение медико-социальная помощь?
8. В каких формах может осуществляться медицинская помощь?
9. Что включает в себя специализированная медицинская помощь?
10. Дайте определение паллиативной медицинской помощи?

1.3. Организация первичной медико-санитарной помощи

1.3.1. ПМСП в Республике Казахстан

Основные принципы политики в области первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан были сформулированы в международной конференции ВОЗ в Алматы (1978) и впервые введено понятие «первичная медико-санитарная помощь» (ПМСП) [4].

В Алма-Атинской декларации (1978) записано: «Первичная медико-санитарная помощь является основным направлением здравоохранения, основанным на практических, научно одобренных и социально приемлемых методах и технологиях, финансово доступным в такой мере, чтобы общество и государство могли обеспечить поддержание каждой стадии своего развития и быть при этом уверенным в своих силах и праве на самоопределение».

Первичная медико-санитарная помощь включает следующие элементы:

- просвещение, касающееся наиболее распространенных проблем здоровья;
- методы профилактики заболеваний и контроль за здоровьем;
- содействие обеспечению доброкачественного водоснабжения и осуществления основных санитарных мер;
- охрана материнства и детства, включая планирования семьи;
- иммунизация против основных инфекционных заболеваний;
- приемлемое лечение наиболее распространенных заболеваний и травм;
- снабжение основными лекарственными средствами.

В соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № ҚР ДСМ-90 ПМСП оказывается врачами общей практики (семейными врачами), участковыми терапевтами, педиатрами, фельдшерами, акушерами, медицинскими сестрами расширенной практики (общей практики), участковыми медицинскими сестрами, социальными

работниками, психологами в области здравоохранения в соответствии с пунктом 3 статьи 123 Кодекса.

Согласно пункту 2 статьи 123 Кодекса организации ПМСП осуществляют работу по следующим принципам:

1) семейный принцип обслуживания;

2) территориальная доступность ПМСП;

3) свободный выбор медицинской организации в пределах территориальной доступности;

4) удовлетворенность пациента качеством медицинской помощи;

5) равноправие и добросовестная конкуренция независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности;

6) услуги ПМСП, охватывающие профилактику, диагностику и лечение, доступные всем пациентам независимо от их места нахождения.

ПМСП оказывается в соответствии со Стандартами организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан, утвержденной приказами Министра здравоохранения Республики Казахстан № 49 от 30 марта 2023 года “Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан” и

№ ҚР ДСМ-90 "Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи".

Организации ПМСП функционируют как самостоятельные центры, так в составе многопрофильных медицинских организаций, оказывающих амбулаторные и поликлинические услуги (АПО).

ПМСП населению предоставляется:

1) на дому в населенных пунктах без помещения;

2) в медицинском пункте;

3) в фельдшерско-акушерском пункте;

4) во врачебной амбулатории,

5) в центре первичной медико-санитарной помощи

6) в районной поликлинике;

7) в номерной районной поликлинике;

8) в городской поликлинике.

Количество прикрепленного населения на одного врача общей практики за исключением сельских медицинских организаций, оказывающих ПМСП не превышает 1 700 человек смешанного населения, участкового терапевта 2 200 человек, участкового педиатра – 500 детей от 0 до 6 лет, 900 детей от 7 до 18 лет.

ПМСП оказывается в соответствии со стандартами (справочники услуг, операций и манипуляций, медикаментов и изделий медицинского назначения), утвержденными уполномоченным органом в области здравоохранения (далее - уполномоченный орган).

ПМСП включает:

1) доврачебную медицинскую помощь, которая оказывается средними медицинскими работниками (участковая медицинская сестра (медицинская сестра общей практики), фельдшер, акушер) при заболеваниях или в случаях, не

требующих участия врача по перечню медицинских услуг, оказываемых медицинскими работниками ПМСП (фельдшер, акушер, медицинская сестра со средним и (или) высшим медицинским образованием);

2) квалифицированную медицинскую помощь, которая оказывается врачом общей практики, участковым врачом-терапевтом и (или) педиатром по перечню медицинских услуг, оказываемых врачами ПМСП (врач общей практики, участковый врач терапевт и (или) участковый педиатр);

3) медико-социальная помощь, которая оказывается социальным работником и психологом в области здравоохранения по перечню услуг социального работника и психолога организации ПМСП.

Организация ПМСП обеспечивает прикрепленному населению оказание специализированной медицинской помощи, в том числе путем заключения поставщиком договора соисполнения с соисполнителями, включенными в базу данных субъектов здравоохранения.

Специалисты ПМСП оказывают услуги:

1) профилактические;

2) диагностические;

3) лечебные;

4) по экспертизе временной нетрудоспособности.

Профилактические услуги включают: профилактические осмотры, иммунизацию, формирование и пропаганду здорового образа жизни, рекомендации по рациональному и здоровому питанию, планирование семьи, диспансеризацию и динамическое наблюдение, патронаж беременных, детей, в том числе новорожденных, социально-психологическое консультирование.

Диагностические услуги включают: осмотр специалистом ПМСП, лабораторные и инструментальные исследования.

Лечебные услуги включают: оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, лечебные манипуляции в соответствии со стандартами в области здравоохранения, обеспечение отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными или льготными лекарственными средствами и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне.

ПМСП оказывается гражданам:

1) независимо от факта прикрепления в случае оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

2) в плановом порядке - по прикреплению, предварительной записи или обращению.

Доступности амбулаторно-поликлинической помощи способствует широкая сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, действующих на территории Казахстана и ее бесплатность по основным видам в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Гарантированный объем амбулаторной бесплатной медицинской помощи включает:

- оказание первичной медико-санитарной помощи населению;
- оказание скорой и неотложной медицинской помощи;
- оказание медицинской помощи лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, по перечню, устанавливаемому Правительством Республики Казахстан;
- дополнительные виды медицинской помощи, принимаемые в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

В Казахстане внедрена модель оказания медицинской помощи мультидисциплинарными командами, состоящими из врачей общей практики, медицинских сестер, социальных работников и психологов и профильных специалистов соответствующего направления. Таким образом, **мультидисциплинарная команда** – это группа специалистов, которые объединены решением одной задачи на совместно согласованных принципах.

В целях развития и внедрения инновационных технологий в организациях ПМСП, семейного принципа междисциплинарной команды специалистов ПМСП и эффективной профилактической работы населением с учетом опыта демонстрационной платформы Всемирной организации здравоохранения в Казахстане созданы Центры лучших практик

Центры лучших практик – организация здравоохранения или структурное подразделение организации здравоохранения, осуществляющая комплексную медицинскую, социальную и психологическую помощь, деятельность которой характеризуется высоким уровнем оказания качественных услуг, комплексностью, безопасностью, доступностью, результативностью и экономической эффективностью, применением инновационных технологий, заботой о здоровье человека, улучшенными показателями здоровья и удовлетворенностью населения.

В Казахстане развиваются Центров лучших практик ПМСП – организаций с усиленными процессами по выявлению ранних стадий заболеваний, в том числе онкологических, повышению медицинской грамотности и ответственности за свое здоровье у населения. В ЦЛП активно ведут работу мультидисциплинарные команды, значительный акцент уделяется ментальному здоровью населения. Особое внимание уделяется детям и подросткам, для чего в ЦЛП функционируют молодежные центры здоровья, оказывающие услуги по сохранению и укреплению психо логического и репродуктивного здоровья молодых людей. Внедряются такие практики, как механизм информирования, общественного мониторинга и обратной связи (МИОМОС), который проводится среди населения и медицинского персонала, направленный на процессы всеобщего улучшения качества помощи в стационаре и организации первичной медико-санитарной помощи.

Центры лучших практик в каждом регионе будут выполнять ключевую роль в трансформации ПМСП на основе масштабирования эффективных, устойчивых и человекоориентированных моделей оказания медицинской помощи путем:

- реализацию, апробацию и масштабирование инновационных проектов и решений;

- развитие мультидисциплинарных команд региона с распределением функций между врачами, медсёстрами, социальными работниками и психологами;

- внедрение и распространение интероперабельных цифровых решений для повышения эффективности процессов;

- организацию профессионального развития медицинских кадров через наставничество, обучение на базе центров компетенций и обмен опытом;

- методическую поддержку медицинских организаций в адаптации и применении лучших практик с учётом региональных особенностей;

- координацию и оценку организаций здравоохранения региона для достижения национальных целей развития ПМСП. (Приказ МЗ РК № 228 от 18.04.2023)

1.3.2. ПМСП – опыт других стран для Казахстана

По определению ВОЗ, первичная медико-санитарная помощь – это удовлетворение потребностей населения (каждого лица, семьи и общины) путем предоставления медицинских услуг при первом контакте с системой здравоохранения, комплексное обслуживание, приближенное к месту жительства и работе [4].

Первичная медико-санитарная помощь представляет собой комплекс медико-санитарных, лечебных, профилактических и гигиенических мер: лечение заболеваний и травм, охрана материнства и детства, иммунизация против основных инфекционных заболеваний, профилактика эндемических болезней, планирование семьи, санитарное просвещение, формирование здорового образа жизни населения и т.д.

Следует отметить, что в странах с высоким доходом к настоящему времени сформировались 3 модели организации ПМСП:

1) иерархическая нормативная модель (the hierarchical normative model), в которой вся система здравоохранения организована вокруг ПМСП и регулируется правительством (Испания/Каталония, Финляндия, Швеция);

2) иерархическая профессиональная модель ПМСП (the hierarchical professional model), где ВОП является краеугольной основой системы здравоохранения (Австралия, Новая Зеландия, Нидерланды и Великобритания);

3) не-иерархическая профессиональная модель (the non-hierarchical professional model), в которой организация ПМСП является инициативой профессионалов здравоохранения (Германия, Канада) (BourgueilY. etal., 2009).

Гибридная форма модели характерна для Французской системы ПМСП, вначале основанной на не-иерархической профессиональной модели, она затем заимствовала организационные характеристики двух других моделей ПМСП.

Страны с иерархической нормативной моделью ПМСП имеют сходные особенности. С одной стороны, они децентрализованные, а именно, местные органы власти управляют системой предоставления медицинской помощи

(региональные власти в Каталонии, советы графств в Швеции и муниципалитеты в Финляндии). С другой стороны, национальные системы здравоохранения в этих странах финансируются за счет общего налогообложения. Распределение ресурсов на ПМСП осуществляется напрямую от местных органов власти в зависимости от их финансовых возможностей и дополнительных фондов центрального правительства, рассчитанных на пропорциональной основе. При этом также учитываются поправки на возраст, пол или заболеваемость [5].

Особо важным в этих странах является то, что организация первичной медико-санитарной помощи предусматривает широкое привлечение самого населения в укреплении здоровья через общинные центры здоровья. Эти общинные центры здоровья построены на базе организаций ПМСП, направлены на мобилизацию потенциала общины для охраны здоровья населения через комитеты и волонтеры. Знания и навыки врачей общей практики (ВОП) и парамедицинских работников высококлассные, а медицинские сестры играют значительную роль в оказании медицинской помощи. Узкие специалисты работают только в больницах. Все общинные центры здоровья, как правило, стандартизованные. В некоторых случаях, например, при оказании медицинской помощи пожилым лицам она может координироваться больничными специалистами по внутренней медицине, что ближе к местной госпитальной модели, существующей во Франции.

В иерархической профессиональной модели ПМСП (the hierarchical professional model) ВОП является краеугольной основой системы здравоохранения и играет важную роль «привратника», и данная модель, как было указано выше, существует в Австралии, Новой Зеландии, Нидерландах и Великобритании. С самого начала эти системы здравоохранения (1941 год в Нидерландах, 1948 год в Великобритании и позже в Австралии и Новой Зеландии), финансируемые, между прочим, из различных источников, признали центральную роль и миссию ВОП. Узкие специалисты, как правило, работают в больницах, за исключением Австралии. Роль «привратника», возложенная в этих системах здравоохранения на ВОП, требовала от них объединения в групповые практики для оказания качественной профилактической помощи, координации помощи и преемственности с использованием популяционного подхода.

Не-иерархическая профессиональная модель (Германия, Канада) характеризуется отсутствием каких-либо специальных глобальных проектов в области ПМСП, а также отсутствием амбулаторной помощи, организованной в соответствии с нуждами населения или региона, и преимущественным вниманием на госпитальный сектор. Системы здравоохранения этих стран характеризуются следующими особенностями: 1) существованием специализированной амбулаторной помощи напрямую доступной пациентам, 2) преобладанием соло практики по общей медицине, 3) сосуществованием различных направлений организации ПМСП с доминированием само-наемных профессионалов, оплачиваемых на основе гонорарного метода и небольшой группой центров здоровья, ориентированных для работы в плохо обслуживаемых регионах страны.

В 2000 году в Канаде была предложена новая организационная модель ПМСП, а именно, группа семейной медицины (the family medicine group). В среднем одна группа семейной медицины состояла из 10 врачей, 2 медицинских сестер и 2 администраторов и обслуживала около 15000 населения. В 2011 году в провинции работали 223 аккредитованных групп семейной медицины, приписавших более 25% населения Квебека.

В конце 1990-х и начале 2000-х годов в Онтарио (Канада) наблюдалась острая нехватка врачей на уровне ПМСП и население не имело доступа к медицинской помощи. Эта была «эра пациентов-сирот». Врачи не были удовлетворены своей работой, и они уходили в другие сектора, студенты-медики не выбирали семейную медицину. Поэтому за последние 10 лет были предприняты значительные реформы ПМСП в Онтарио, как относительно моделей предоставления медицинской помощи, так и оплаты труда врачей. Эти реформы резко повысили престиж семейного врача. Процент семейных врачей почти от нулевого уровня в 2000 году превысил 70% в новых моделях ПМСП в 2011 году.

Новая модель ПМСП в Онтарио состояла из 5 компонентов: 1) регистрация пациентов, 2) расширенный доступ, в том числе во внеурочное время, 3) основная компенсация (подушная, оплата за услугу), 4) стимулы к повышению качества (профилактическая помощь, управление хроническими заболеваниями) и 5) меж-дисциплинарные команды.

В конце XX и в начале XXI веков в ряде развитых странах мира (Австралия, Великобритания, США) была разработана концепция состояний (болезней), «чувствительных» к первичной медико-санитарной и амбулаторной помощи.

В Австралии под состояниями (болезнями), «чувствительными» к первичной медико-санитарной и амбулаторной помощи, понимаются такие состояния, при которых можно было избежать госпитализации при надлежащей профилактике и раннем управлении болезнью, обычно предоставляемой ПМСП, например ВОП, или общинным центром здоровья. Они могут использоваться как индикаторы оценки адекватности, эффективности и качества ПМСП.

К состояниям, «чувствительным» к первичной медико-санитарной и амбулаторной помощи, относятся стенокардия, бронхиальная астма, ХОБЛ, застойная сердечная недостаточность, сахарный диабет и артериальная гипертензия [6].

В таблице 1 представлены отдельные состояния, «чувствительные» к ПМСП и амбулаторной помощи, в США, Австралии и Великобритании.

Таблица 1. Отдельные состояния, «чувствительные» к ПМСП и амбулаторной помощи в США, Австралии и Великобритании (Will J., Yoon P., 2013).

Агентство США по исследованиям и качеству здравоохранения	**Викторианский отдел общественного здравоохранения (Австралия)**	**Национальная система здравоохранения (Великобритания)**
Астма у взрослых	Стенокардия	Стенокардия

Стенокардия	Аппендицит	Астма
Бактериальная пневмония	Астма	Целлюлит
ХОБЛ	Целлюлит	Застойная сердечная недостаточность
Застойная сердечная недостаточность	ХОБЛ	Конвульсии и эпилепсии
Дегидратация	Застойная сердечная недостаточность	ХОБЛ
Диабет – долговременные осложнения	Конвульсии и эпилепсии	Дегидратация и гастроэнтерит
Диабет – ампутация нижних конечностей	Дегидратация и гастроэнтерит	Заболевания зубов
Диабет - кратковременные осложнения	Заболевания зубов	Осложнения диабета
Гипертония	Осложнения диабета	Инфекции уха, горла и носа
Низкая масса при рождении	Инфекции уха, горла и носа	Гангрена
Астма у детей	Гангрена	Гипертония
Гастроэнтерит у детей	Гипертония	Грипп и пневмония
Перфорация аппендикса	Грипп и пневмония	Железодефицитная анемия
Неконтролируемый диабет	Железодефицитная анемия	Дефицит питания
Инфекции мочеполовых путей	Дефицит питания	Другие вакцинно-управляемые болезни
	Другие вакцинно-управляемые болезни	Воспаления органов малого таза
	Воспаления органов малого таза	Перфорация/кровотечение язвы
	Перфорация/кровотечение язвы	Пиелонефрит
	Пиелонефрит	

Из данных таблицы 7 следует, что за небольшими исключениями, отдельные состояния, «чувствительные» к ПМСП и амбулаторной помощи в США, Австралии и Великобритании практически сходны, что свидетельствует о

едином подходе указанных стран к диагностике, лечению, профилактике и контролю этих состояний.

Как показывает опыт стран Европы, организация ПМСП по принципу ОВП/СМ дает лучшие результаты, способствуя внедрению профилактических мер и снижению заболеваемости и смертности от хронических заболеваний. В настоящее время в странах Европы наблюдается увеличение числа ВОП и развитие мультидисциплинарных команд в системе ПМСП. В высокоразвитых странах систем здравоохранения ежегодно увеличивается потенциал ПМСП, а количество мероприятий, передаваемых в первичную помощь, продолжает расти. Ожидается, что удельный вес ВОП в системе участковой службы вырастет с 13,4% (2014-2016 гг.) до 60% в 2024 г. и до 100% в 2035 г. [7].

Иными словами, модель оказания помощи – это эволюционирующее представление о том, каким образом должны предоставляться услуги и какими должны быть ответные изменения в процессах предоставления услуг. В странах мира модели организации первичной помощи различаются из-за того, что их эволюция проходила в разных условиях: по-разному формировались национальные системы здравоохранения, отличались социальные, экономические и культурные обстоятельства. Как мы видели, понимание того, что такое ПМСП, происходит по-разному в разных странах. Процесс теоретизации концепции ПМСМ, предложенной ВОЗ, в том числе описание различных структурных элементов и моделей ПМСП в глобальном масштабе и в рамках отдельных стран, школ и направлений, не доведен до логического завершения, и среди ученых продолжается обсуждение терминологии и понятийного аппарата.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение первичной медико-санитарной помощи по ВОЗ.
2. Какой комплекс медико - санитарных, лечебных, профилактических и гигиенических мер предоставляется на уровне ПМСП?
3. Что включает в себя амбулаторно-поликлиническая помощь?
4. Что включает модель оказания медицинской помощи мультидисциплинарными командами?
5. Перечислите уровни оказания ПМСП населению?
6. Перечислите основные принципы оказания ПМСП населению?
7. Перечислите основные меры по развитию ПМСП?
8. Какие есть нормативы обеспечения населения ВОП?
9. Дайте характеристику Центрам лучших практик?
10. Перечислите 3 основные модели организации ПМСП в странах с высоким доходом?
11. Перечислите основные характеристики моделей ПМСП в странах с высоким доходом?
12. Какие заболевания относятся к состояниям, «чувствительным» к первичной медико-санитарной помощи?

1.4. Амбулаторно-поликлиническая помощь населению

Амбулаторно-поликлиническая помощь – самый массовый и доступный вид медицинской помощи и ежегодно ее получают около 80% всех больных. В среднем в течение года на каждого жителя приходится около 6,5-7,5 посещений в поликлинику [8].

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает первичную медико-санитарную, квалифицированную и специализированную медицинскую помощь, которая может быть оказана без госпитализации гражданина.

Доступности амбулаторно-поликлинической помощи способствует широкая сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, действующих на территории Казахстана и ее бесплатность по основным видам в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Для данного вида медицинской помощи характерны следующие особенности:

- большая часть амбулаторно-поликлинических учреждений оказывает первичную медико-социальную помощь и обеспечивает медицинскую помощь преимущественно по месту жительства с учетом интересов граждан;
- проблемы здоровья населения (лечение, профилактика и др.) решаются либо в самих учреждениях, либо оказывается помощь на дому;
- амбулаторно-поликлиническая помощь гарантирована Конституцией РК, законами и многими законодательными актами.

В соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 октября 2020 года № ҚР ДСМ-133/2020 утвержден Государственный норматив сети организаций здравоохранения.

на районном уровне:

1) организации здравоохранения и (или) их структурные подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

медицинский пункт, создаваемый в каждом населенном пункте (сельском округе) с численностью населения от 50 (пятьдесят) до 500 (пятьсот) человек;

фельдшерско-акушерский пункт, создаваемый в каждом населенном пункте (сельском округе) с численностью населения от 500 (пятьсот) до 1500 (одна тысяча пятьсот) человек;

врачебная амбулатория, создаваемая в населенном пункте (сельском округе) с численностью прикрепленного населения от 1500 (одна тысяча пятьсот) до 5 000 (пять тысяч) человек;

центр первичной медико-санитарной помощи, создаваемый в населенном пункте (сельском округе) с численностью прикрепленного населения от 5 000 (пять тысяч) до 30 000 (тридцать тысяч) человек;

районная поликлиника, создаваемая в районном центре в составе районной или многопрофильной центральной районной больницы;

номерная районная поликлиника, создаваемая при районной больнице в районе, имеющем сельские населенные пункты с численностью населения от 30 000 (тридцать тысяч) и выше;

Скорая медицинская помощь организовывается в форме структурного подразделения областной станции скорой медицинской помощи;

Медицинский пункт, фельдшерско-акушерский пункт, врачебная амбулатория, сельская поликлиника создаются в сельских населенных пунктах (далее – СНП) как структурные подразделения районной поликлиники.

На городском уровне:

1) организации здравоохранения и (или) их структурные подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

врачебная амбулатория, создаваемая в городах в пределах зоны территориального обслуживания с численностью прикрепленного населения от 1 500 (одна тысяча пятьсот) до 10 000 (десять тысяч) человек;

центр первичной медико-санитарной помощи, создаваемый в городах в пределах зоны территориального обслуживания с численностью прикрепленного населения от 10 000 (десять тысяч) до 30 000 (тридцать тысяч) человек;

городская поликлиника, создаваемая в городах в пределах зоны территориального обслуживания с численностью прикрепленного населения более 30 000 (тридцать тысяч) человек, но не менее одной ГП;

первичный центр психического здоровья создается как структурное подразделение центра психического здоровья с расположением в ГП с численностью прикрепленного населения от 60 000 (шестьдесят тысяч) человек и выше, в том числе для обслуживания населения одной или нескольких близлежащих организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

консультативно-диагностический центр как структурное подразделение многопрофильной больницы или городской поликлиники (одна на 200 000 (двести тысяч) населения) в городах республиканского значения и столице;

молодежный центр здоровья;

В городах врачебная амбулатория создается как структурное подразделение городской поликлиники.

В настоящее время основными направлениями развития амбулаторно-поликлинической помощи в соответствии с Государственными Программами развития здравоохранения предусмотрены:

1. Повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан.

2. Дальнейшее укрепление здоровья населения и снижение уровня основных (социально-значимых) заболеваний с акцентом на усиление профилактических мероприятий, скрининговые исследования и стимулирование здорового образа жизни.

3. Формирование эффективной системы здравоохранения, основанной на приоритетном развитии ПМСП.

4. Совершенствование системы управления и менеджмента в отрасли здравоохранения.

5. Расширение функции врачей, сестринской практики, сближение деятельности медицинской сестры и врача с делегированием части врачебных полномочий медицинским сестрам.

6. Совершенствование механизмов финансирования здравоохранения.

7. Обеспечение высокого качества и доступности медицинской помощи.

8. Внедрение интегрированной модели оказания медицинской помощи. Интегрированная модель оказания медицинской помощи - модель организации оказания комплекса медицинских и социальных услуг на протяжении жизни человека для предупреждения, своевременного выявления, лечения и снижения риска развития осложнений заболевания с целью увеличения продолжительности жизни.

Интегрированная модель оказания медицинской помощи реализуется путем мультидисциплинарного подхода в соответствии со стандартами и правилами оказания медицинской помощи.

Организация работы поликлиники (задачи, структура, содержание и особенности).

Современная поликлиника является крупным многопрофильным специализированным лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для оказания медицинской помощи, осуществлению комплекса профилактических мероприятий по оздоровлению населения и предупреждению заболеваний.

Структура поликлиники определяется ее мощностью и численностью прикрепленного населения, при этом она может зависеть от структуры и плотности населения, состояния здоровья прикрепленного контингента, сложившихся на территории особенностей организации и управления лечебно-профилактической помощью и определяется в соответствии с приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 марта 2023 года № 49. Стандарт организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан современная поликлиника имеет следующую структуру:

- Центр семейного здоровья (отделение общеврачебной практики/участковой службы);
- Отделение профилактики и социально-психологической помощи;
- Отделение консультативно-диагностической помощи;
- Вспомогательные подразделения

Основными задачами амбулаторно-поликлинических организации (АПО) являются:

- обеспечение доступности и качества медицинской помощи;
- оказание доврачебной, квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи населению;
- организация и проведение комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения;
- организация и осуществление динамического наблюдения за лицами, страдающими хроническими заболеваниями;

- совершенствование деятельности и внедрение новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;

- обеспечение преемственности с другими организациями здравоохранения и межведомственного взаимодействия.

Общие принципы работы поликлиники.

Основными принципами амбулаторно-поликлинической помощи являются:

- участковый принцип;
- доступность;
- профилактическая направленность;
- преемственность и взаимосвязь в лечебно-профилактической деятельности;

Участковый принцип на основе свободы выбора врача.

В целях обеспечения возрастающих требований населения в соблюдении прав граждан и их суверенитета, прав участия в формировании политики здравоохранения, в мировой практике широко используется практика обеспечения прав граждан на свободный выбор врача и медицинских организации. Это является важной концепцией, позволяющей изучать отношение потребителей к системам здравоохранения, независимо от того, финансируются ли они государством или другими формами. Это направлено на обеспечение индивидуального выбора и принципов рыночной конкуренции.

Прикрепление граждан к организациям ПМСП осуществляется по месту постоянного или временного проживания, работы, учебы, с учетом права свободного выбора врача, медицинской организации в пределах одной административно-территориальной единицы.

Гражданин прикрепляется только к одной организации ПМСП.

Изменение прикрепления граждан к организациям ПМСП осуществляется:

1) при изменении постоянного или временного проживания, работы или учебы, а также в случаях реорганизации или ликвидации организации ПМСП;

2) не чаще одного раза в год при свободном выборе гражданином врача и медицинской организации.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках (поликлиниках) составляют:

- 1 должность врача общей практики на 1700 человек населения (взрослых и детей).

До полного замещения врачами общей практики:

- 1 должность участкового врача на 2200 человек взрослого населения;
- 1 должность участкового педиатра на 900 человек детского населения;

Кроме того, 1 должность врача акушер-гинеколога на 3300 женщин фертильного возраста; 3 должности на 1 должность врача общей практики. 2 должности на 1 должность врача участкового терапевта или педиатра

Профилактическая направленность амбулаторно-поликлинической помощи выражается прежде всего в реализации государственных программ, в том числе «Саламатты Казахстан»:

- профилактические осмотры контингентов, подверженных воздействию факторов риска (групп риска), с использованием скрининг-методов;

- профилактические медицинские осмотры декретированных контингентов населения, в том числе по договорам;

Центр семейного здоровья

Врачебная амбулатория (Центр семейного здоровья) (далее – ЦСЗ) является самостоятельным юридическим лицом или структурным подразделением поликлиники, оказывающим ПМСП (доврачебную, квалифицированную). Центр семейного здоровья оказывает ПМСП (доврачебную, квалифицированную) населению в амбулаторных условиях, на дому, дневном стационаре, стационаре на дому.

Центр семейного здоровья имеет в своем составе:

- дневной стационар;

- отделение профилактики и социально-психологической помощи.

Специалисты отделения профилактики и социально-психологической помощи оказывают профилактические услуги в рамках ПМСП, социальные и психологические услуги населению в амбулаторных условиях, на дому.

Профилактические медицинские осмотры целевых групп населения – это скрининговые осмотры, направленные на выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения.

Скрининговые осмотры целевых групп взрослого населения в различные возрастные периоды жизни (осмотр специалистами, лабораторные и инструментальные исследования) направлены на раннее выявление и предупреждение:

1) основных болезней системы кровообращения – артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца;

2) сахарного диабета среди мужчин и женщин;

3) предопухолевых, злокачественных новообразований шейки матки среди женщин;

4) предопухолевых, злокачественных новообразований молочной железы среди женщин;

5) глаукомы среди мужчин и женщин;

6) предопухолевых, злокачественных новообразований толстой и прямой кишки среди мужчин и женщин.

Скрининговые осмотры детского населения направлены на профилактику, раннее выявление и предупреждение заболеваний, развитие которых связано с особенностями анатомо-физиологического развития в различные возрастные периоды жизни, в том числе в подростковом периоде.

Скрининговые осмотры целевых групп детского населения в различные возрастные периоды жизни (осмотр специалистами, лабораторные и инструментальные исследования) осуществляются в соответствии с

периодичностью проведения скрининговых осмотров целевых групп детского населения согласно Правилам, утвержденным уполномоченным органом.

По окончании скринингового осмотра детей и подростков врачом педиатром, подростковым врачом, врачом общей практики, с учетом заключения профильных специалистов и лабораторно-диагностических исследований, проводится комплексная оценка состояния здоровья детей с определением следующих «групп здоровья»:

I группа – здоровые дети;

II группа – здоровые дети, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям, с наличием факторов риска;

III группа – дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма;

IV группа – дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями;

V группа – дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма.

В целях усиление социальной направленности ПМСП был разработан профессиональный стандарт "Социальный работник в области здравоохранения", который утвержден приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 августа 2023 года № 146.

В настоящее время основными направлениями развития амбулаторно-поликлинической помощи в соответствии с государственными программами развития здравоохранения предусмотрены:

1. Повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан.
2. Дальнейшее укрепление здоровья населения и снижение уровня основных (социально-значимымых) заболеваний с акцентом на усиление профилактических мероприятий, скрининговые исследования и стимулирование здорового образа жизни.
3. Формирование эффективной системы здравоохранения, основанной на приоритетном развитии ПМСП.
4. Совершенствование системы управления и менеджмента в отрасли здравоохранения.
5. Расширение функции врачей, сестринской практики, сближение деятельности медицинской сестры и врача с делегированием части врачебных полномочий медицинским сестрам.
6. Совершенствование механизмов финансирования здравоохранения.
7. Обеспечение высокого качества и доступности медицинской помощи.

Контрольные вопросы:

1. Когда и где были сформулированы основные принципы политики в области первично медико-санитарной помощи в Республике Казахстан?

2. Какие элементы включает первичная медико-санитарная помощь?

3. Перечислите услуги оказывающие специалисты ПМСП?

4. Что включают профилактические услуги?

5. Что включают диагностические услуги?

6. Что включают лечебные услуги?

7. Что включает гарантированный объем амбулаторной бесплатной медицинской помощи?

8. Как проводится организация поликлиники?

9. Что является основными задачами амбулаторно-поликлинических организации?

1.5. Консультативно-диагностическая помощь

Консультативно-диагностическая помощь (КДП) – это специализированная или высокоспециализированная медицинская помощь без круглосуточного медицинского наблюдения.

Специализированная медицинская помощь – это медицинская помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях в виде консультативно – диагностической помощи (КДП) оказывается профильными специалистами при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения, медицинской реабилитации. КДП организуется в соответствии с потребностями населения в ее оказании, с учетом заболеваемости и смертности, половозрастного состава населения, его плотности, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения. Оказание консультативно-диагностической помощи регулируется Приказом Министерство здравоохранения РК от 27 апреля 2022 года № ҚР ДСМ-37 “Об утверждении правил оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях”.

Специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях включает:

1) перечень медицинских услуг, оказываемых в рамках ГОБМП и в системе ОСМС согласно Правилам оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях”;

2) перечень медицинских услуг, оказываемых в рамках добровольного медицинского страхования, устанавливаемой страховой организацией по согласованию со страховой организацией;

Специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС оказывается в плановом порядке на первичном, вторичном и третичном уровне оказания медицинской помощи по направлению специалистов, оказывающих медицинскую помощь на первичном и вторичном уровне в соответствии с поводами обращения для направления на специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях [9]. В целях обеспечения доступности специализированной медицинской помощи

населению в амбулаторных условиях в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС предусмотрено оказание этой помощи без направления специалистов первичного и вторичного уровня в следующих случаях:

1) при неотложных состояниях и травмах, в том числе офтальмологической, оториноларингологической и других травм;

2) при обращении пациента по поводу оказания экстренной и плановой стоматологической помощи;

3) при обращении пациента к профильному специалисту по поводу заболеваний дерматовенерологического профиля;

4) при обращении пациента к акушер-гинекологу, за исключением случаев постановки на учет по беременности и психологу по месту прикрепления;

5) при обращении пациента к профильному специалисту по поводу подозрения на заболевание онкологического и гематологического профиля;

6) при обращении пациента (самообращение) в молодежные центры здоровья;

7) при обращении пациента к профильному специалисту в организацию здравоохранения по профилю заболевания динамического наблюдения;

8) при обращении супружеских пар к профильному специалисту в организацию здравоохранения по поводу прегравидарной подготовки при планировании беременности в текущем году.

Специализированная медицинская помощь оказывается:

1) консультативно-диагностическими центрами;

2) консультативно-диагностическими отделениями поликлиник.

3) профильными специалистами центров ПМСП.

Направление на получение специализированной медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, оказываемой профильными специалистами третичного уровня, осуществляется в случае:

- дифференциальной диагностики сложных, неясных случаев для верификации диагноза;
- диагностики редко встречающихся, орфанных заболеваний;
- решения спорных случаев определения тактики ведения, лечения, а также экспертной оценки нетрудоспособности;
- определения наличия показаний для направления на лечение за рубеж;
- определения тактики ведения и лечения пациентов в случаях частых рецидивов заболевания и декомпенсации;
- диагностики и лечения при неэффективности проводимых лечебных мероприятий на уровне ПМСП.

В целях обеспечения доступности населения специализированной медицинской помощи и преемственности первичной-медико-санитарной помощи реализуется новая модель ПМСП, которая предусматривает расширение функции врачей общей практики и средних медицинских работников, внедрение новых форм финансирования на основе комплексного подушевого норматива.

Расширение функции медицинского персонала на уровне организации ПМСП обусловливает сокращение ряда видов специализированной

медицинской помощи на уровне профильных специалистов. Для обеспечения финансирования измененных видов медицинских услуг, внедряется новая форма финансирования амбулаторно-поликлинических услуг на основе комплексного подушевого норматива, позволяющее организации ПМСП выступать в роли фондодержателя, а консультативно-диагностические центры будут финансироваться по дополнительным договорам с ними на оказания дополнительных видов медицинских услуг по направлению специалистов организации ПМСП.

Направление на дорогостоящие диагностические исследования в рамках ГОБМП социально уязвимым категориям населения осуществляются по направлению специалистов АПО по согласованию с заведующими отделений консультативно-диагностической помощи и общей врачебной практики /участковой службы.

При направлении на консультативно-диагностическую помощь врач первичной медико-санитарной помощи или другой профильный специалист оформляет направление, выписку из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного с указанием клинического диагноза и результатов лабораторных и инструментальных исследований (форма № 027/у).

Врач первичной медико-санитарной помощи или другой профильный специалист осуществляет дальнейшее наблюдение за пациентом после получения консультативно-диагностического заключения в соответствии с рекомендациями профильного специалиста, оказавшего консультативно-диагностическую помощь.

Современная медицина располагает большими возможностями для диагностики заболеваний, более широкое развитие получает инструментальная диагностика.

Инструментальная диагностика – это комплекс методов медицинского обследования, основанных на применении специализированных технических средств для визуализации и анализа состояния внутренних органов и систем организма. Инструментальные методы составляют важный раздел комплексного обследования пациентов при различных заболеваниях. Последние десятилетия знаменуются значительным прогрессом методов диагностики. Расширение объемов диагностической помощи обусловлено активным развитием системы ОСМС. Консультативно-диагностические услуги за период 2019-2023 годы увеличились в 8 раз, КТ и МРТ – 6 раз, ПЭТ 3,6 раза.

Таблица 2 – Использование комплекса современных диагностических технологий [11].

	Диагностические специальности	Основные диагностические субдисциплины
	Лучевая диагностика	Рентгенология, радиология, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, магнитно - резонансная томография, ПЭТ

	Функциональная диагностика	Функциональная диагностика кардиореспираторной системы, нейрофизиология
	Эндоскопия	
	Лабораторная диагностика	Гаметология, клиническая химия,цитология, молекулярная диагностика, иммунология, генетика
	Микробиология	Бактериология, вирусология, паразитология

Число представленных диагностических дисциплин определяет не столько абстрактный уровень его возможностей, сколько степень минимально целесообразной рациональной концентрации специалистов и оборудования, создающая удобство для направляющих врачей лечебной сети.

Последние годы развитие получает организация диагностических центров. Такая форма организации позволяет концентрировать производительное оборудование для эффективного и массового выполнения исследований в рамках 1-2 диагностических субдисциплин.

Существует ряд общих принципов централизованной организации диагностической помощи, способствующих их эффективному функционированию. К числу этих принципов относятся (таблица 2):

1) использование комплекса современных диагностических технологий;

2) бесперебойное выполнение диагностических исследований;

3) концентрация специалистов и высокий уровень качества исследований (специализация сотрудников, логистика, технология, обучение, внедрение, контроль качества, работа с ЛПУ);

4) эффективная работа с клиницистами;

5) доступность диагностического сервиса для пациентов (расстояние, длительность ожидания, стоимость тестов и т.д.) [10].

В настоящее время в Казахстане создаются условия для успешной работы врачей амбулаторного звена – планомерно повышается уровень финансирования амбулаторно-поликлинических организаций, улучшается менеджмент, для обеспечения расширяющихся функций первичного звена вводятся дополнительные кадровые ресурсы.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение специализированной медицинской (КДП) помощи?
2. Порядок оказание специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях?
3. Где можно получить специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях?
4. Перечислите случаи оказание специализированной медицинской помощи без направления врачей общей практики?

5. Какими нормативными документами регулируется организация специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях?

6. Какие диагностические методы используются в современных условиях?

7. Что такое инструментальная диагностика?

8. Основные принципы централизации диагностических служб?

1.6. Организация стационарозамещающей помощи

Одна из возможных альтернатив приему в стационар – предоставление специализированной медицинской помощи вне больничных стен, оказание относительно интенсивного ухода в домашних условиях.

Примерно с начала 90-х годов в Казахстане наблюдается внедрение стационарозамещающих технологий лечения и форм полустационарной помощи, так в стационарах и поликлиниках начинается развертывание коек дневного пребывания, стационаров на дому, на селе менее интенсивными темпами, чем в городах.

Б.В. Жалковский и Л.И. Лейбман (1990) разделяют всех больных терапевтического профиля, направляемых в дневной стационар, на четыре основных группы:

- гастроэнтерологическую, наиболее многочисленную, к которой были отнесены пациенты с хроническими заболеваниями печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы в стадии обострения, с остаточными явлениями острых вирусных гепатитов А и В;
- пульмонологическую, включающую обструктивные бронхиты и бронхиальную астму в подострой стадии болезни;
- нефрологическую, включающую пациентов с явлениями хронической почечной недостаточности разной степен тяжести, разной степени выраженности и разной этиологии;
- кардиологическую, включающую ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь разной степени течения болезни и разной степени нарушения кровообращения [13].

Организация стационарозамещающей помощи регулируется Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 июня 2023 года № 106. «Об утверждении стандарта оказания медицинской помощи в стационарозамещающих условиях в Республике Казахстан».

Стационарозамещающая помощь - форма предоставления доврачебной, квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи с медицинским наблюдением продолжительностью от четырех до восьми часов в течение дня.

Медицинская помощь в стационарозамещающих условиях оказывается:

1) в рамках ГОБМП;

2) в системе ОСМС;

3) на платной основе.

Дневной стационар – структурное подразделение медицинской организации, оказывающее стационарозамещающую помощь населению;

Стационар на дому – оказание стационарозамещающей помощи населению на дому.

Стационарозамещающая помощь включает:

1) Консультации профильных специалистов по медицинским показаниям;

2) Диагностические услуги, в том числе лабораторные и патологоанатомические (гистологические исследования операционного и биопсийного материала, цитологические исследования) согласно протоколам диагностики и лечения;

3) Лечение основного заболевания, послужившего причиной стационарозамещающей терапии, с использованием лекарственных средств, медицинских изделий, путем проведения медицинских манипуляций и хирургических операций;

4) Проведение гемодиализа и перитонеального диализа;

5) Проведение химио - и лучевой терапии;

6) Медицинскую реабилитацию;

7) Организацию стационара на дому при острых и хронических состояниях, которые не позволяют пациенту самостоятельно посетить поликлинику;

8) организацию паллиативной помощи и сестринского ухода;

Стационарозамещающая помощь в специализированных медицинских организациях и (или) отделениях соответствующего профиля оказывается пациенту по заключению специалиста со следующими заболеваниями:

1) психическое расстройство и расстройство поведения, связанное субпотреблением психоактивных веществ

2) злокачественные новообразования;

3) инфекционные и паразитарные заболевания (кишечные инфекции, бактериальные зоонозы, вакциноуправляемые инфекции);

4) туберкулез при наличии условий изоляции пациента и БК (-);

5) кожные (контагиозные дерматозы, инфестации) и венерические заболевания.

Создание стационарозаменяющих форм организации и оказания медицинской помощи, в частности, стационаров дневного или ночного пребывания или стационаров на дому, позволяющих проводить в амбулаторных условиях диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия тем больным, которые до этого нуждались в госпитализации, является одним из прогрессивных методов организации работы, способствующей повышению уровня амбулаторно-поликлинической помощи, а также рациональному использованию коечного фонда стационаров.

Стационарозамещающая помощь в дневных стационарах предоставляется организациями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую, стационарную помощь, в стационарах на дому – организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь.

Стационарозамещающая помощь в рамках ГОБМП и ОСМС предоставляется в условиях дневного стационара и стационара на дому по

направлению медицинских работников с высшим медицинским образованием организаций здравоохранения.

Развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи представлены в таблице 3.

Отмечается, что развитие стационарозамещающих технологий в амбулаторно-поликлинических организациях. Так, в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических организациях в 2019г. пролечено 599182 больных, а в 2024 году – 680 976, количество больных, получивших лечения в стационарах на дому, остается низкой.

Таблица 3 – Основные показатели дневных стационаров и стационаров на дому.

№	**Формы организации**	**Годы**					
		2019	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
	В амбулаторно-поликлинических организациях						
1.1.	Количество	1454	1814	1 458	1 410	1 486	1 435
1.2.	Число коек	14865	15560	15 001	15 205	16 128	15 548
1.3.	Пролечено больных	599182	491061	591 352	654 222	664 753	680 976
	При больничных организациях						
2.1	Количество	355	350	342	348	359	356
2.2.	Число коек	9976	10226	10 041	9 708	10 094	9 913
2.3.	Пролечено больных	391864	261128	284 643	336 825	363 410	391 809
	Дневные стационары на дому						
3.1.	Количество	475	424	365	393	325	344
3.2	Пролечено больных	53303	68521	70715	63 079	48 535	35 895

Источник: Статистические сборники «Здоровье населения Республики Казахстан» (2019-2024гг) [14].

Функции дневных стационаров могут включать:

- интенсивную медикаментозную терапию (внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции и капельные инфузии лекарственных средств);
- сложные амбулаторно-диагностические обследования, требующие использования инструментально-диагностической аппаратуры стационара;
- долечивание больных, выписанных из стационара в более ранние сроки для завершения лечения в условиях активного режима;

- полсеоперационное медицинское наблюдение за больными, оперированными в условиях стационара или поликлиники по поводу несложных хирургических вмешательств (удаления доброкачественных пухолей, вросшего ногтя, панарициев и др.);

- апробация свместно с вузами НИИ новых методик лечения и обследования больных.

Главным преимуществом дневного стационара является возможность проведения в нем комплексного лечения пациентов в амбулаторных условиях без неоправданной загрузки стационара, без отрыва пациентов от привычной домашней обстановки.

Основными задачами организации и работы дневных стационаров являются:

1. Проведение в поликлинических условиях лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на ускорение выздоровления или улучшения состояния здоровья пациентов.

2. Проведение комплексного активного лечения пациентов в объемах, оказываемых в стационарных условиях тем больным, которые по некоторым социальным причинам не могут быть госпитализированы в больницы.

3. Рациональное использование коечного фонда стационарных отделений больниц для лечения прежде всего тяжелобольных пациентов.

4. Долечивание и адаптация отдельных контингентов пациентов и после лечения в стационаре.

5. Повышение доступности плановой стационарной помощи пациентам.

6. Проведение в поликлинических условиях отдельных сложных диагностических исследований, требующих или специальной подготовки, или последующего наблюдения, осуществляемых медицинском персоналом.

7. Расширение объема хирургических вмешательств, проводимых в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений пациентам с некоторыми хирургическими и гинекологическими заболеваниями.

8. Сокращение сроков временной нетрудоспособности пациентов трудоспособного возраста по поводу наблюдаемых заболеваний.

9. Плановое профилактическое оздоровление пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, включая длительно и часто болеющих пациентов.

10. Временная госпитализация пациентов поликлиники, у которых во время оздоровления возникли неотложные состояния для оказания экстренной медицинской помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи или до полного купирования неотложного состояния.

11. Решение отдельных вопросов врачебно-трудовой и врачебно-медицинской экспертизы.

Стационарозамещающие технологии не связаны с изоляцией, с нарушением микросоциальной адаптации, легче воспринимаются больными, экономически выгодны, по эффективности уступают лечению в стационаре круглосуточного пребывания. Создаются дневные стационары и при медсанчастях.

Порядок оказания стационарозамещающей помощи.

Общими показаниями для предоставления стационарозамещающей помощи являются:

1) заболевания, требующие проведения лечебных процедур продолжительностью от четырех до восьми часов в течение дня с медицинским наблюдением;

2) заболевания, требующие продолжения лечебных мероприятий с медицинским наблюдением после выписки из круглосуточного стационара;

3) заболевания, требующие продолжения медицинской реабилитации и восстановительного лечения после стационарного лечения.

Общими противопоказаниями для предоставления стационарозамещающей помощи являются:

1) заболевания, требующие круглосуточного проведения лечебных процедур и медицинского наблюдения;

2) инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности;

Стационарозамещающая помощь оказывается в плановом и экстренном порядке. Оказание стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП в плановом порядке осуществляется при наличии у пациента направления на лечение в дневной стационар, результатов лабораторных, инструментальных исследований и консультаций профильных специалистов, необходимых для лечения данного пациента. Экстренная стационарозамещающая помощь оказывается без направления.

Длительность лечения с момента поступления пациента составляет:

1) в дневном стационаре не менее 3-х и не более 8 рабочих дней, за исключением пациентов, находящихся на гемодиализе, химио - и лучевой терапии, медицинской реабилитации и восстановительном лечении;

2) в стационаре на дому не менее 3 рабочих дней и при острых заболеваниях не более 5 рабочих дней, при обострении хронических заболеваний не более 8 рабочих дней;

3) кратковременное пребывание в дневном стационаре больных до 3-х рабочих дней с хирургической патологией, после проведенной операции на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Дети до трех лет госпитализируются в дневной стационар совместно с матерью (отцом) или иным лицом, непосредственно осуществляющим уход за ним.

Чрезвычайно важна стационарозаменяющая медицинская помощь в тех лечебно-профилактических организациях, где отсутствуют стационары и широко применяются хирургические вмешательства, требующие медицинского наблюдения в течение дня.

Дневной стационар хирургического профиля на базе многопрофильной поликлиники осуществляет активное выявление больных, нуждающихся в хирургической помощи, определяются показания и проводятся хирургические вмешательства с последующим наблюдением в раннем послеоперационном периоде. В дневном стационаре выполняются многие проктологические операции, проводятся эндоскопические полипэктомии с применением

электрокоагуляции и лазерного устройства. За время работы дневного стационара не было случаев осложнений, требующих экстренных хирургических вмешательств, не проводилась госпитализация его пациентов в стационар круглосуточного функционирования.

Медицинская эффективность работы дневного стационара зависит от достигаемых результатов лечебного процесса. Она включает в себя:

- исходы лечения у выписанных больных (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение);
- сокращение (но это не самоцель!) сроков лечения пациентов; инструментальных исследований, для которых пациент должен быть госпитализирован в круглосуточный стационар;
- интенсивное лечение основного и сопутствующего заболеваний;
- снижение частоты обострения заболеваний;
- увеличение числа оздоровленных диспансерных больных

Социальная эффективность работы дневных стационаров напрямую связана с теми условиями, в которых организовано лечение пациентов. Среди этих условий можно выделить:

- возможность вести активный образ жизни;
- отсутствие особенностей и сложностей госпитальных условий;
- сохранение привычного пациенту режима, домашнего окружения и пищи (так называемая «терапия средой»);
- более быстрое возвращение пациентов к трудовой деятельности, потенциальная возможность лечения без прекращения наблюдения.

Экономическая эффективность работы дневных стационаров проводится путем расчетов и сравнения отдельных экономических показателей:

- средних сроков временной нетрудоспособности у пациентов, лечившихся в ДС и стационаре круглосуточного пребывания;
- стоимости одного дня пребывания пациента в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания.
- на макроуровне – в виде снижения потребности населения в круглосуточном стационарном лечении:

В структуре оказания медицинской помощи должны произойти следующие преобразования, связанные с перераспределением медицинской помощи:

- из сектора стационарной помощи в сектор амбулаторной помощи;
- из круглосуточного стационара в дневной стационар;
- из специализированной службы амбулаторной помощи в первичное звено медико-санитарной помощи;
- из организаций, оказывающих высоко специализированную и высокотехнологическую помощь, в организации, оказывающих специализированную медицинскую помощь;
- из мелких диагностических подразделений к централизованным службам, способным эффективно использовать дорогостоящую диагностическую технику.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «стационарозамещающая помощь»?
2. Перечислите основные задачи организации и работы дневных стационаров?
3. Каков порядок оказания стационарозамещающей помощи?
4. Перечислите общие показаниями и противопоказания для предоставления стационарозамещающей помощи?
5. Какова длительность лечения пациента при стационарозамещающей помощи?
6. Дайте определение понятию «дневной стационар» и «стационар на дому»?
7. Как определяется эффективность дневных стационаров?
8. Какие структурные изменения могут быль в результате развития стационарозамещающих технологии?

1.7. Скорая медицинская помощь и медицинская авиация

Скорая медицинская помощь (СМП) – система организации медицинской помощи в экстренной и неотложной форме при острых заболеваниях и состояниях, угрожающих жизни, а также для предотвращения существенного вреда здоровью на месте происшествия и (или) в пути следования в медицинскую организацию.

Неотложная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний, не представляющих явную угрозу жизни пациента.

Медицинская авиация – предоставление скорой медицинской помощи в экстренной форме населению с привлечением воздушного транспорта;

Мобильная бригада медицинской авиации (МБМА) – структурно-функциональная единица медицинской авиации, непосредственно оказывающая скорую медицинскую помощь, а также специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь квалифицированными профильными специалистами.

Экстренная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний, требующих безотлагательного медицинского вмешательства для предотвращения существенного вреда здоровью и (или) устранения угрозы жизни.

Оказание скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации, регламентировано приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации» от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-225/2020 (с изменениями от 19 января 2023 года № 11).

Станции СМП (ССМП) областей, городов республиканского значения и столицы, приемные отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь и воздушные суда, оказывающие медицинские услуги

оснащаются медицинским оборудованием, единообразные по конструкторским и техническим характеристикам. ССМП областей, городов республиканского значения и столицы предоставляют доступ к медицинским информационным системам или обеспечивают интеграцию с медицинскими информационными системами для Координирующей организации.

Для получения государственной услуги «Вызов скорой медицинской помощи» физическое лицо (услугополучатель) звонит на номер «103» субъектов здравоохранения, оказывающих скорую медицинскую помощь (услугодатель), либо использует мобильные приложения (мессенджеры, чат-боты), в том числе с указанием геолокации.

СМП оказывается фельдшерскими и специализированными (врачебными) бригадами.

В сельских населенных пунктах для обслуживания вызовов СМП диспетчером районной подстанции ССМП привлекаются специалисты и санитарный автотранспорт ближайших медицинских организаций.

По решению местных исполнительных органов в населенных пунктах функции СМП передаются через договор соисполнения медицинским организациям или субъектам здравоохранения, имеющие лицензию на оказание скорой медицинской помощи в законном порядке.

Диспетчер ССМП принимает на пульте "103" вызовы от граждан при нарушении состояния здоровья. Время обработки вызова с момента его получения диспетчером ССМП составляет пять минут, в течение которого проводится сортировка по категории срочности вызова.

Принятые диспетчером ССМП вызовы подразделяются на 4 (четыре) категории срочности:

1) вызов 1 (первой) категории срочности – состояние пациента, представляющее непосредственную угрозу жизни, требующее оказания немедленной медицинской помощи;

2) вызов 2 (второй) категории срочности – состояние пациента, представляющее потенциальную угрозу жизни без оказания медицинской помощи;

3) вызов 3 (третьей) категории срочности – состояние пациента, представляющую потенциальную угрозу для здоровья без оказания медицинской помощи;

4) вызов 4 (четвертой) категории срочности – состояние пациента, вызванное острым заболеванием или обострением хронического заболевания, без внезапных и выраженных нарушений органов и систем, при отсутствии непосредственной и потенциальной угрозы жизни и здоровью пациента.

При поступлении вызовов 1, 2, 3 категории срочности диспетчер ССМП посредством автоматизированной системы управления передает вызова фельдшерским и специализированным (врачебным) бригадам ССМП.

Вызовы 4 категории срочности обслуживаются на уровне отделения СМП при организации ПМСП фельдшерскими бригадами. В организациях здравоохранения, оказывающих ПМСП с прикрепленным населением менее

двадцати тысяч человек, обслуживание вызовов 4 категории срочности допускается путем передачи данной услуги в аутсорсинг в медицинские организации или субъекты здравоохранения, имеющие лицензию на оказание СМП в законном порядке

Время прибытия фельдшерских и специализированных (врачебных) бригад до места нахождения пациента с момента получения вызова от диспетчера ССМП составляет:

1 категория срочности – до десяти минут;

2 категория срочности – до пятнадцати минут;

3 категория срочности – до тридцати минут;

4 категория срочности – до шестидесяти минут.

Фельдшерские и специализированные (врачебные) бригады отделения СМП при организации ПМСП оказывают медицинскую помощь лицам, находящимся в зоне обслуживания организации ПМСП круглосуточно.

При угрозе жизни и здоровью сотрудников бригад ССМП и отделения СМП при организации ПМСП обслуживание вызова осуществляется в присутствии представителей территориальных органов внутренних дел. В случае отсутствия представителей территориальных органов внутренних дел бригады ССМП и отделения СМП при организации ПМСП оповещают диспетчера о риске угрозы жизни и здоровью посредством рации и (или) мобильной связи. Дальнейшее обслуживание вызова осуществляется в присутствии представителей территориальных органов внутренних дел.

По результатам данных осмотра, инструментальной диагностики, динамики состояния пациента на фоне или после проведенных лечебных мероприятий, в соответствии с предварительным диагнозом, отражающим причины данного состояния, фельдшером или врачом бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП принимается одно из следующих решений:

- транспортировка пациента в медицинскую организацию, оказывающую стационарную помощь;
- пациент оставлен на месте вызова;
- пациент оставлен на дому (по месту проживания).

В случае оставления пациента, не нуждающегося в госпитализации, на месте вызова или на дому, бригадой ССМП или отделения СМП при организации ПМСП предоставляются медицинские рекомендации для дальнейшего обращения в организацию ПМСП (по месту жительства или прикрепления).

В случае заболевания пациента и необходимости его активного посещения на дому участковым врачом, фельдшером или врачом бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП передается информация (актив) в организацию ПМСП и заполняется сигнальный лист участковому врачу (форма № 086/у).

Бригада СМП обслуживает вызов без выписки рецептов на лекарственные средства, без выдачи листов о временной нетрудоспособности, без проведения освидетельствования факта смерти и выдачи заключения о смерти, без

проведения освидетельствования на предмет алкогольного и наркотического опьянения.

В случае принятия решения бригадой ССМП или отделения СМП при организации ПМСП о транспортировке пациента в стационар, диспетчер ССМП информирует приемное отделение стационара о доставке пациента.

Транспортировка пациента при угрозе его жизни (острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность) осуществляется в приемное отделение ближайшей медицинской организации, оказывающей экстренную стационарную медицинскую помощь.

При транспортировке пациента в стационар допускается его сопровождение (не более одного человека) в санитарном автотранспорте.

Фельдшер или врач бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП отмечает время доставки пациента в карте вызова скорой и неотложной медицинской помощи.

По прибытию в стационар, фельдшер или врач бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП передает на пост регистрации приемного отделения сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи (форма № 088/у).

После передачи пациента фельдшер или врач бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП информирует диспетчера ССМП об окончании вызова.

Время пребывания бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП в приемном отделении стационара не превышает 10 минут (время для передачи пациента врачу приемного отделения) с момента ее прибытия в стационар, за исключением случаев необходимости оказания скорой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.

После передачи бригадами СМП или отделения СМП при организации ПМСП пациента в приемное отделение стационара медицинская сестра проводит распределение поступающих пациентов (медицинскую сортировку по триаж-системе) на группы, исходя из первоочередности оказания экстренной медицинской помощи.

Медицинская сортировка по триаж-системе проводится непрерывно и преемственно. Процесс оценки состояния одного пациента занимает не более 60 секунд. По завершению оценки, пациенты помечаются цветом одной из категорий сортировки, в виде специальной цветной бирки либо цветной ленты.

Согласно медицинской сортировке, выделяют 3 группы пациентов:

- первая группа (красная зона) – пациенты, состояние которых представляет непосредственную угрозу жизни или имеющие высокий риск ухудшения и требующие экстренной медицинской помощи;

- вторая группа (желтая зона) – пациенты, состояние которых представляет потенциальную угрозу для здоровья или может прогрессировать с развитием ситуации, требующей экстренной медицинской помощи;

- третья группа (зеленая зона) – пациенты, состояние которых не представляет непосредственной угрозы для жизни и здоровья и не требует госпитализации.

По результатам медицинской сортировки по триаж-системе пациент направляется в соответствующую зону приемного отделения для врачебного осмотра.

Пациент первой группы доставляется бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение для дальнейшего получения специализированной медицинской помощи.

После стабилизации состояния пациент госпитализируется в профильное отделение стационара.

Пациент с подозрением на инфекционное заболевание помещается в бокс для мониторинга состояния и определения дальнейшей тактики ведения больного. В случае массового поступления пациентов для правильного разделения больных с подозрением на инфекционные заболевания (острые респираторные вирусные инфекции и кишечные заболевания), один из смотровых кабинетов перепрофилируется в инфекционный бокс.

При госпитализации пациента в стационар медицинская сестра заполняет медицинскую карту стационарного больного (форма № 001/у) и сопровождает пациента в профильное отделение.

При отсутствии показаний для госпитализации в стационар врач приемного отделения выдает пациенту заключение о его пребывании в приемном отделении с указанием результатов осмотров, консультаций, диагностических исследований и рекомендаций о дальнейшем лечении в условиях организации ПМСП. Одновременно медицинской сестрой направляется сообщение в регистратуру организации ПМСП о случае заболевания и оформляет сигнальный лист участковому врачу (форма № 086/у).

В целях обеспечения оперативной работы медицинского персонала, рационального использования санитарного автотранспорта и медицинского оборудования санитарный автотранспорт подразделяется на следующие классы:

Класс А: санитарный автотранспорт, предназначенный для проведения лечебных мероприятий и транспортировки пациентов, предположительно не являющихся экстренными пациентами в сопровождении медицинского персонала.

Класс В: санитарный автотранспорт, предназначенный для проведения лечебных мероприятий скорой медицинской помощи силами врачебной (фельдшерской) бригады, транспортировки и мониторинга состояния пациентов на догоспитальном этапе;

Класс С: санитарный автотранспорт (реанимобиль), предназначенный для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии силами специализированной бригады, а также транспортировки квалифицированных специалистов и (или) пациентов.

При отсутствии санитарного автотранспорта необходимого класса выезд бригады осуществляется на имеющемся свободном санитарном автотранспорте.

Выездная бригада продолжает проведение лечебных мероприятий до приезда санитарного автотранспорта необходимого класса или обеспечивает транспортировку пациента в ближайшую медицинскую организацию, оказывающую стационарную помощь.

Для обеспечения беспрепятственного проезда санитарного автотранспорта, в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Правил дорожного движения, Основных положений по допуску транспортных средств к эксплуатации, перечня оперативных и специальных служб, транспорт которых подлежит оборудованию специальными световыми и звуковыми сигналами и окраске по специальным светографическим схемам» от 13 ноября 2014 года № 1196, санитарный автотранспорт с момента выезда бригады СМП до места вызова и во время транспортировки пациента в стационар подает специальный звуковой сигнал (сирена) на максимальном уровне и включает проблесковый маячок синего и (или) красного цвета.

На санитарном автотранспорте СМП субъектов здравоохранения Республики Казахстан, относящимся к государственным юридическим лицам и (или) оказывающих услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи наносятся цветографические схемы, опознавательные знаки, надписи, специальные световые и звуковые сигналы.

В целях обеспечения безопасности пациента и персонала, санитарный автотранспорт до выпуска в обращение на заводе изготовителе проходит испытание, в том числе на столкновение, с получением сертификата соответствия транспортного средства, согласно требованиям решения Комиссии таможенного союза «О принятии технического регламента Таможенного союза "О безопасности колесных транспортных средств"» от 9 декабря 2011 года № 877.

ССМП областей, городов республиканского значения и столицы оснащаются из расчета 1 бригада на 10 тысяч и менее населения, отделения СМП при организации ПМСП – 1 бригада на 35 тысяч и менее, с учетом обращаемости населения. Санитарный автотранспорт оснащается радиосвязью и навигационной системой.

ССМП областей, городов республиканского значения и столицы обеспечиваются медицинскими изделиями и лекарственными средствами согласно приложению 5 к настоящим правилам и имеют необходимый запас.

Для обеспечения безопасности бригад СМП специалисты ССМП оснащаются мобильными камерами для аудио-видео фиксации окружающей обстановки на местах обслуживания пациентов и по ходу транспортировки пациента в стационар до передачи медицинскому персоналу приемного отделения.

Медицинскими изделиями (МИ) и лекарственными средствами (ЛС) бригада СМП обеспечивается перед вызовом дежурств. Каждый расходуемый препарат фиксируется в АСУ и комплектуется в отделе по укомплектованию медицинских ящиков или в заправочном кабинете станции/подстанции. После

передается в другую смену СМП через выписки в журнале приема передачи МИ и ЛС.

Для обеспечения доступности услуг СМП населению, по решению местных органов государственного управления здравоохранения области в труднодоступных населенных пунктах (отсутствие дорожных покрытий, горная местность, крутые подъемы, сезонные природно-климатические условия), участках, отдаленных от доступа медицинской помощи, создаются дополнительные подстанции (отделения) областных и городских ССМП.

В моногородах с численностью населения от 100 000 (сто тысяч) человек по усмотрению местных исполнительных органов организуются самостоятельные станции СМП.

Количество врачебных бригад составляет не менее 25% от общего количество бригад, в состав в которых входят:

- специализированные (врачебные) бригады интенсивной терапии, в том числе детскому населению;
- профильные бригады (кардиологические, педиатрические).

Отделение **медицинской авиации** оказывает медицинские услуги на региональном и межрегиональном уровнях посредством санитарного автотранспорта.

Основаниями для использования медицинской авиации являются:

- при невозможности оказания медицинской помощи из-за отсутствия медицинских изделий и (или) специалистов соответствующей квалификации в медицинской организации по месту нахождения пациента;
- при необходимости доставки специалистов вторичного и третичного уровней оказания медицинской помощи к месту назначения;
- для транспортировки пациента в медицинские организации вторичного и третичного уровней оказания медицинской помощи при невозможности и неэффективности оказания медицинской помощи по месту нахождения пациента;
- для транспортировки профильного специалиста по изъятию органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) для последующей трансплантации, с аэропорта до медицинской организации по месту нахождения пациента и обратно при наличии свободного санитарного автотранспорта;
- транспортировка пациента и МБМА санитарным автотранспортом с аэропорта в медицинскую организацию и обратно при выполнении заявки на воздушном судне.

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2012 года № 1724 было создано Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр санитарной авиации» (РЦСА) Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Уже в 2013 году в медицинской авиации Казахстана было 14 вертолетов ЕС-145 и два вертолета Ка-32, оснащенных современным медицинским оборудованием. Летную и техническую эксплуатацию этих вертолетов осуществляет летный и инженерно-технический состав АО «Казавиаспас». Кроме того, по линии медицинской

авиации работают 7 частных авиакомпаний с использованием вертолетов: EC-120B, EC-135, Ми-8, MD-600N, Bo-105 и самолетов: Як-40, Ан-24, Ан-28, Ан-2. Таким образом, порядка 25 единиц воздушных судов более 10 типов используются сегодня в медицинской авиации Республики Казахстан. Если в 2011 году было выполнено 323 полетов по медицинским основаниям, то в 2012 году – 1005, в 2013 году – 1355, в 2014 году – 1874, в 2015 году 2149 полетов. Почти 50% всех полетов выполнено для спасения жизни детей.

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 24 января 2019 года № 12 РЦСА был переименован в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Национальный координационный центр экстренной медицины» (НКЦЭМ) Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

НКЦЭМ обеспечивает оказание и развитие неотложной и экстренной медицинской помощи пациентам в форме медицинской авиации с целью повышения доступности, своевременности и безопасности оказываемых медицинских услуг. В 2019 году НКЦЭМ выполнил 2 369 полетов, в 2020 году – 2 185, в 2021 году – 2 586, в 2022 году – 2 357 полетов.

Предоставление медицинской помощи в форме медицинской авиации осуществляется путем доставки квалифицированного профильного специалиста к месту назначения либо транспортировки пациента в медицинские организации областей, городов республиканского значения и столицы.

Медицинская помощь в форме медицинской авиации включает консультацию с использованием дистанционных медицинских услуг с последующим предоставлением медицинского заключения, транспортировку пациента, транспортировку квалифицированного профильного специалиста с целью проведения очной консультации и (или) для проведения операции на месте.

Медицинская помощь в форме медицинской авиации оказывается на основании заключенных договоров закупа медицинских услуг между Координирующей организации и субъектами здравоохранения, а также организациями медицинского образования.

Субъекты здравоохранения и (или) организация медицинского образования для исполнения части услуг по договору закупа медицинских услуг заключают договора соисполнения со соисполнителями, имеющиеся лицензии на медицинскую деятельность и (или) приложений к ним, подтверждающих право на оказание соответствующих медицинских услуг согласно с Правилами закупа.

Дистанционные медицинские услуги организуются Координирующей организацией, субъектами здравоохранения, а также организациями медицинского образования и науки в области здравоохранения с привлечением квалифицированного профильного специалиста для получения квалифицированного медицинского заключения, определения тактики лечения и показаний в медицинской помощи в форме медицинской авиации.

Основная медицинская документация организации СМП и МА: Карта вызова бригады скорой медицинской помощи (форма № 085/у), Сигнальный

лист участковому врачу (форма № 086/у), Карта вызова мобильной бригады санитарной авиации (форма № 087/у), Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи (подшивается к истории болезни) (форма № 088/у), Журнал регистрации приема вызовов по предоставлению медицинской помощи в форме санитарной авиации (форма № 089/у), Задание на санитарный полет (форма № 090/у), Оперативная заявка № _ (форма № 091/у).

Показатели организаций скорой медицинской помощи и медицинской авиации:

Обращаемость за СМП = количество вызовов СМП х 1000 / среднегодовая численность населения. Единица измерения – промилле.

Структура обращаемости = повод вызова СМП х 100 / количество всех вызовов СМП. Единица измерения – процент.

Удельный вес необоснованных выездов = количество необоснованных вызовов СМП х 100 количество всех вызовов СМП. Единица измерения – процент.

Своевременность прибытия бригад скорой медицинской помощи (СМП) по вызовам I-III категории срочности (с момента передачи вызова бригаде СМП до момента прибытия к месту вызова (не более 15 мин) = количество вызовов I-III категории срочности, выполненных вовремя х 100 / количество всех вызовов I-III категории срочности. Единица измерения – процент.

Удельный вес вызовов, обслуженных с опозданием = число всех вызовов, обслуженных с опозданием х 100 / число всех обслуженных вызовов. Единица измерения – процент.

Удельный вес обслуженных пациентов с хроническими заболеваниями в часы работы организации ПМСП (с 8.00 до 18.00 часов) = число обслуженных СМП пациентов с хроническими заболеваниями в часы работы организации ПМСП (с 8.00 до 18.00 часов) х 100 / число всех обслуженных пациентов СМП в часы работы организации ПМСП (с 8.00 до 18.00 часов). Единица измерения – процент.

Удельный вес догоспитальной летальности = число умерших пациентов до прибытия и в присутствии бригады СМП х 100 / число пациентов, обслуженных бригадой СМП. Единица измерения – процент.

Среднее время 1-го вызова = общее время работы на линии в смену (по ленте слежения) / число выездов, выполненных за это время. Единица измерения – минуты.

Среднесуточная нагрузка одной бригады = количество вызовов / количество бригад. Единица измерения – абс. число.

Удельный вес оказанных медицинских услуг медицинской авиацией женщинам с акушерской и гинекологической патологией = число женщин с акушерской и гинекологической патологией, обслуженных медицинской авиацией х 100 / количество всех пациентов, обслуженных медицинской авиацией. Единица измерения – процент.

Удельный вес оказанных медицинских услуг медицинской авиацией с патологией новорожденных = число детей с патологией новорожденных,

обслуженных медицинской авиацией х 100 / количество всех пациентов, обслуженных медицинской авиацией. Единица измерения – процент.

Удельный вес оказанных медицинских услуг медицинской авиацией пациентам с болезнями системы кровообращения (БСК) = число пациентов с БСК, обслуженных медицинской авиацией х 100 / количество всех пациентов, обслуженных медицинской авиацией. Единица измерения – процент.

Удельный вес оказанных медицинской авиацией транспортировок = число транспортировок х 100 / количество всех медицинских услуг, обслуженных медицинской авиацией. Единица измерения – процент.

Удельный вес проведенных специалистами медицинской авиации операций = число проведенных специалистами санитарной авиации операций х 100 / количество всех пациентов, обслуженных медицинской авиацией. Единица измерения – процент.

В Казахстане в 2023 г. служба СМП представлена 20 самостоятельными станциями, 95 городскими подстанциями и 283 районными отделениями. В областных/городских станциях СМП функционируют 1 514 выездных бригад СМП в одну смену, из них 279 (18,4%) специализированные (врачебные) и 1 235 (81,6%) фельдшерских бригад. Соотношение врачебных и фельдшерских бригад станций СМП составляет 18/82. В городских отделениях СМП функционируют 935 бригад, в районных – 579 бригад. Для обслуживания вызовов 4 категории срочности по республике в отделениях СМП при организации ПМСП функционируют 466 бригад из них в городских отделениях функционируют 260 бригад, в районных отделениях – 206 бригад.

Информация по классам санитарного автотранспорта выглядит следующим образом:

Класс А – 227 единиц, из них 72 единицы в городе и 155 единиц в районных отделениях СМП;

Класс В – 1 595 единиц, из них 921 единица в городе и 674 единицы в районных отделениях СМП;

Класс С – 679 реанимобилей, из них 541 реанимобиль в городе и 138 реанимобилей в районных отделениях СМП.

Структура вызовов за 2023 год в разрезе категорий срочности:

- доля вызовов 1 категории срочности увеличилась и составила в отчетном периоде 424 917 вызовов (5%), (за 2022 г. – 417 165 (4,9%);

- доля вызовов 2 категории срочности увеличилась и составила в отчетном периоде 2 381 210 вызовов (27,8%), за 2022 г. – 2 299 839 (27,1%);

- доля вызовов 3 категории увеличилась и составила в отчетном периоде 2 608 014 вызовов (30,4%), за 2022 г. – 2 540 500 (30%);

- доля вызовов 4 категории срочности уменьшилась и составила – 3 154 620 (36,8%), за 2022 г. – 3 224 869 (38%).

В 2023 г. уменьшилась доля вызовов 4 категории срочности, обслуженных бригадами СМП при организациях ПМСП, на 4,8%, что составила 2 229 221 вызов (70,7%), за 2022 г. – 2 434 197 (75,5%).

Доля вызовов, выполненных с опозданием, увеличилась на 0,7% и составила 342 786 (4%) (за 2022 г. – 277 882 (3,3%).

Показатель догоспитальной смертности увеличился на 0,03% и составил 0,46% (2022 г. – 0,43%).

Среднее время вызова от приема вызова до передачи бригаде СМП по 1 категории срочности составляет 1,7 минут, по 2 категории срочности – 2,5 минут, по 3 категории срочности – 4 минуты, по 4 категории – 8,3 минуты. Среднее время доезда бригады СМП с момента поступления вызова на «103» до доезда к пациенту по 1 категории срочности – 9,3 минуты, по 2 категории срочности – 12,4 минуты, по 3 категории срочности – 16,8 минут, по 4 категории– 24,2 минуты. Время нахождения на вызове бригады СМП по 1 категории срочности – 29,2 минуты, по 2 категории срочности – 29,7 минут, по 3 категории – 26,5 минут и по 4 категории – 23,7 минут.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «скорая медицинская помощь».
2. Что является основанием для оказания СМП?
3. Какие бывают выездные бригады СМП?
4. Перечислите функции диспетчера организации СМП.
5. Какое решение может принять выездная бригада СМП?
6. Какой порядок доставка для осмотра и госпитализации нуждающегося пациента?
7. Перечислите основную медицинскую документацию организации СМП.
8. Дайте определение понятию «медицинская помощь в форме медицинской авиации.
9. Какие бывают мобильные бригады медицинской авиации?
10. Как осуществляется координация деятельности организаций СМП и МА?

1.8. Организация стационарной помощи населению

1.8.1. Основы организации стационарной помощи населению.

Больница – это «учреждение, предоставляющее койки, питание и постоянный медицинский уход для своих больных, пока их лечат профессиональные врачи» (Miller, 1997).

Больница – это комплексное учреждение здравоохранения, оказывающее все виды лечебно-диагностической, специализированной и высококвалифицированной стационарной помощи населению при наиболее тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению (В.З. Кучеренко 2011).

Специализированная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая профильными специалистами при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации;

Высокоспециализированная медицинская помощь (далее - ВСМП) – медицинская помощь, оказываемая профильными специалистами при

заболеваниях, требующих использования новейших технологий диагностики, лечения и медицинской реабилитации в медицинских организациях, определяемых уполномоченным органом.

Больницы – важный элемент систем здравоохранения, без которого невозможно представить себе процесс реформ. Основная задача больниц – оказание медицинской помощи в тех случаях, когда проведения лечения или сложных диагностических исследований невозможно в амбулаторно-поликлинических условиях.

Значимость больниц в системе здравоохранения обусловливается несколькими причинами. Во-первых, на больницы уходит значительная часть бюджета здравоохранения: около 50% во многих странах Западной Европы и 70% и выше в странах СНГ. Во-вторых, положение больниц в системе здравоохранения означает, что принятая ими политика, определяющая доступ к специализированным медицинским услугам, оказывает значительное влияние на услуги здравоохранения в целом; в-третьих, специалисты, работающие в больницах, составляют ведущую «прослойку» медиков-профессионалов, в-четвертых, являются основными клиническими базами, подготовки и переподготовки медицинских кадров.

Сегодня во всем мире на больницы оказывается все более и более сильное давление, направленность которого к тому же постоянно меняется. На функционирование больниц влияют такие факторы, как изменение численности и состава населения, картина заболеваемости, возникновение новых возможностей медицинского вмешательства по мере научного и технического прогресса, общественные и политические ожидания.

Анализ международного опыта показывает:

- Стационары занимают в структуре расходов на восстановление здоровья основную часть средств;
- Управление больничным сектором системы здравоохранения должно быть частью общей стратегии реформы здравоохранения и коррелировать с развитием ПМСП, стационарзамещающими технологиями;
- Существует множество острых вопросов, решение которых отражается на качестве и объеме оказываемых медицинских услуг;
- Реформа больничного дела невозможна без определения новой философии больниц и решением вопросов функции больничной койки, особенно в части ее социальной ориентированности;

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) систематизировала унифицированные для всех типов больниц функции следующим образом:

- восстановительные (диагностика и лечение заболеваний, уход, реабилитация и неотложная помощь);
- профилактические (лечебно-оздоровительная деятельность, профилактика осложнений, хронических и инфекционных заболеваний, инвалидности и др.);
- учебные (подготовка медицинского персонала и его последипломная специализация);

- научно-исследовательские.

Больницы, оказывающие медицинскую помощь в условиях стационара, дифференцируются по различным признакам – типам, профильности, порядку госпитализации и т.д.:

По профилю выделяют многопрофильные стационары и специализированные больницы и центры (туберкулёзные, онкологические, психоневрологические и др.), сестринского ухода и т.д. По порядку госпитализации выделяют больницы скорой помощи, больницы для плановой госпитализации и больницы для общей, т.е. смешанной госпитализации.

По системе организации больницы классифицируются на объединённые и не объединённые с поликлиниками, при этом для областной (краевой, республиканской) больницы, а также для центральной районной больницы (ЦРБ) наличие поликлиники как структурной части является всегда обязательным.

В настоящее время типы больничных организации определены. В соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 октября 2020 года № ҚР ДСМ-133/2020 Государственный норматив сети организаций здравоохранения.

На районном уровне:

районная больница, создаваемая в районном центре и городах районного значения

номерная районная больница, создаваемая в районе, имеющем сельские населенные пункты с численностью населения от 30000 (тридцать тысяч) и выше;

многопрофильная межрайонная больница, создаваемая на базе существующей районной больницы для обслуживания населения нескольких близлежащих районов с численностью обслуживаемого населения от 50000 (пятьдесят тысяч) и выше;

реабилитационная, паллиативная помощь, сестринский уход организуются в форме структурного подразделения (койки) районной или межрайонной больницы;

в районах организация, осуществляющая деятельность в сфере патологической анатомии (цитопатологии), создается как централизованное патологоанатомическое отделение в структуре районной или межрайонной больницы;

На городском уровне:

городская больница, создаваемая в городах с населением менее 100000 (сто тысяч) человек;

многопрофильная городская больница, создаваемая в городах республиканского значения, столице и в городах, для обслуживания населения близлежащих районов с численностью обслуживаемого населения более 100000 (сто тысяч);

многопрофильная городская детская больница, создаваемая в городах с населением более 300000 (триста тысяч) человек, в городах республиканского значения и столице;

центр психического здоровья, создаваемый в городах республиканского значения и столице;

центр фтизиопульмонологии, создаваемый в городах республиканского значения и столице;

перинатальный (родильное отделение), онкологический, инфекционный, кожно-венерологический, травматологический, инсультный, ревматологический, офтальмологический, кардиологический и кардиохирургический центры создаются как структурные подразделения многопрофильных больниц;

На областном уровне:

многопрофильная областная больница, создаваемая в областном центре;

многопрофильная областная детская больница, создаваемая в областном центре;

областной центр психического здоровья, создаваемый в областном центре;

областной центр фтизипульмонологии, создаваемый в областном центре;

перинатальный (родильное отделение), онкологический, инфекционный, кожно-венерологический, травматологический, инсультный, ревматологический, офтальмологический, кардиологический и кардиохирургический центры создаются как структурные подразделения многопрофильных больниц;

областная станция скорой медицинской помощи, включающая отделение санитарной авиации;

организации восстановительного лечения и медицинской реабилитации – санаторий, специализированный санаторий, профилакторий, реабилитационный центр, или отделение (койки) реабилитации, организуемые при многопрофильной больнице;

организации, оказывающие паллиативную помощь и сестринский уход – хоспис, больница сестринского ухода или отделение, койки, организуемые при многопрофильной больнице, центре фтизиопульмонологии;

Основные показатели обеспеченности население больничной помощью представлен в таблице 4.

Таблица 4 – Основные показатели больничных организации

№	Количество больничных организации	Годы					
		2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Общее количество всего:	747	773	773	838	872	830
1	в т.ч. в системе МЗ	496	492	483	482	487	477
2	частные	213	242	249	316	354	323
Коечный фонд							

	Количество коек всего:	98532	125620	119 371	107 214	107 804	107 335
1	в т.ч.система МЗ	85584	109694	102 756	90 339	91 696	91 502
2	в частных клиниках	9810	12735	13 347	13 382	13 589	13 321
	в других ведомствах	3138	3191	3 268	3 493	2 519	2 512
	Обеспеченность населения койками на 10 000 населения	52.9	67.0	62.4	54.2	53.8	52.9
	Пролечено больных в государственных МО	2683834	2618606	3101052	2966845	3096 741	3190713
1	На 100 человек	14.4	13.9	16.2	15.1	15.5	15.8
2	в частных клиниках	256 334	268 332	279 709	277 588	309 939	320 344

Источник: Статистические сборники «Здоровье населения Республики Казахстан» (2019-2024гг).

Обеспеченность населения больничными койками в Казахстане имеет тенденцию к снижению. Данный показатель в 2019 году составил 52,9 на 10 тыс. населения с увеличением до 67,0 в 2020 году, с дальнейшим снижением к 2024 году до 52,9. Этот показатель ниже расширенного Европейского Союза (61,1 на 10 тыс. населения), однако значительно ниже, чем в Российской Федерации (111,6 на 10 тыс. населения) и в Беларуси (113,4 на 10 тыс. населения) (по данным ВОЗ, 2006). Примечательно, что во всех странах-членах ОЭСР, начиная с 1985 года, отмечалось значительное сокращение коечного фонда, в отдельных странах ОЭСР численность коек на 10 000 населения меньше, чем в Казахстане.

Показатель госпитализаций на 100 населения в Казахстане немного ниже (15,8 в 2024г.), чем среднее значение данного показателя по Европейскому Союзу (18,4).

Наибольшее число госпитализаций на 100 населения регистрировалось в Беларуси (29,0), Румынии (25,0), России (23,0) и Украине (20,5). Наименьшее число госпитализаций на 100 населения наблюдалось в Албании (8,7) и Турции (8,0).

Порядок оказания стационарной помощи.

Показаниями для госпитализации в стационар является необходимость оказания квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи с круглосуточным медицинским наблюдением.

Госпитализация пациента в стационар в рамках ГОБМП осуществляется:

1) по направлению специалистов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) или медицинской организации в рамках планируемого количества случаев госпитализации (предельных объемов), определяемых уполномоченным органом в области здравоохранения (далее -уполномоченный орган);

2) по экстренным показаниям вне зависимости от наличия направления.

Плановая госпитализация пациента в стационар осуществляется с учетом права пациента на свободный выбор медицинской организации, оказывающей стационарную помощь в рамках ГОБМП, и осуществляется через Портал бюро госпитализации.

Для организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи была создан Портал бюро госпитализации в составе региональных центров электронного здравоохранения МЗ РК. Основной целью деятельности Бюро госпитализации является обеспечение реализации прав граждан на свободный выбор медицинской организации, доступности и прозрачности плановой госпитализации в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и планируемого количества случаев госпитализации путем:

1) формирования персонифицированной базы данных «Регистр плановой госпитализации» в разрезе профилей коек (далее – Регистр) из данных, направленных специалистами организации ПМСП на госпитализацию и отказа от госпитализации и данных свободных коек в стационаре;

2) проведения мониторинга плановой госпитализации на республиканском и региональном уровнях;

При получении медицинской помощи пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, информацию о диагнозе, плане лечебных мероприятий и прогнозе в доступной для пациента форме, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, а также разъяснение причин выписки домой или перевода в другую медицинскую организацию.

Особенности медицинской помощи в условиях стационара и факторы, влияющие на ее ресурсоемкость и затратность (лечебно-диагностические услуги, водоснабжение, канализация, теплоснабжение, электроснабжение, питание и др.) обуславливают высокую затратность медицинской помощи в стационарных условиях. В настоящее время объем расходов на стационарную помощь (в рамках оказания ГОБМП и ОСМС) в несколько раз превышает расходы на первичную медицинскую помощь, а сама система оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи ориентирована преимущественно на стационарный этап. В связи с этим важно знание вопросов организации, планирования, анализа и оценки деятельности медицинской помощи в стационаре, позволяющее рационально и эффективно использовать коечный фонд больничных организаций, определять развитие стационарзамещающих форм медицинской помощи.

Задачами по совершенствованию деятельности организации, оказывающих стационарную помощь являются:

- повышение эффективности работы стационарной койки за счет внедрения стационарозамещающих технологий;
- внедрение системы управления коечной мощностью;

- четкое определение критериев к госпитализации пациентов с учетом принципов этапности и преемственности оказания медицинской помощи;
- внедрение в деятельность клинических подразделений стационаров протоколов ведения больных и стандартов медицинской помощи в соответствии с международными требованиями;
- внедрение регистров стационарных больных;
- внедрение системы управления качеством медицинской помощи (CQI);
- внедрение новых видов высокотехнологичной помощи, в том числе при неотложных состояниях; передача и внедрение высоких технологий на местный уровень;
- развитие многопрофильных больниц со специализированными отделениями;
- укрепление материально-технической базы стационаров;
- обеспечение работы круглосуточной телемедицинской связи между стационарами;
- укрепление партнерских взаимоотношений с зарубежными клиниками по диагностике и лечению пациентов;
- совершенствование системы целевых показателей работы организаций, оказывающих стационарную помощь, в том числе ВСМП, отражающих качество медицинской помощи.
- разработка и внедрение клинических протоколов и стандартов медицинской помощи на основе доказательной медицины в деятельность организаций, оказывающих консультативно-диагностическую и стационарную помощь, в том числе ВСМП.

1.8.2. Специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь

Специализированная медицинская помощь – это медицинская помощь, оказываемая профильными специалистами при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации.

Высокоспециализированная медицинская помощь (далее – ВСМП) – медицинская помощь, оказываемая профильными специалистами при заболеваниях, требующих использования новейших технологий диагностики, лечения и медицинской реабилитации в медицинских организациях.

Правила оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи утверждены приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2010 года № 986.

Специализированная медицинская помощь оказывается многопрофильными организациями здравоохранения в форме консультативно-диагностической, стационарозамещающей или стационарной медицинской помощи.

Оказание пациенту специализированной медицинской помощи осуществляется с учетом прав пациента на свободный выбор медицинской

организации в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и планируемого количества случаев госпитализации.

Специализированная медицинская помощь населению на амбулаторно - поликлиническом уровне оказывается амбулаторно-поликлиническими организациями при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики и лечения, без круглосуточного наблюдения.

Специализированная медицинская помощь населению на стационарном уровне оказывается медицинскими организациями при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики и лечения с круглосуточным наблюдением.

Развитие специализированной медицинской помощи на стационарном уровне определены Государственными программами и Концепциями развития здравоохранения республики, основная цель которых обеспечения развития их на территориальном и региональном уровнях На базе многопрофильных областных, городских, многопрофильных центральных районных больниц будут внедрены в широкую практику чрескожные миниинвазивные вмешательства: проведение декомпрессии желчных путей при механической желтухе, чрескожное дренирование абсцессов, жидкостных скоплений брюшной полости, обеспечение необходимым оборудованием, расходными материалами (С-дуга, УЗИ экспертного класса).

А также в целях снижения смертности от внутренних кровотечений будут организованы центры эндоскопического гемостаза, будут созданы во всех регионах на базе многопрофильных областных и городских больниц мобильные эндоскопические бригады с выездом в медицинские организации, не имеющие возможности проведения эндоскопического гемостаза (отсутствие специалистов, расходных материалов и др.).

В последние годы в республике получает развитие ВСМП, в результате которого доступность высоких технологий увеличились.

Основными принципами развития системы оказания ВСМП должны стать:

- обеспечение доступности высокоспециализированных видов медицинской помощи вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов и места жительства;
- экономическая, социальная, медицинская эффективность;
- единство медицинской науки и практики;
- качество оказания ВСМП;
- своевременность оказания ВСМП;
- увеличение продолжительности жизни населения РК.

Расширение географии применения ВСМП - один из важнейших индикаторов уровня развития здравоохранения республики. С созданием конкурентной среды между медицинскими организациями различных видов и форм собственности в ЕНСЗ, ВСМП начала охватывать все регионы Казахстана, начиная с медицинских организаций городского уровня и заканчивая ведущими НИИ и НЦ. Так, в 2010 году 61 региональной медицинской организации предоставлена возможность оказания ВСМП, которая ранее предоставлялась

только республиканскими клиниками. В 2011 году их количество достигло 75, в числе которых 13 НИИ и НЦ. 4 ведомственные и 9 частной формы собственности. В последние годы в республике в рамках ОСМС получает развитие ВСМП, в результате которого доступность высоких технологий увеличились:

Количество больных, получивших услуги ВСМП по сравнению с 2009 годом, увеличилось в 7,5 раза.

На региональном уровне внедрены 167 технологии, что составляет 50% из технологии ВСМП, внедренных в стране.

56% больных, получили услуги ВСМП на уровне региональных клиник.

Развитие ВСМП обеспечивается следующими факторами:

- существенным увеличением государственного финансирования ВСМП в рамках обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), что позволило улучшить материально-техническую базу медицинских организаций;
- четко определенными приоритетными направлениями развития ВСМП;
- развитием сети медицинских организаций, оказывающих ВСМП;
- налаженной системой подготовки и переподготовки высококвалифицированных кадров, в том числе в ближнем и дальнем зарубежье;
- внедрением новых медицинских технологий в лечебно-диагностический процесс в научно-исследовательских институтах (НИИ) и научных центрах (НЦ) и их трансфертом в регионы;

ВСМП в форме стационарной помощи оказывается в медицинских организациях как местного, так и республиканского уровней.

ВСМП в форме консультативно-диагностической помощи оказывается на республиканском уровне.

Направление пациента на госпитализацию в стационар для получения специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи регистрируется в Портале бюро госпитализации.

Для оказания ВСМП в условиях стационара в медицинских организациях местного уровня специалист медицинской организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, регистрирует направление в Портале бюро госпитализации и выдает его пациенту.

Определение потребности населения в ВСМП в разрезе регионов и утверждение предельных объемов высокоспециализированной медицинской помощи по отдельным заболеваниям, осуществляется Экспертным Советом по стандартизации и оценке медицинских технологий, создаваемым уполномоченным органом в области здравоохранения.

Допуск медицинских организаций к оказанию ВСМП осуществляется в соответствии с критериями, утвержденными уполномоченным органом в области здравоохранения.

Виды ВСМП устанавливаются согласно перечню, утверждаемому уполномоченным органом в области здравоохранения.

Оказание ВСМП координируется Центральной Комиссией (далее - Комиссия), создаваемой уполномоченным органом. Комиссия:

1) рассматривает и рекомендует к утверждению перечень ВСМП;

2) осуществляет выбор медицинских организаций, оказывающих ВСМП;

3) определяет предельные объемы ВСМП и распределяет в медицинские организации учетные формы, утверждаемые уполномоченным органом;

4) проводит анализ выполнения предельных объемов ВСМП медицинскими организациями, принимает управленческие решения;

5) производит один раз в полугодие перераспределение предельных объемов ВСМП в медицинских организациях на сумму мер экономического воздействия по результатам контроля объемов и качества ВСМП.

Региональные комиссии по ВСМП определяют обоснованность направления граждан в медицинские организации для оказания ВСМП в соответствии с установленными видами и объемом, их транспортабельность, наличие необходимых медицинских исследований

Совершенствование системы оказания ВСМП направлено на повышение эффективности и качества ВСМП для граждан страны и предусматривает:

- обеспечение удовлетворения потребности в ВСМП по видам и условиям ее оказания в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи гражданам Казахстана по приоритетным направлениям:

- интервенционная кардиоангиология (реваскуляризация миокарда при ИБС, баллонная ангиопластика сосудов сердца и стентирование, реконструктивные операции и ангиопластика на периферических артериях, эндоваскулярная хирургия, операции с установкой электрокардиостимуляторов);

- онкология (хирургические вмешательства и органосохраняющие операции, в т.ч. расширенные, комбинированные, реконструктивно-пластические операции и современные высокоэффективные комбинированные и комплексные методы лечения);

- травматология;

- нейрохирургия, в т.ч. детская нейроонкология;

- хирургия новорожденных и фетальная хирургия в соответствии с международными стандартами;

- реконструктивно-пластическая хирургия (операции на органах грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства, мочеполовой системы);

- репродуктивные технологии (в том числе экстракорпоральное оплодотворение) и современные методы выхаживания детей первых дней жизни;

- витреоретинальные технологии;

- технологии ядерной медицины (брахитерапия, радионуклидная диагностика);

- молекулярная диагностика (HLA-типирование), нанотехнологии;

- комплексное лечение эндокринопатий, эндокринная хирургия;

- трансплантация органов и тканей, в т.ч. гемопоэтических стволовых клеток;

- внедрение системы управления качеством ВСМП на основе международных стандартов, новых моделей финансирования и оплаты труда, ориентированных на результат;

- совершенствование клинических руководств, протоколов диагностики и лечения по ВСМП, внедрение системы мониторинга эффективности их применения;

- расширение внедрения новых видов ВСМП на уровне регионов, в том числе на основе государственно-частного партнерства;

- развитие системы оказания диагностических и лечебных технологий ВСМП на стационарозамещающем и амбулаторном уровнях;

- развитие системы восстановительного лечения больных непосредственно после интенсивного этапа ВСМП: долечивание в условиях специализированных санаториев (отделений), больниц (отделений), центров восстановительной медицины и реабилитации;

- развитие системы оказания дистанционных консультативно-диагностических видов ВСМП посредством телемедицины;

- организация целевой подготовки и постдипломной переподготовки врачей, медицинских сестер, организаторов здравоохранения и инженерно-технического персонала в ведущих медицинских центрах, оказывающих ВСМП с ориентацией на конечный результат - восстановление профессионального статуса больного.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение «больница»?
2. По каким признакам и как подразделяются больничные медицинские организации?
3. Какова номенклатура больничных медицинских организаций в РК?
4. Каковы основные задачи и основные функции больниц (по определению ВОЗ)?
5. Перечислите задачи по совершенствованию деятельности организации, оказывающих стационарную помощь?
6. Дайте определение понятию «специализированная медицинская помощь»?
7. Дайте определение понятию «высокоспециализированная медицинская помощь».
8. В каких формах оказывается населению специализированная медицинская помощь?
9. В каких формах оказывается высокоспециализированная медицинская помощь?
10. Опишите порядок направления и оказания специализированной медицинской помощи?
11. Какие документы представляются на комиссию ВСМП?
12. Опишите порядок оказания высокоспециализированной медицинской помощи?

13. Каким контингентам возможна самостоятельная госпитализация в республиканскую организацию?

14. Какие меры принимаются при отсутствии положительного эффекта оказания СМП и ВСМП?

1.9. Транспортная медицина

Транспортная медицина в Республике Казахстан представлена в стране службой скорой медицинской помощи, санитарной авиации, медицины катастроф, трассовыми медико-спасательными пунктами, передвижными медицинскими пунктами, медицинскими поездами.

Центр медицины катастроф Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Казахстан создан в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан «О создании службы экстренной медицинской помощи Республики Казахстан в чрезвычайных ситуациях» от 27 сентября 1994 года № 1068 и функционирует по приказу Министра по чрезвычайным ситуациям Республики Казахстан «Об утверждении Уставов государственных учреждений Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Казахстан» от 3 ноября 2020 года № 17 (с изменениями от 10 июля 2024 года № 264).

Целью деятельности Центра медицины катастроф (ЦМК) является снижение человеческих потерь путем осуществления мероприятий по оказанию экстренной медицинской и психологической помощи пострадавшим в зоне чрезвычайных ситуаций (ЧС) природного и техногенного характера и при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП).

Для достижения указанной цели ЦМК осуществляет следующие виды деятельности:

- создает, содержит и обеспечивает круглосуточную деятельность дежурно-диспетчерской службы;
- поддерживает связь и постоянный обмен информацией с дежурно-диспетчерскими службами управлений в кризисных ситуациях территориальных органов Министерства, служб спасения, при развертываниях в зонах ЧС стационарных и подвижных пунктов связи территориальных органов Министерства;
- производит сбор, регистрацию информации об угрозе и (или) возникновении медико-санитарных последствий ЧС; осуществляет ее обработку, проверку достоверности, запрашивает недостающие или уточняющие данные;
- осуществляет взаимодействие с аварийно-спасательными службами и формированиями гражданской защиты по вопросам ликвидаций медико-санитарных последствий ЧС;
- создает, содержит в готовности и обеспечивает работу сил и средств оказания экстренной медицинской и психологической помощи при ЧС, с этой целью содержит и поддерживает в готовности к применению и использованию специальную медицинскую и другую технику, аппараты и оборудование, системы жизнеобеспечения, средства связи, оперативные запасы медикаментов и изделий медицинского назначения, индивидуальное оснащение, средства

защиты и специальную одежду персонала формирований ЦМК, мебель и другой инвентарь для обеспечения работы формирований ЦМК в полевых условиях; и др.

ЦМК имеет филиалы во всех областях, столице и городах республиканского значения.

Созданные во всех регионах республики и планомерно развивающиеся силы, и средства ЦМК стали действующим авангардом службы постоянной готовности и неотъемлемой частью системы гражданской защиты страны.

Основной оперативной единицей ЦМК по реагированию на чрезвычайные ситуации определены отряды медицины катастроф и бригады экстренной медицинской помощи. Два отряда дислоцированы в городах Алматы и Усть-Каменогорск, в регионах наиболее подверженных чрезвычайным ситуациям природного и техногенного характера.

Отряды оснащены мобильными госпиталями, рассчитанными на оперативное использование в полевых условиях в автономном режиме в течение 14 суток, с пропускной мощностью 200 пострадавших в сутки.

Всего за период своего существования подразделениями ЦМК осуществлено около 50 тыс. выездов, при этом оказана квалифицированная медицинская помощь более 51 тыс. пострадавшим.

Силами ЦМК только в 2022 году осуществлено около 6 тыс. выездов, оказана экстренная медицинская помощь более 4 тыс. пострадавших, в том числе – 400 детям, госпитализировано 1, 5 тыс**.** человек, в том числе – 200 детей, оказана экстренная психологическая помощь более 700 пострадавшим, из них 46 детям. Кроме того, имели место около 1 тыс. самообращений населения, из которых госпитализированы 120 человек.

Продолжается модернизация центра. Так, в целях повышения оперативности подразделений ЦМК в 2022 году приобретено медицинское оборудование *(*электрокардиографы, дефибрилляторы, аппараты искусственной вентиляции легких*),* реанимационный автомобиль, комплект пневмокаркасных модулей для полевого медицинского госпиталя. Проведена реновация 11 ТМСП Алматинской и Карагандинской областей.

Основной причиной смертности при дорожно-транспортных происшествиях является несвоевременное оказание экстренной медицинской помощи. Спасательные работы, как показывает международный опыт ликвидации ЧС, должны представлять собой единый комплекс неотложных работ по спасению жизни пострадавших – деблокирование, оказание экстренной медицинской помощи, эвакуация в медицинскую организацию с соблюдением принципа «золотого часа».

В Казахстане в связи с низкой плотностью населения, отдаленностью некоторых участков автомагистралей от населенных пунктов и, соответственно, от возможности получения своевременной помощи в случае возникновения экстренных ситуаций на дороге, возрастает значимость оказания своевременной экстренной медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

В 2011 г. министерствами здравоохранения и чрезвычайных ситуаций созданы **трассовые медико-спасательные пункты** (ТМСП) на аварийно-опасных участках дорог республиканского значения.

ТМСП изготовлен с применением новых технологий и материалов отечественного производства и состоит из медицинского, служебного и технического помещений, оснащен медико-спасательным реанимобилем. кроме этого, на территории ТМСП предусмотрена площадка, которая может использоваться для посадки вертолета. медико-спасательные реанимобили позволяют эвакуировать двух лежачих и трех сидячих пострадавших, оснащены комплексом транспортной реанимационной системы, комплектом иммобилизационных шин, спасательным оборудованием.

Для работы на ТМСП сформированы бригады экстренного реагирования, состоящие из 5-ти сотрудников (врача, фельдшера, фельдшера диспетчера, спасателя и водителя-спасателя).

Среднее время реагирования в радиусе обслуживания 50 километров от места дислокации бригад ТМСП составляет 22 минуты.

Работа ТМСП не ограничивается помощью пострадавшим лишь в результате ДТП. Любой человек, находящийся в пути или живущий вблизи места дислокации пункта, может получить необходимую медицинскую помощь и пройти обследование на новейшем медицинском оборудовании совершенно бесплатно.

ТМСП функционируют в круглосуточном режиме.

В целом, за 10 лет работы бригадами ТМСП совершено более 14 тыс. выездов на ДТП, оказана медицинская помощь 34 тыс. пострадавшим, госпитализировано 12 тыс. человек. Зарегистрировано около 19 тыс. **с**амостоятельных обращений граждан в ТМСП за бесплатной медицинской помощью.

ТМСП и экстренные оперативные службы в своей деятельности подчиняются совместному приказу Министра внутренних дел Республики Казахстан от 21 сентября 2016 года № 919 и Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 сентября 2016 года № 819, Министра по инвестициям и развитию Республики Казахстан от 28 сентября 2016 года № 688 «Об утверждении Правил оперативного реагирования и оказания своевременной комплексной помощи лицам, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях».

В Казахстане в 2023 г. количество пострадавших от ДТП составило 54 570 человек, из них доставлено в стационар – 41 044 (75,2%), из доставленных в стационар госпитализировано – 19 266 (46,9%). По данным областных и городских СМП за 2023 год всего погибло от ДТП 1465 человек, то есть 2,7% от числа пострадавших. Структура смертности от ДТП складывается из числа погибших до стационара (догоспитальная смертность), в приемном покое и в стационаре. Показатель догоспитальной смертности при ДТП увеличилась на 0,5% и за отчетный период составил 97,9% (2022 г. – 97,4%). Из общего количества догоспитальной летальности при ДТП показатель смертности до

приезда бригады СМП составил 1389 случаев (96,9%), в присутствии бригады СМП – 45 случаев (3,1%). В отчетном периоде отмечается увеличение показателя смертности в присутствии бригады СМП на 1,3%. Так, по итогам 2022 года в присутствии бригады погибло 26 человек, что составило 1,8% от числа всех погибших на догоспитальном уровне. Количество погибших в приемном покое составило 16 человек (1,1% от общего количества погибших при ДТП), количество погибших в стационаре составило 15 человек (1%).

Передвижные медицинские комплексы (ПМК) – мобильные клиники (кабинеты), на базе автомобильного транспорта, оснащенные необходимым медицинским оборудованием, которые используются для обеспечения доступности и расширения перечня оказываемых медицинских услуг населению сельской местности и отдаленных населенных пунктов либо в интересах обороны и национальной безопасности.

Медицинские поезда (МП) – мобильные клиники на железнодорожном транспорте, оснащенные необходимым медицинским оборудованием, используемые для обеспечения доступности и расширения перечня оказываемых медицинских услуг населению, проживающему возле железнодорожных станций (путей) и на близ расположенных к ним территориях.

В соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил оказания медицинской помощи посредством передвижных медицинских комплексов и медицинских поездов» от 8 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-241/2020 ПМК и МП оказывают следующую помощь:

1) консультативный прием профильными специалистами, в том числе больных с хроническими заболеваниями по перечню заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению;

2) проведение скрининговых исследований и оздоровление целевой группы населения специалистами ПМК и (или) МП, с последующей передачей выявленных случаев с заболеваниями на дальнейшее динамические наблюдение на уровне ПМСП.

В структуре ПМК и МП имеются:

- фильтр кабинет (зона регистрации),
- кабинет общего приема терапевтом и (или) врачом общей практики,
- кабинет функциональной диагностики,
- кабинете врача акушера-гинеколога,
- кабинет профильных врачей-специалистов (хирург, оториноларинголог, офтальмолог),
- кабинет лабораторной диагностики,
- кабинет рентгенографии и маммографии,
- кабинет стоматолога,
- кабинет "аптечный пункт".

Для координации деятельности ПМК и МП на региональном уровне (обеспечение деятельности, укомплектование специалистами, медицинскими изделиями и лекарственными средствами) местными органами государственного

управления здравоохранением формируется и определяется Координирующий центр на базе медицинской организации.

Контрольные вопросы:

1. Чем представлена транспортная медицина в Республике Казахстан?
2. Какие функции выполняет Центр медицины катастроф МЧС РК?
3. Опишите организацию и деятельность трассовых медико-спасательных пунктов.
4. Как оказывается медицинская помощь передвижными медицинскими пунктами?
5. Как организована деятельность медицинских поездов?

1.10. Организация медицинской помощи сельскому населению

Охрана здоровья жителей села является частью всего здравоохранения. Поэтому основные принципы, присущие здравоохранению в целом, характерны и для сельского здравоохранения. Однако в сельских условиях понятие доступности медицинской помощи не следует отождествлять с территориальным приближением, поскольку осуществить это не всегда представляется возможным.

Существующие различия в организации медицинского обслуживания сельского населения обусловлены:

- своеобразной системой расселения населения;
- малой плотностью населения;
- сезонностью сельскохозяйственного труда;
- значительной удаленностью населенных пунктов друг от друга;
- снижением доли лиц трудоспособного возраста;
- увеличением удельного веса пожилых и старых в сельской местности;
- недостаточным развитием транспортных связей;
- На уровень и качество медицинской помощи сельскому населению также влияет:
- изношенность материально-технической базы сельского здравоохранения;
- высокая текучесть медицинских кадров;
- низкий уровень обеспечения сельских организаций здравоохранения современным медицинским оборудованием;
- несоответствие большинства организаций здравоохранения санитарно-техническим нормам;
- снижение социальной защиты медицинского персонала.

В результате сложившихся объективных ситуации медико-демографические показатели, характеризующих здоровье сельского населения уступает жителям городской местности. Сохраняется низкий уровень здоровья женщин и детей. Остается актуальной проблема репродуктивного здоровья.

В республике проводится реорганизация здравоохранения на селе, предусматривающая создание необходимой инфраструктуры медицинских

организации в целях обеспечения реализации основных направлений развития сельского здравоохранения.

Организация медицинской помощи сельскому населению осуществляется по трехэтапной системе, которая предусматривает более высокий уровень специализированной помощи на последующем этапе по сравнению с предыдущим.

Первый – на уровне сельских населенных пунктов, аулов.

Второй – на уровне районных медицинских организации.

Третий – на уровне областных медицинских организации.

Необходимо отметить, что с внедрением ОСМС для сельских жителей значительно расширилось доступность медицинским организациям республиканского уровня.

В соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 октября 2020 года № ҚР ДСМ-133/2020 утверждены Государственный норматив сети организаций здравоохранения

На районном уровне:

1) организации здравоохранения и (или) их структурные подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

- медицинский пункт, создаваемый в каждом населенном пункте (сельском округе) с численностью населения от 50 (пятьдесят) до 500 (пятьсот) человек;
- фельдшерско-акушерский пункт, создаваемый в каждом населенном пункте (сельском округе) с численностью населения от 500 (пятьсот) до 1500 (одна тысяча пятьсот) человек;
- врачебная амбулатория, создаваемая в населенном пункте (сельском округе) с численностью прикрепленного населения от 1500 (одна тысяча пятьсот) до 5 000 (пять тысяч) человек;
- центр первичной медико-санитарной помощи, создаваемый в населенном пункте (сельском округе) с численностью прикрепленного населения от 5 000 (пять тысяч) до 30 000 (тридцать тысяч) человек;
- районная поликлиника, создаваемая в районном центре в составе районной или многопрофильной центральной районной больницы;
- номерная районная поликлиника, создаваемая при районной больнице в районе, имеющем сельские населенные пункты с численностью населения от 30 000 (тридцать тысяч) и выше;

Медицинский пункт, фельдшерско-акушерский пункт сельской территории являются структурными подразделениями районных поликлиник, оказывающие ПМСП (доврачебную) населению в амбулаторных условиях, на дому, включающую в себя:

1) оказание пациентам доврачебной и неотложной медицинской помощи, при острых и хронических заболеваниях, травмах, отравлениях или других неотложных состояниях;

2) организации патронажа детей и беременных женщин, систематическое наблюдение за состоянием здоровья прикрепленного сельского населения, инвалидов ВОВ;

3. оказание пациентам неотложной медицинской помощи, в том числе на дому;

3) проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах инфекционных заболеваний;

4) проведение разъяснительной работы среди населения о профилактике заболеваний и формировании здорового образа жизни с использованием средств массовой информации, оформления стендов и наглядной информации, а также проката на постоянной основе в холлах и местах ожидания аудио-видеоматериалов по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни;

5) вовлечение населения в процесс охраны здоровья граждан путем обучения населения методам само- и взаимопомощи в экстренной и кризисной ситуации, привитие навыков самосохранительного поведения с организацией школ, клубов, групп поддержек, общественных советов, подготовки волонтеров и лидеров.

Врачебная амбулатория (Центр семейного здоровья) (ЦСЗ) является самостоятельным юридическим лицом или структурным подразделением поликлиники, оказывающим ПМСП (доврачебную, квалифицированную).

Центр семейного здоровья оказывает ПМСП (доврачебную, квалифицированную) населению в амбулаторных условиях, на дому, дневном стационаре, стационаре на дому, включающую в себя:

1) предоставление пациентам доврачебной, квалифицированной медицинской помощи при острых и хронических заболеваниях, травмах, отравлениях или других неотложных состояниях;

2) оказание неотложной медицинской помощи на дому;

3) обследование пациентов с целью раннего выявления заболеваний;

4) направление пациентов на госпитализацию;

5) обеспечение реализации профилактических и скрининговых программ;

6) лекарственное обеспечение прикрепленного населения в соответствии с нормативными документами;

7) проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах инфекционных заболеваний;

8) проведение разъяснительной работы среди населения о профилактике заболеваний и формировании здорового образа жизни с использованием средств массовой информации, оформления стендов и наглядной информации;

9) вовлечение населения в процесс охраны здоровья граждан путем обучения населения методам само- и взаимопомощи в экстренной и кризисной ситуации, привитие навыков самосохранительного поведения с организацией школ, клубов, групп поддержек, общественных советов, подготовки волонтеров и лидеров;

10) организацию и проведение иммунопрофилактики;

11) оказание психологической помощи и специальных социальных услуг прикрепленному населению.

Районные организации здравоохранения (II этап).

Важная роль в оказании медицинской помощи сельскому населению принадлежит районному звену, имеющему в своем составе районную поликлинику, ЦРБ, номерные (поселковые) районные больницы; центр формирования здоровья и другие медицинские учреждения. В ЦРБ оказывают помощь по 10-15 специализированным видам амбулаторно-поликлинической, скорой и стационарной медицинской помощи.

Распространена практика организации межрайонных отделений специализированной и узкоспециализированной медицинской помощи для нескольких территориально приближенных районов.

- Основными задачами поликлиники являются:
- обеспечение квалифицированной амбулаторно-поликлинической помощью населения районного центра и приписного населения района;
- организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью амбулаторно-поликлинических структур района;
- планирование и проведение мероприятий, направленных на профилактику и снижение общей и детской заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидизации населения, работающего населения на предприятиях, в учреждениях и организациях района;
- своевременное и широкое внедрение в практику работы всех АПО района современных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, передового опыта оказания амбулаторно-поликлинической помощи.
- решение вопросов по планированию семьи.

Для обеспечения населения доступной специализированной помощи на уровне района новым государственным нормативом сети организаций здравоохранения, расширена сеть государственных больничных организации, созданы правовые базы для многопрофильных больниц.

Организации здравоохранения, оказывающие стационарную помощь на районном уровне:

- районная больница в районном центре;
- в районе, имеющем сельские населенные пункты с численностью обслуживаемого населения от 20 000 и выше создаются номерные районные больницы;
- многопрофильная межрайонная больница в районах с численностью обслуживаемого населения от 100 000 (сто тысяч) и выше на базе центральной/районной больницы;
- противотуберкулезная больница (диспансер) создается на районном/межрайонном уровнях;
- станция скорой медицинской помощи как структурное подразделение центральной/районной и многопрофильной больницы;

Для организации восстановительного лечения и медицинской реабилитации создается отделение (койки) реабилитации при районной многопрофильной больнице. Предусмотрены также открытие хосписа/отделения (койки) при районной/многопрофильной больнице.

С 2010 года осуществляются работы по реализации инвестиционного проекта «Развитие мобильной и телемедицины в здравоохранении аульной (сельской) местности», в рамках которого в телемедицинские кабинеты на базе центральных районных больниц и телемедицинские центры на базе больниц областного и республиканского уровней поставляется телемедицинское оборудование, оборудование видеоконференцсвязи и интегрированные комплексы ввода, обработки и передачи видео и аудиоинформации, предоставляются услуги по обеспечению каналов передачи данных для проведения телемедицинских консультаций и технической поддержки аппаратно-программного обеспечения Национальной сети телемедицины.

Для повышения эффективности деятельности сельского здравоохранения внедрены новые формы финансирования: двухкомпонентный подушевой норматив, комплексный подушевой норматив (глобальный бюджет).

Областные медицинские организации (III этап)

Лечебно-профилактические организации областного уровня призваны обеспечить сельское население высококвалифицированной специализированной и узкоспециализированной медицинской помощью для восполнения тех профилей, которые отсутствовали на предыдущем этапе. К числу этих организаций относятся областная больница с консультативной поликлиникой; областные специализированные больницы; диспансеры; центры формирования здорового образа жизни и другие.

В целях улучшения укомплектованности медицинских организации села Правительством принимаются ряд мер по социальной поддержке выпускников. Государственный проект «С дипломом в село» реализуется с 2009 года и направлен на решение проблемы кадрового дефицита в сельских регионах страны. Основная цель – привлечение и закрепление дипломированных специалистов в сферах здравоохранения, образования, социальной защиты, культуры, спорта, агропромышленного комплекса, а также в органах государственного управления на местах [15]. В соответствии с Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 6 ноября 2014 года № 72 утверждена “Правил предоставления мер социальной поддержки специалистам в области здравоохранения, образования, социального обеспечения, культуры, спорта и агропромышленного комплекса, государственным служащим аппаратов акимов сел, поселков, сельских округов, прибывшим для работы и проживания в сельские населенные пункты” прибывшим для работы и проживания в сельские населенные пункты, которая предусматривает с 2024 года:

1) подъемное пособие в сумме, равной стократному месячному расчетному показателю;

2) социальная поддержка для приобретения или строительства жилья – бюджетный кредит для специалистов, прибывших:

в сельские населенные пункты, являющиеся административными центрами района в сумме, не превышающей две тысячи пятисоткратного размера месячного расчетного показателя;

в сельские населенные пункты в сумме, не превышающей две тысячи кратного размера месячного расчетного показателя.

3. Бюджетный кредит на приобретение или строительство жилья для специалистов предоставляется сроком на пятнадцать лет, ставка вознаграждения по кредиту устанавливается в размере 0,01% годовых от суммы кредита.

Развития сельского здравоохранения является приоритетным направлением здравоохранения. Для улучшения доступности медицинской помощи жителям отдаленных сел функционирует транспортная медицина. Более 1 млн жителям отдаленных сел силами передвижных медицинских комплексов оказываются медицинская помощь, консультативно - диагностические услуги и скрининговые исследования. Постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 ноября 2022 года № 962 Об утверждении пилотного национального проекта "Модернизация сельского здравоохранения". Основными задачами являются:

1. Обеспечение сельских населенных пунктов организациями ПМСП в соответствии с нормативами.

В течение 2023-2024 годов будет построено и введено в эксплуатацию 655 объектов ПМСП, из них 253 медицинских пункта (далее – МП), 242 фельдшерско-акушерских пункта (далее – ФАП), 160 врачебных амбулаторий (далее – ВА).

Задача 2**.** Повышение своевременности оказания экстренной медицинской помощи сельскому населению.

- 12 действующих многопрофильных центральных районных больниц будут оснащены недостающим медицинским оборудованием (КТ, МРТ, ангиограф, аппарат УЗИ экспертного класса, оборудование для отделений реанимации, операционной и др.), созданы условия для расширения спектра оказываемых медицинских услуг (специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи).

- 20 действующих центральных районных больниц будут преобразованы в МЦРБ и модернизированы путем проведения капитального ремонта, реконструкции зданий для открытия соответствующих отделений, оснащения медицинским оборудованием (КТ, МРТ, ангиографы, аппараты УЗИ экспертного класса, оборудование для отделений реанимации, операционной и др.).

Проектом предусмотрены также:

Развитие передвижных форм амбулаторной специализированной помощи.

Организация межрайонных специализированных отделений.

Широкое внедрение института врача общей практики [16].

Контрольные вопросы:

1. Основные проблемы обеспечения сельского населения медицинской помощью?
2. Структура медицинских организации сельской местности и их нормативы?
3. Какие меры принимаются государством для развития сельского здравоохранения республики?

4. Что предусматривает Государственный проект «С дипломом в село»?

5. Какие меры социальной поддержки специалистам в области здравоохранения, направляемые в сельскую местность?

6. Какие уровни организации медицинской помощи сельскому населению?

7. Дайте характеристику первому уровню организации медицинской помощи сельскому населению?

8. Дайте характеристику второму уровню организации медицинской помощи сельскому населению?

9. Дайте характеристику третьему уровню организации медицинской помощи сельскому населению?

1.11. Охрана материнства и детства

Под *охраной материнства и детства (ОМД)* понимают систему государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на поощрение материнства, создание благоприятных условий для рождения и воспитания детей, обеспечение здоровья матери и ребенка, всемерное укрепление семьи.

Сохранение и укрепление здоровья беременных и детей являются составными частями национальной безопасности. Здоровье детей рассматривается как основа демографического, экономического и интеллектуального потенциала страны.

В Республике Казахстан треть населения страны – это женщины репродуктивного возраста, а численность молодежи в возрасте 14-29 лет составляет четверть общего населения.

Системный подход к решению проблем ОМД предусматривает разработку и реализацию мероприятий через все уровни структуры общества: общегосударственный (национальный), отраслевой, территориальный уровни, а также отдельных предприятий, организаций, учреждений.

Сформирована законодательная и институциональная система ОМД. Интересы семьи и детей охраняет Конституция Республики Казахстан (статья 27), Кодекс Республики Казахстан «О браке (супружестве) и семье» от 26 декабря 2011 года № 518-IV; Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV ЗРК с последующими изменениями и дополнениями, Законы «О правах ребенка в Республике Казахстан» 8 августа 2002 года № 345, «О государственных пособиях семьям, имеющим детей» 28 июня 2005 года № 63 и др. Ратифицированы Конвенция ООН о правах ребенка, Конвенция ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Действует Национальная комиссия по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан. Разработаны Национальный план действий по улучшению положения женщин в Республике Казахстан, Стратегия гендерного равенства в Республике Казахстан и др. программы.

Для укрепления репродуктивного здоровья проводятся ежегодный осмотр и консультирование женщин фертильного возраста. На данный момент в стране

17% супружеских пар страдают бесплодием из-за гормональных нарушений, патологических изменений репродуктивной системы, а также влияния стресса, нервных перегрузок, низкой физической активности и плохой экологии. Кроме того, дополнительные риски для здоровья матери и ребенка создают подростковая рождаемость и аборты. В 2021 году показатель родов в возрасте 15-17 лет в стране составил 2,5 на 1000 женщин (в 2017 - 4,4).

1.11.1. Организация акушерско-гинекологической помощи населению

Основными направлениями деятельности медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь (МО), являются:

- оказание доврачебной, специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг женщинам вне беременности, в период беременности, родов и послеродовом периоде и девочкам детского и подросткового возраста;
- проведение мероприятий, обеспечивающих доступность медицинской помощи и качество медицинских услуг;
- предоставление услуг по планированию семьи женщинам репродуктивного возраста.

Наряду с совершенствованием медицинской помощи актуальным мероприятием является профилактика невынашивания и осложнений беременности и родов, которые зависят не только от индекса здоровья женщины, также и от солидарной ответственности самой пациентки и ее семьи.

За 2015-2019 гг. материнская смертность снизилась на 16,5% (с 16,4 до 13,7 на 100 тыс. живорожденных). Однако с началом пандемии в 2020 году показатель материнской смертности вырос в 2,7 раза (до 36,5 на 100 тыс. живорожденных), где в 56,4% причинами явились коронавирусная инфекция COVID-19 и пневмонии. В 2021 году отмечались несколько волн коронавирусной инфекцией COVID-19 и, соответственно, увеличение числа заболеваний среди женщин фертильного возраста и беременных в 2,4 раза, а также рост в 2,5 раза беременных с тяжелым течением коронавирусной инфекции. Показатель материнской смертности возрос еще на 22,6 % и составил 44,7 на 100 тыс. живорожденных. В то же время показатель материнской смертности без учета смертности от коронавирусной инфекции составил 13,4 на 100 тыс. живорожденных, что ниже коэффициента материнской смертности до пандемии (2018 г- 13,9, 2019г -13,7, 2020 г- 15,9 на 100 тыс. живорожденных) [17].

Врожденные пороки развития занимают в течение последних лет 2- место в структуре младенческой смертности, что требует совершенствования пренатального УЗИ скрининга и развития неонатальной хирургии.

Вместе с тем в стране применяются современные эффективные перинатальные технологии, рекомендованные ВОЗ, основанные на доказательной медицине, которые направлены в первую очередь на выхаживание и улучшение качества жизни новорожденных, в том числе с низкой массой тела. Принципы безопасного материнства и регионализации

перинатальной помощи обеспечивают благополучные роды там, где созданы для этого соответствующие условия.

Согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 августа 2021 года № ҚР ДСМ-92 «Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан» акушерско-гинекологические отделения (кабинеты) в составе организаций здравоохранения ПМСП и КДП организуют акушерско-гинекологическую помощь женщинам вне и во время беременности, в послеродовом периоде, предоставляют услуги по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья, а также профилактику, диагностику и лечение гинекологических заболеваний репродуктивной системы.

Оказание акушерско-гинекологической помощи осуществляется в следующих условиях:

1) в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе в приемных отделениях круглосуточных стационаров;

2) в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение, лечение, уход, а также предоставление койко-места с питанием, в том числе при случаях терапии и хирургии "одного дня", предусматривающих круглосуточное наблюдение в течение первых суток после начала лечения;

3) в стационарозамещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места;

4) на дому: при вызове медицинского работника, мобильной бригады, активном патронаже медицинскими работниками, организации лечения на дому (стационар на дому);

5) в санаторно-курортных организациях;

6) вне медицинской организации: по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, на санитарном автотранспорте и медицинской авиации при транспортировке, а также в медицинских поездах, передвижных (полевых) медицинских комплексах, полевых госпиталях, трассовых медико-спасательных пунктах и при оказании дистанционных медицинских услуг.

Акушерско-гинекологическая помощь осуществляется в медицинских организациях врачами акушер-гинекологами, терапевтами, врачами общей практики, семейными врачами, а также средними медицинскими работниками.

Организация **амбулаторно-поликлинической гинекологической помощи** предусматривает проведение мероприятий по профилактике гинекологических заболеваний, раннему их выявлению, диспансерному наблюдению, оказанию лечебной и реабилитационной помощи гинекологическим больным, направление для оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи. Оказание акушерско-гинекологической помощи в амбулаторных условиях осуществляется в медицинских организациях независимо от форм собственности.

ВОП и участковые терапевты организации здравоохранения, оказывающие ПМСП, осуществляют:

1) ежегодное обследование ЖФВ для своевременного выявления экстрагенитальной патологии и взятия на диспансерный учет;

2) динамическое наблюдение ЖФВ с наличием хронических экстрагенитальных заболеваний в соответствии с Правилами организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований, утвержденными МЗ РК

3) консультирование, в том числе информационную работу по вопросам охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи;

4) организацию охвата контрацепцией групп ЖФВ с хроническими экстрагенитальными заболеваниями;

5) информационную работу с подростками по вопросам охраны репродуктивного здоровья, планированию семьи, профилактике ранней половой жизни и нежелательной беременности, контрацепции;

6) проведение прегравидарной подготовки при планировании беременности;

7) своевременное выявление беременности и обеспечение взятия на диспансерный учет;

8) проведение обязательных осмотров беременных в сроках 12 недель (или при первой явке) и в 30-32 недели беременности, а также по показаниям;

После осмотра устанавливает срок беременности, осуществляет раннюю постановку на учет беременных до 12 недель в день обращения в медицинскую организацию и выявления беременности для своевременного обследования. На каждую женщину, подлежащую диспансерному наблюдению, заполняется Контрольная карта диспансерного наблюдения (форме № 030/у). В течение трех рабочих дней со дня постановки беременной на учет по беременности участковая медицинская сестра/брат, акушерка/акушер на основе универсально-прогрессивной модели патронажа проводит дородовой патронаж - универсальный пакет услуг по утвержденной общей схеме наблюдения беременных в МО при оказании ПМСП.

Обязательное патронажное наблюдение предоставляется всем беременным женщинам средним медицинским работником на дому в установленные сроки беременности согласно универсально –прогрессивной модели патронажа беременных. Патронажи беременных и родильниц осуществляют участковые терапевты, врачи общей практики, участковые педиатры, акушерки и медицинские сестры и (или) братья.

Патронаж – проведение медицинскими работниками профилактических и информационных мероприятий на дому (патронаж к новорожденному, патронаж к беременной, родильнице, диспансерному больному), патронажное наблюдение состоит из двух дородовых патронажей к беременной женщине (в сроки до 12 недель и 32 недели беременности);

Универсально-прогрессивная модель – это модель патронажного наблюдения на дому беременных, новорожденных и детей раннего возраста, у которых были выявлены риски медицинского или социального характера, представляющие угрозу для их жизни, здоровья, развития и безопасности;

Врач акушер-гинеколог МО организует и оказывает акушерско-гинекологическую помощь женщинам при беременности, после родов (антенатальное и постнатальное наблюдение), диагностику и лечение гинекологических заболеваний во всех возрастных группах в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, проводит мероприятия по укреплению репродуктивного здоровья и планированию семьи, а также профилактические осмотры и наблюдение.

Для укрепления репродуктивного здоровья проводятся ежегодный осмотр и консультирование женщин фертильного возраста. Особое внимание уделяется на выявление и профилактику патологических изменений репродуктивной системы, из-за гормональных нарушений, а также влияния стресса, нервных перегрузок, низкой физической активности и плохой экологии.

Пренатальный консилиум – консультация беременной женщины профильными специалистами для уточнения генетического диагноза внутриутробного плода, прогноза развития и дальнейшей жизни новорожденного, определения тактики дальнейшего ведения беременности, срока и места родоразрешения.

Пренатальный скрининг – массовое комплексное стандартизированное обследование беременных женщин с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития (ВПР) внутриутробного плода с последующим уточнением генетического диагноза. Организация пренатального скрининга, направленного на раннее выявление и диагностику хромосомной патологии и ВПР плода для предупреждения рождения детей с тяжелыми летальными, не поддающимися лечению и коррекции генетическими, хромосомными и анатомические нарушениями осуществляет:

1) пренатальное обследование, включающее проведение: массового ультразвукового скрининга беременных женщин; анализа МСМ для комбинированного теста первого триместра; медико-генетического консультирование; ИПД хромосомной и моногенной патологии плода (ИПД для исключения хромосомной и моногенной патологии плода); проведение пренатального консилиума; мониторинга эффективности пренатального скрининга; предоставления отчетных данных в уполномоченный орган по случаям рождения детей с хромосомной патологией и ВПР;

2) мероприятия первого этапа пренатального скрининга включают: сбор анамнеза; обеспечение проведения ультразвукового скрининга плода первого, второго и третьего триместров в определенные сроки беременности; направление на анализ крови МСМ первого триместра; формирование группы беременных женщин с факторами "риска" по врожденной и наследственной

патологии и направление данной группы на второй этап пренатального скрининга

Медицинская помощь в стационарных условиях женщинам с заболеваниями репродуктивных органов, во время беременности, в родах, в послеродовом периоде и новорожденным предоставляется в МО или их соответствующих структурных подразделениях, имеющих круглосуточное медицинское наблюдение в рамках ГОБМП и ОСМС.

Осуществляются следующие виды помощи:

1) оказание в стационарных условиях консультативно-диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным;

2) ведение беременности, родов и послеродового периода в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, а также с планом ведения;

3) проведение консультирования беременных, рожениц и родильниц, осуществление контроля по соблюдению уровня оказания медицинской помощи;

4) проведение реабилитационных мероприятий матерям и новорожденным, в том числе уход за недоношенными новорожденными;

5) консультации по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с использованием телемедицинской сети;

7) преемственность и обмен информацией с МО ПМСП и МО, оказывающими акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях региона, с республиканскими организациями здравоохранения;

8) обеспечение реализации программ общественного здравоохранения для населения по вопросам перинатальной помощи, репродуктивного здоровья, безопасного материнства и грудного вскармливания.

Госпитализация беременных, рожениц, родильниц и пациенток с гинекологическими заболеваниями в организации здравоохранения всех форм собственности в рамках ГОБМП и ОСМС осуществляется:

1) в плановом порядке – по направлению специалистов ПМСП или организации здравоохранения независимо от формы собственности.

2) по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) –вне зависимости от наличия направления.

Госпитализация беременных осуществляется в зависимости от показаний для госпитализации беременных в МО, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях, по уровням регионализации перинатальной помощи.

Регионализация перинатальной помощи – распределение медицинских организаций, в масштабах области, по трем уровням оказания перинатальной помощи в стационарных условиях женщинам и новорожденным в соответствии со степенью риска течения беременности и родов;

Цель регионализации перинатальной помощи – обеспечение доступа каждой женщины к медицинским услугам, соответствующим ее рискам развития осложнений беременности и родов. Согласно проводимой регионализации,

акушерские стационары каждого региона страны были распределены по трехуровневой системе оказания перинатальной помощи, что позволило рационально использовать технические возможности службы родовспоможения страны, включая кадровый ресурс, лекарственные средства, оборудование и специализированный санитарный транспорт.

Регионализация включала ревизию стационаров на соответствие предписанному уровню перинатальной помощи, создание консультативно-транспортной системы госпитализации и переводу беременных и новорожденных с низшего уровня на высший по принципу «на себя». Организации второго уровня предназначены для женщин при неосложненной беременности, преждевременных родах в сроках гестации от 32 недель и более, а также для беременных, рожениц и родильниц, имеющих умеренные риски реализации перинатальной патологии и показания по уровням регионализации перинатальной помощи.

Организации третьего уровня предназначены для госпитализации женщин при осложненной беременности, преждевременных родах в сроках гестации от 22 до 34 недель, а также беременных, рожениц и родильниц, имеющих высокие риски реализации перинатальной патологии и установленные показания (например, преэклампсия тяжелой степени, задержка внутриутробного развития плода).

Всего в стране 38 организаций третьего уровня, мощностью 10 011 коек, которые распределены и также представлены во всех областях республики. Медицинские организации третьего уровня – это крупные перинатальные центры, расположенные в крупных городах или областных центрах, организации родовспоможения при многопрофильных больницах. Третий уровень оказывает все виды медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и больным новорожденным, нуждающимся в специализированной акушерской и неонатальной помощи, в том числе недоношенным новорожденным с массой тела 1500,0 грамм и менее, включая переведенных из организаций более низкого уровня.

Четвертый уровень регионализации, присвоен двум медицинским организациям республиканского значения, расположенным в городе Астане: Национальный научный центр материнства и детства КФ «University Medical Center» и Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК.

Перинатальный центр предназначен для госпитализации беременных, рожениц и родильниц с риском реализации перинатальной патологии, преждевременными родами при сроке гестации 22-33 недели; могут быть также госпитализированы женщины с не осложненной беременностью и родами; выполняет следующие задачи:

1) оказывает консультативно-диагностическую помощь беременным с факторами риска для выбора тактики ведения беременности, родов, а также определение уровня оказания медицинской помощи;

2) осуществляет стационарную акушерскую, гинекологическую, неонатологическую помощь;

3) оказывает все виды медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и больным новорожденным, нуждающихся в специализированной акушерской и неонатальной помощи, в том числе недоношенным новорожденным с массой тела 1500,0 грамм и менее, переведенных из организации более низкого уровня;

4) проводит реабилитационные мероприятия больным новорожденным, осуществляет уход за недоношенными новорожденными;

5) организует и проводит семинары, конференции по актуальным вопросам оказания акушерско-гинекологической и неонатологической помощи;

6) проводит консультации по оказанию медицинской помощи новорожденным с использованием телекоммуникационных информационно-аналитических систем;

Функциями перинатального центра являются:

1) оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи беременным, роженицам и родильницам групп высокого риска и новорожденным, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных лечебно-диагностических технологий;

2) проведение планового консультирования беременных группы высокого риска, осуществление контроля по соблюдению уровня оказания медицинской помощи, своевременности госпитализации и необходимости реабилитации в послеродовом периоде;

3) обеспечение специализированной медицинской помощью беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, нуждающихся в интенсивной терапии;

4) оказание реанимационной помощи и интенсивной терапии новорожденным, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела;

5) использование в своей деятельности современных и эффективных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения, направленных на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;

6) организация методической работы, включая повышение профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам перинатальной помощи, проведение конференций/совещаний по актуальным вопросам акушерства, гинекологии и перинатологии, а также проведение мастер-классов на местах;

7) обеспечение реализации программ общественного здравоохранения для населения по вопросам перинатальной помощи, репродуктивного здоровья и безопасного материнства.

В условиях концентрации родов в родовспомогательных организациях 3 уровня регионализации особенно актуально обеспечение качества ухода и должного контроля инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Родовспомогательные организации 3 уровня будут оснащены бактериологическими лабораториями с микробиологическими анализаторами для идентификации большинства микроорганизмов для определения

чувствительности к антибактериальным препаратам через 48 часов с момента поступления материала в лабораторию.

1.11.2. Организация педиатрической помощи населению

Здоровье детей – один из ключевых показателей благополучия общества и эффективности социальной политики государства. В Казахстане дети составляют треть от общего населения или 6,9 миллионов человек, из них дети до 3-х лет включительно составляют 1,6 миллионов человек.

Общая заболеваемость на 100 000 соответствующего детского населения за последние 5 лет снизилась на 24%. Лидирующие места в структуре общей заболеваемости детей от 0 до 18 лет неизменно занимают болезни органов дыхания, пищеварения и нервной системы.

С целью ранней диагностики заболеваний у ребенка в стране реализована программа скринингового исследования новорожденных и детей раннего возраста, направленная на раннее выявление наследственных болезней, патологии слуха, отклонения психофизического развития, ретинопатию.

Среди детей школьного возраста остаются проблемой патологии опорно-двигательного аппарата, заболевания органов пищеварения и нервной системы. С переходом на дистанционное обучение растет зрительная нагрузка у школьников, и ВОЗ активно призывает родителей максимально ограничить использование детьми гаджетов.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 15.03.2022 № ҚР ДСМ-25 «Об утверждении стандарта организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан», в целях кардинального улучшение медицинской помощи детскому населения местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы создают учебно-методический центр

УМЦ, осуществляющий непрерывное повышение квалификации специалистов первичной медико-санитарной помощи по универсальной прогрессивной модели патронажа и интегрированному ведению болезней детского возраста на рабочем месте с осуществлением координации и оценки эффективности патронажного наблюдения.

Основными задачами УМЦ являются:

1) организации и проведению непрерывного обучения:

специалистов МО (акушерки, педиатры, врачи общей практики, психологи, социальные работники, фельдшеры), осуществляющие патронажное наблюдение женщин в период беременности, в послеродовом

патронажных медицинских сестер;

супервизоров;

медицинских работников МО (врачи, средний медицинский персонал, фельдшеры) по оказанию неотложной помощи детям.

2) формированию навыков консультирования у патронажных медсестер;

3) мониторингу непрерывного профессионального развития медицинских работников в регионе по универсальной прогрессивной модели патронажа и интегрированному ведению болезней детского возраста;

4) проведению визитов поддерживающей и внешней супервизии в региональные МО, оказывающие первичную медико-санитарную помощь

Основными задачами и направлениями деятельности МО, оказывающих педиатрическую помощь, являются:

1) оказание доврачебной, квалифицированной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с соблюдением принципов ИВБДВ;

2) проведение профилактических мероприятий:

- проведение скрининговых и профилактических осмотров;

-проведение вакцинации;

- патронажное наблюдение со своевременным выявлением социальных и медицинских рисков у беременных женщин и детей, представляющих опасность для здоровья и развития детей, включая мероприятия по профилактике насилия и травматизма;

- консультирование по вопросам поддержки исключительно грудного вскармливания и питания детей;

3) динамическое наблюдение детей с хроническими заболеваниями;

4) организацию и проведение мероприятий по раннему вмешательству, включая мониторинг развития детей;

5) проведение медицинской реабилитации и абилитации детям;

6) оказание паллиативной помощи детям.

Основным направлением деятельности организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь детям, является профилактическая работа, осуществляющаяся путем:

1) проведения дородового патронажа беременных женщин;

2) учета детского населения и диспансеризации здорового и больного ребенка соответственно возрасту, особенностям развития, состоянию здоровья с комплексной оценкой;

3) вакцинации детей;

4) санитарно-просветительной работы с целью гигиенического воспитания и прививания навыков по рациональному питанию, уходу, закаливанию, оздоровлению и пропаганде здорового образа жизни среди детей, их родителей и членов семьи;

7) внедрения программы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по интегрированному ведению болезней детского возраста.

В Республике Казахстан зарегистрировано 17 713 детей с орфанными (редкими) заболеваниями по 62 нозологиям, из них 72% обусловлено генетическими отклонениями. В целях снижения инвалидизирующих состояний детей в 2024 году создан Республиканский центр координации орфанных заболеваний, начата работа по созданию Регистра пациентов с орфанными заболеваниями для проведения мониторинга и оценки эффективности лечения пациентов с применением дорогостоящих препаратов.

Динамика инвалидности среди детского населения за 5 лет по абсолютным данным количества детей с особыми потребностями демонстрирует рост на 17,7%, если в 2017 году зарегистрировано 83 462 ребенка с инвалидностью, то в 2021г. – 98 254 ребенка с инвалидностью.

Одним из факторов, способствующих данной ситуации, является современный уровень развития медицины, позволяющий сохранить жизнь глубоко недоношенным новорожденным, детям с нейроинфекциями, тяжелыми травмами нервной системы и врожденными пороками развития.

Сравнительный анализ заболеваний, обусловивших первичную инвалидность среди детского населения, за 2017-2021 годы показывает, что ведущие позиции занимают врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии (2020 г. - 30,3%, 2017г. – 32,5%), болезни нервной системы (2020г. – 22%, 2017г. – 23,7%), психические расстройства (2020г. – 16,3%, 2017г. – 11,1%), эндокринные заболевания (2020г. - 6%, 2017г. – 4,8;).

Озабоченность вызвает увеличение числа детей с функциональными отклонениями и хроническими заболеваниями, снижение уровня физической активности, нарушение режима питания и сна, рост детского ожирения, высокий уровень стресса и тревожности среди школьников и неравномерность в обеспечении медицинскими кадрами и оборудованием по регионам.

В МО ПМСП, с целью своевременного выявления медицинских и социальных рисков с прикрепленным детским населением, с 2025 года создаются центры развития и раннего вмешательства (ЦРРВ), открыто 40 таких центров в стране

Для оказания профилактической помощи детям на уровне ПМСП организованы кабинеты развития ребенка, для консультирования по вопросам ухода за детьми раннего возраста, информирования о правильном питании, вопросах поддержки грудного вскармливания.

Для своевременного выявления социальных и медицинских рисков у беременных женщин и детей, представляющих опасность для здоровья и развития детей, включая мероприятия по профилактике насилия и травматизма внедряется патронажное наблюдение. Патронаж беременных, родильниц и детей в возрасте до пяти лет проводится медицинскими сестрами (братьями), осуществляющими патронаж беременных, родильниц и детей в возрасте до пяти лет (патронажная медсестра).

Должность патронажной медсестры устанавливается из расчета 1 патронажная медсестра на 50 беременных и 300 детского населения до 5 лет.

Универсальная прогрессивная модель патронажных посещений (УПМП) – это смешанная модель патронажного наблюдения на дому беременных, родильниц, новорожденных и детей до пяти лет, направленная на выявление и снижение медицинских и социальных рисков, представляющих опасность для здоровья и развития ребенка.

Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ) – стратегия, рекомендованная Всемирной организацией здравоохранения и Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), направленная на

своевременное и качественное оказание медицинской помощи, снижение заболеваемости, смертности и инвалидизации детей в возрасте до пяти лет, а также улучшение их физического, психосоциального и эмоционального развития;

В центре развития и раннего вмешательства (ЦРРВ) проводят:

- скрининги новорожденным и детям;
- модифицированный скрининговый тест на раннее выявление аутизма у детей "M-CHAT-R" согласно Стандарту;
- мониторинг детей с впервые выявленными отклонениями в развитии;
- планирование, организацию, проведение, мониторинг и оценку эффективности патронажного наблюдения;
- мониторинг психомоторного, речевого и физического развития детей с последующим консультированием родителей по выявленным проблемам;
- организацию консультаций мультидисциплинарной группы (МДГ) детям с нарушениями развития;
- формирование навыков позитивного родительства с разъяснением значения игр, чтения и общения для развития детей;
- пропаганду и поддержку преимущественно исключительно грудного вскармливания;
- проведение занятий (тренинги, индивидуальные беседы, практические занятия в группах) с законными представителями ребенка по приготовлению прикорма для детей до двух лет и здорового питания для детей старше двух лет;
- анкетирование законных представителей ребенка по организации здорового питания детей до пяти лет на дому.

В ходе патронажа по универсальной схеме, патронажная медсестра:

- во время первого патронажа к беременной женщине проводит первичную оценку рисков для её здоровья в соответствии со Стандартом;
- во время первого патронажа после рождения ребенка проводит первичную оценку степени риска здоровью и развитию ребенка согласно приложению 5 к настоящему Стандарту.

При последующих патронажах по универсальной схеме, патронажная медсестра оценивает риски (наличие новых рисков, степень их выраженности, динамику изменения раннее выявленных рисков).

При первом патронаже новорожденных по универсальной схеме, врач участковый и (или) врач общей практики, при его отсутствии фельдшер, проводит общий осмотр новорожденного в соответствии с приложением к Стандарту.

Патронажная медсестра при универсальном патронаже беременных женщин:

- проводит первичную оценку рисков для её здоровья, во время первого патронажа после рождения ребенка проводит первичную оценку степени риска здоровью и развитию ребенка, а также оценку эмоционального состояния беременной женщины для разработки карты профилактических мероприятии мультидисциплинарной группой;

- патронажная медсестра совместно с беременной женщиной или с законными представителями ребенка составляет индивидуальный план прогрессивного сопровождения семьи в соответствии с Стандартом и утверждает его руководителем МДГ.

- консультирование о дополнительных источниках получения знаний и навыков, связанных со здоровьем и развитием ребенка (информационные материалы, КРР).

Руководитель МДГ рассматривает и оценивает реализацию выполнения индивидуального плана патронажной медсестры и принимает решение о завершении прогрессивного сопровождения семьи или о разработке нового индивидуального плана;

При выявлении высокого риска руководитель МДГ ежемесячно проводит мониторинг выполнения всех действующих планов прогрессивного сопровождения семей и вносит дополнительные изменения и принимает меры для их исполнения.

Для обеспечения доступности специализированной помощи детям в амбулаторных условиях, в структуре многопрофильного детского стационаров создается консультативно-диагностический центр.

Медицинская помощь в стационарозамещающих условиях детям, в возрасте не младше пяти лет, осуществляется МО ПМСП, многопрофильными и специализированными стационарами.

В стационарных условиях педиатрическая помощь осуществляется организациями родовспоможения, многопрофильными и специализированными стационарами, медицинскими организациями республиканского уровня в экстренной, неотложной и плановой формах.

Вакцинация детского населения проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок в Республике Казахстан, утвержденным Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 сентября 2020 года № 612. «Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся обязательные профилактические прививки в рамках гарантированного объема медицинской помощи, правил, сроков их проведения и групп населения, подлежащих профилактическим прививкам» (таблицы 5-6).

Таблица 5 – Плановые про профилактические прививки[1]

Возраст прививаемых	Заболевание, вызванное вирусом папилломы человека
1	2
11 лет (девочки)	+
11,5 лет (девочки)	+

[1] Национальный календарь профилактических прививок в РК от 24.09.2020 года № 612. «Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся обязательные профилактические прививки в рамках гарантированного объема медицинской помощи, правил, сроков их проведения и групп населения, подлежащих профилактическим прививкам»

Таблица 6 – Инфекционные и паразитарные заболевания, против которых проводятся профилактические прививки[1]:

Возраст прививаемых	Туберкулез	Вирусный гепатит "В"	Полиомиелит	Коклюш, дифтерия, столбняк	Гемофильная инфекция типа b	Пневмококковая инфекция	Вирусный гепатит "А"	Корь, краснуха, паротит	Дифтерия, столбняк
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-4 дня	+	+							
2 месяца		+	+	+	+	+			
3 месяца			+	+	+				
4 месяца		+	+	+	+	+			
12-15 месяцев			+			+		+	
18 месяцев			+	+	+				
2 года							+		
2,5 года							+		
6 лет (1 класс)				+				+	
16 лет и через каждые 10 лет								+	

Все профилактические прививки подлежат учету медицинским работником и должны содержать следующие сведения: дата введения препарата, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, характер реакции на введение препарата, страна-производитель. Перечисленные данные вносят в учетные формы медицинских документов: 1) у детей – карта профилактических прививок (форма 063/у), история развития ребенка (форма 112/у), медицинская карта ребенка (форма 026/у), вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного (форма 025-1/у), журнал учета профилактических прививок новорожденным (родильного дома) – форма 064-1/у, журнал движения вакцин – форма 064-2/у; 2) у взрослых – медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у), журнал учета профилактических прививок (форма 064/у).

В настоящее время серьезное внимание уделяется организации неонатальной помощи детям. В соответствии со Стандартом неонатальная помощь оказывается в течение 28 (двадцати восьми) дней с момента рождения по уровню, форме, условиям и видам, организациями родовспоможения и многопрофильными больницами.

Основными задачами и направлениями деятельности МО, оказывающих неонатальную помощь, являются:

1) оказание квалифицированной, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичных медицинских услуг;

2) соблюдение принципов эффективной перинатальной и неонатальной помощи, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Детским фондом Организации Объединенных Наций;

3) соблюдение принципов интегрированного ведения болезней детского возраста;

4) проведение медицинской реабилитации;

Неонатальная помощь предоставляется в экстренной, неотложной и плановой формах.

Неонатальная помощь в организациях родовспоможения, распределенных по уровням регионализации перинатальной помощи, осуществляется в соответствии с перечнем показаний для госпитализации новорожденных по уровням регионализации перинатальной помощи, в соответствии со Стандартам неонатальной помощи.

Для обеспечения систематического комплексного наблюдения и ведения новорожденных, перенесших патологию в перинатальном периоде, своевременной коррекции выявленных нарушений, в каждом регионе на базе многопрофильных стационаров или в организации родовспоможения третьего уровня регионализации перинатальной помощи, организуется кабинет последующего наблюдения и (или) катамнеза (кабинет катамнеза) для детей от 0 до 6 лет. В целях профилактики детской инвалидности новорожденные, родившиеся с низкой и экстремально низкой массой тела, а также новорожденные перенесшие критические состояния и оперативные

вмешательства в неонатальном периоде, направляются в кабинет катамнеза участковым врачом организации ПМСП.

Основными проблемами охраны здоровья матери и ребенка являются:

- недостаточный уровень интеграции ПМСП, родовспомогательных и профильных стационаров;
- влияние поведенческих и внешних факторов на репродуктивное здоровье населения;
- низкий уровень материально-технического состояния родовспомогательных учреждений, несоответствие их современным требованиям, недостаточная оснащенность медицинским оборудованием, неукомплектованность кадрами, в том числе узкими специалистами (акушер-гинекологи, анестезиолог-реаниматологи, неонатологи) организаций родовспоможения;
- отсутствие стандарта школьной медицины;
- рост инвалидности среди детского населения;
- недостаточный охват восстановительным лечением и медицинской реабилитацией детей в регионах.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «Охрана материнства и детства».
2. Перечислите медицинские организации ОМД.
3. Как организована акушерско-гинекологическая помощь населению?
4. Перечислите функции акушерско-гинекологических отделений (кабинетов) в составе организаций здравоохранения ПМСП и КДП.
5. В чем особенности оказания акушерско-гинекологической помощи в современных условиях?
6. Как организована педиатрическая помощь населению?
7. Дайте описание детской городской поликлиники (детского отделения городской поликлиники)
8. Дайте описание перинатального центра
9. Порядок организации неонатальной помощи новорожденным?
10. Организационная структура центра развития и раннего вмешательства?
11. Укажите типовые штаты медицинских организаций ОМД.
12. Перечислите медицинскую документацию организаций ОМД.
13. Назовите показатели оценки деятельности организаций ОМД.

1.12. Профилактическая деятельность в медицинских организациях

Основная роль в профилактической направленности здравоохранения принадлежит ПМСП, где деятельность медицинских работников должна быть направлена на предотвращение заболеваний, требующих дорогостоящих вмешательств, заболеваний, снижающих качество жизни, более того приводящих к инвалидизации и смертности.

1.12.1. Скрининг

Медицинские осмотры подразделяются на профилактические (скрининг) и обязательные.

ВОЗ дает следующее определение: Скрининг – это ориентировочный процесс сортировки. Визуально процесс скрининга можно проиллюстрировать как сито, предназначенное для отделения лиц, предположительно имеющих заболевание, от тех, кто, предположительно, его не имеет. Скрининг-тест никогда не бывает на 100% точным; он не дает определенности, а лишь указывает на вероятность риска наличия искомого заболевания (или его отсутствие).

ВОЗ сформулировала политику и методические подходы к планированию, разработке и проведению программ скрининга, а также функциональные аспекты, связанные с проведением программ, вопросы мониторинга и оценки, рекомендации для повышения эффективности программ скрининга, обеспечению максимального увеличения пользы и минимизации вреда от скрининга [11].

Целью скрининга является выявление во внешне здоровой популяции лиц с более высоким риском заболевания или патологического состояния с целью предложения более раннего лечения или вмешательства, что, в свою очередь, позволит обеспечить улучшение состояния здоровья некоторых лиц, прошедших обследование.

Цели программ скрининга включают:

• снижение уровня смертности посредством раннего выявления и раннего лечения заболевания;

• снижение частоты возникновения заболевания посредством выявления и лечения предболезненных состояний;

• снижение степени тяжести заболевания посредством выявления лиц с искомым заболеванием и предложения эффективного лечения;

• расширение выбора за счет выявления заболеваний или факторов риска на более ранних этапах жизни, когда доступно больше вариантов лечения.

Принципы скрининга (по Wilson и Jungner):

1. Выявляемое заболевание должно являться важной проблемой для здоровья.

2. Должны существовать приемлемые меры лечения больных с диагностированным заболеванием.

3. Должны быть в наличии средства диагностирования и лечения заболевания.

4. Выявляемое заболевание должно иметь распознаваемую латентную или раннюю симптоматическую стадию.

5. Должны существовать подходящие тесты или исследования.

6. Тесты должны быть приемлемыми для населения.

7. Следует хорошо понимать закономерности естественного развития заболевания от латентной до явной формы.

8. Следует иметь согласованную политику в отношении того, кто входит в категорию лиц, требующих лечения.

9. Затраты на выявление случаев болезни (включая диагностику и лечение выявленных больных) должны быть экономически сбалансированы с возможными затратами на медицинское обслуживание в целом.

10. Выявление случаев болезни должно быть непрерывным процессом, а не единовременной кампанией.

Оценка эффективности скрининг-теста: насколько точно тест позволяет отличить лиц с искомым заболеванием (истинно положительным результатом), и лиц, не имеющих заболевания (истинно отрицательных результатов).

Меры эффективности теста:

чувствительность – способность скрининг-теста классифицировать в качестве “положительных” лиц с искомым заболеванием;

специфичность – способность скрининг-теста классифицировать в качестве “отрицательных” лиц, не имеющих заболевания.

Польза скрининга: Проведение эффективной программы скрининга может обеспечить значительные преимущества для системы общественного здравоохранения, в том числе:

• снижение уровня заболеваемости и смертности от рака шейки матки;

• вмешательство на ранних стадиях для новорожденных с потерей слуха, направленное на поддержание развития речи и языка;

• предоставление родителям в антенатальный период информации о наличии повышенного риска серьезного заболевания у плода, чтобы они могли сделать обоснованный выбор относительно продолжения беременности.

Польза от программ скрининга распространяется не только на обследуемого индивида, но также на его семью и общество в целом.

Скрининг может также наносить вред. Сочетание трех нижеперечисленных характеристик программ скрининга может означать больший вред, чем зачастую предполагается.

• Поскольку большинство населения, проходящего скрининг, не имеет искомого заболевания, большая доля населения может подвергнуться вреду от скрининга, чем получить от него пользу.

• Поскольку скрининг-тесты не обладают 100%-ной чувствительностью или специфичностью, избежать получения ложноположительных и ложноотрицательных результатов невозможно.

• Более раннее выявление заболеваний может привести к гипердиагностике: выявлению заболеваний, которые на протяжении жизни пациента не причинили бы ему никакого вреда.

Эффективная программа скрининга отвечает следующим критериям:

• обеспечение систематического вовлечения населения и повторного вовлечения тех, у кого тесты оказались положительными (механизм «вызов – повторный вызов»);

• покрытие более 70% целевой группы;

• наличие необходимой инфраструктуры и ресурсов для проведения регулярных обследований, адекватной диагностики и лечения тех, у кого обнаружен рак или предраковое состояние;

• постоянный мониторинг и оценка качества.

Скрининги бывают как добровольные, так и обязательные, и предполагают обследование здорового населения.

Скрининг проводится не для всех заболеваний и их разновидностей и не всеми методами, а только при условии, что:

• существует надежный и недорогой метод ранней диагностики данного заболевания;

• не существует надежного способа его предотвращения;

• оно достаточно распространено среди населения;

• существуют надежные методы лечения этого вида заболевания на ранней стадии, существенно повышающие выживаемость пациентов.

В Республике Казахстан Национальная скрининговая программа (НСП) начала свой отсчет с 2008 г. и сформировалась в ходе реализации Государственной программы Государственную программу развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан" на 2011-2015 годы. Администратором НСП был утвержден Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни.

НСП включили в перечень Государственного объема бесплатной медицинской помощи и все ее этапы являются бесплатными для населения.

В скрининговые осмотры взрослого населения включены:

1) основные болезни системы кровообращения среди мужчин и женщин в возрасте 25,30,35,40 лет, от 40 до 64 лет – 1 раз в 2 года, не состоящих на диспансерном учете по поводу артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца – введены с 2008 года.

2) сахарный диабет среди мужчин и женщин в возрасте 25,30,35,40 лет, от 40 до 64 лет – 1 раз в 2 года, не состоящих на диспансерном учете по поводу сахарного диабета – введен с 2011 года.

3) предопухолевые, злокачественные новообразования шейки матки среди женщин в возрасте 30,35,40,45,50,55,60 лет, не состоящих на диспансерном учете по поводу рака шейки матки – введены с 2008 года.

4) предопухолевые, злокачественные новообразования молочной железы среди женщин в возрасте 50,52,54,56,58,60 лет, не состоящих на диспансерном учете по поводу рака молочной железы – введены с 2008 года.

5) предопухолевые, злокачественные новообразования толстой и прямой кишки среди мужчин и женщин в возрасте 50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70 лет, не состоящих на диспансерном учете по поводу полипоза, рака толстой и прямой кишки – введены с 2011 года.

6) глаукома среди населения в возрасте от 40 до 70 лет – 1 раз в 2 года, не состоящих на диспансерном учете по поводу глаукомы.

Разработан маршрут пациента при прохождении скрининга, четко определены действия персонала на каждом этапе и при различных видах скрининга, механизм контроля и отчетности. Разработаны Статистическая карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного

пациента, Статистическая карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка.

Особенностью казахстанской программы является активное участие в ней службы формирования здорового образа жизни (районные, областные центры здорового образа жизни), специалисты которой осуществляют мониторинг и анализ всех проведенных скринингов совместно с профильными службами, внештатными специалистами с предоставлением ежеквартальных данных в Управление здравоохранения.

В настоящее время организация и проведения НСП регламентированы:

- приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан» от 30 марта 2023 года № 49, которым среди основных направлений организаций ПМСП утверждены скрининговые и профилактические осмотры населения, в том числе целевых групп (детей, взрослых);

- приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан "Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований» от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020 (с изменениями, внесенными приказом МЗ РК от 5 июля 2022 года № ҚР ДСМ-65);

- приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования» от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 (с изменениями, внесенными приказом МЗ РК от 5 июля 2022 года № ҚР ДСМ-65).

Приказами закреплены виды скрининговых исследования и целевые контингенты для обследования, порядок, объем и периодичность в амбулаторно-поликлинических организациях (табл.7-8).

Таблица 7 – Целевые группы лиц, подлежащие скрининговым исследованиям[2]

№ п/п	Целевая группа	Вид скрининговых исследований
1	Мужчины и женщины в возрасте от 30 до 70 лет, проходящие скрининговые исследования	На раннее выявление поведенческих факторов риска
2	Мужчины и женщины в возрасте от 40 до 70 лет, проходящие скрининговые исследования, не состоящие на динамическом наблюдении с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом	На раннее выявление артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и сахарного диабета

[2] Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан "Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований» от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020

3	Мужчины и женщины в возрасте от 40 до 70 лет, проходящие скрининговые исследования, не состоящие на динамическом наблюдении с глаукомой	На раннее выявление глаукомы
4	Женщины в возрасте от 30 до 70 лет и старше, проходящие скрининговые исследования, не состоящие на динамическом наблюдении с злокачественными новообразованиями шейки матки	На раннее выявление рака шейки матки
5	Женщины в возрасте от 40 до 70 лет и старше, проходящие скрининговые исследования, не состоящие на динамическом наблюдении с злокачественными новообразованиями молочной железы	На раннее выявление рака молочной железы
6	Мужчины и женщины в возрасте от 50 до 70 лет и старше, проходящие скрининговые исследования, не состоящие на динамическом наблюдении с доброкачественными и злокачественными новообразованиями толстой кишки	На раннее выявление колоректального рака
7	Группы риска: 1) медицинские работники: - организаций службы крови, проводящие инвазивные процедуры, участвующие в переработке крови; занимающиеся гемодиализом; - хирургического, стоматологического, гинекологического, акушерского, гематологического профилей, также проводящие инвазивные методы диагностики и лечения; -клинических, иммунологических, вирусологических, бактериологических, паразитологических лабораторий; 2) пациенты, поступающие на плановые и экстренные оперативные вмешательства; 3) пациенты центров и отделений гемодиализа, гематологии, онкологии, трансплантации, сердечно-сосудистой и легочной хирургии; 4) пациенты, получающие гемотрансфузии, трансплантацию и пересадку органов (части органов), тканей, половых, фетальных, стволовых клеток и биологических материалов; 5) беременные женщины; 6) лица из ключевых групп населения, которые подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией в силу особенностей образа жизни.	На раннее выявление вирусных гепатитов В и С

Таблица 8 – Дополнительные целевые группы лиц, из числа сельского населения, подлежащие скрининговым исследованиям

№ п/п	Целевая группа	Вид скрининговых исследований
1	Мужчины и женщины в возрасте от 18 до 29 лет, проходящие скрининговые исследования	На раннее выявление поведенческих факторов риска
2	Мужчины и женщины в возрасте от 18 до 39 лет, проходящие скрининговые исследования, не состоящие на динамическом наблюдении с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом, глаукомой	На раннее выявление артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, глаукомы
3	Мужчины и женщины в возрасте от 18 до 70 лет, проходящие скрининговые исследования, не состоящие на динамическом наблюдении с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и хроническим заболеванием почек	На раннее выявление заболеваний желудочно-кишечного тракта и хронических заболеваний почек
4	Мужчины и женщины в возрасте от 50 до 70 лет, проходящие скрининговые исследования, не состоящие на динамическом наблюдении с туберкулезом органов дыхания	На раннее выявление туберкулеза органов дыхания
5	Мужчины в возрасте от 55 до 70 лет и старше, проходящие скрининговые исследования, не состоящие на динамическом наблюдении с раком предстательной железы	На раннее выявление рака предстательной железы

Особое внимание уделяется профилактическим осмотрам детского населения (табл.9).

Таблица 9 – Этапы профилактического осмотра детей

Этап	Содержание
Доврачебный этап проводится средним медицинским персоналом медицинского пункта, фельдшерско-акушерского пункта, врачебной амбулатории, районной, городской поликлиники, средним медицинским персоналом организации образования (при его	1) проведение антропометрических измерений (вес, рост, объем головы и грудной клетки у детей до трех лет), вычисление индекса Кетле; 2) оценку психофизического развития по шкалам нервно-психического развития детей; 3) измерение артериального давления (у детей 7 лет и старше); 4) проведение плантографии и ее оценку (у детей 5 лет и старше); 5) определение остроты зрения; 6) исследование остроты слуха. У детей 3 лет и старше исследование проводится с помощью шепотной речи на оба уха поочередно, в тихом помещении на расстоянии не менее 5 метров между средним медицинским работником и ребенком; 7) электрокардиографическое исследование (в 12 отведениях) у детей в возрасте 14 и 17 лет включительно; 8) общий анализ крови и мочи у детей в возрасте до 1 года, в 2 года, в 5 лет, 14 и 17 лет включительно.

наличии), в том числе дошкольных организаций и включает:	
Квалифицированный этап проводится врачом педиатром, терапевтом (для детей в возрасте от 15 до 17 лет включительно) либо врачом общей практики и включает: оценку состояния здоровья ребенка, психофизического, полового развития, выявление признаков жестокого обращения с учетом данных доврачебного обследования:	1) общий осмотр; 2) осмотр кожных покровов и волосистой части головы; 3) осмотр видимых слизистых оболочек: конъюнктивы глаз, полости рта, зева. Обращается внимание на состояние зубов, прикус, высоту стояния твердого неба, величину и вид небных миндалин, голосовую функцию (звучность голоса); 4) осмотр и пальпация области щитовидной железы; 5) осмотр грудной клетки и позвоночного столба, конечностей; 6) пальпация периферических лимфоузлов: подчелюстных, паховых, подмышечных; 7) исследование органов кровообращения (осмотр, аускультация сердца), определение частоты, наполнения, ритма пульса. При аускультации отмечают звучность и чистоту тонов. При выявлении сердечных шумов проводят исследования в различных положениях (стоя, лежа) и функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой; 8) исследование органов дыхания (аускультация легких, определение частоты дыхания); 9) исследование органов пищеварения (пальпация органов брюшной полости, области правого подреберья, печени, эпигастральной области, селезенки, правой и левой подвздошной областей, надлобковой области). Обращается внимание на состояние слизистых, обложенность языка, десен, верхнего неба, зубов. Выявляются симптомы хронической интоксикации (бледность кожных покровов, орбитальные тени); 10) оценка результатов лабораторного исследования; 11) осмотр половых органов. При осмотре девочек старше 10 лет особое внимание уделяют гинекологическому анамнезу, жалобам, нарушению менструальной функции. При осмотре детей, старше 12 лет уделяют внимание на тип оволосенения (по мужскому или по женскому типу). При наличии показаний девочки направляются к детскому гинекологу; 12) оценка нервно-психического развития (НПР) с рождения до 17 лет включительно с определением варианта группы развития: 1 – нормальный уровень НПР; 2 – незначительные отклонения в НПР; 3 – выраженные отклонения в НПР. У детей в возрасте от 4 до 6 лет оцениваются мышление и речь, моторное развитие, внимание и память, социальные контакты. У детей в возрасте от 7 до 8 лет оцениваются психомоторная сфера и поведение, интеллектуальное развитие, эмоционально-вегетативная сфера. У детей в возрасте от 9 до 10 лет дополнительно оценивается сформированность абстрактно-логических операций, логических суждений. У детей в возрасте от 11 до 17 лет определяются эмоционально-вегетативная сфера, соматовегетативные проявления, вегето-диэнцефальные проявления.

	13) оценка полового развития методом пубертограмм, выдается заключение (норма, опережение, отставание); 14) выявление признаков жестокого обращения путем выявления травм и их последствий, признаков побоев (линейные кровоподтеки после ударов палкой или прутом, кровоподтеки в виде петли после ударов ремнем, веревкой, следы связывания, стягивания веревкой или ремнем, следы прижиганий сигаретой, кровоизлияния в сетчатку глаз, субдуральные гематомы).
Специализированный этап проводится врачами профильных специальностей и включает осмотр с заполнением результатов в МИС:	1) хирург либо травматолог-ортопед у детей раннего возраста обращает внимание на наличие расширения пупочного, паховых колец, грыжевых выпячиваний в области белой линии живота, крипторхизма, выпадения прямой кишки, деформацию конечностей, грудной клетки. У детей дошкольного и школьного возраста определяется наличие деформации позвоночника, нарушений осанки, функций крупных и мелких суставов. Проводится осмотр состояния сводов стоп, оценка плантограммы, оценка походки. У мальчиков определяется опущение яичек; 2) уролог либо хирург исключает патологию мочеполовой системы; 3) отоларинголог проводит переднюю риноскопию и проверку дыхательной функции носа, заднюю риноскопию, фарингоскопию, пальпацию шейных лимфоузлов (подчелюстных, передних и задних шейных, заушных), отоскопию, исследование слуха; 4) невропатолог проводит общий осмотр (определение наличия дермографических черт, сосудистого рисунка), исследование состояния черепно-мозговых нервов, двигательных функций; сухожильных, периостальных, кожных рефлексов; оценку вегетативной регуляции. При наличии медицинских показаний, дети в возрасте 14 и 17 лет проходят дополнительно электроэнцефалографическое исследование для исключения патологий со стороны центральной нервной системы; 5) стоматолог проводит комплексное обследование ребенка с оценкой состояния прикуса, пародонта, индексов гигиены, интенсивности поражения зубов кариесом (КПУ – сумма кариозных пломбированных и удаленных зубов у одного ребенка), степени активности кариеса, гингивита, (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс для оценки воспалительного процесса десен), составляет план диспансеризации, реабилитации и профилактики; 6) офтальмолог проводит определение остроты зрения, внешний осмотр органа зрения; осмотр с боковым освещением и в проходящем свете, офтальмоскопию. При наличии медицинских показаний, дети в возрасте 14 и 17 лет проходят дополнительно измерение глазного давления; 7) эндокринолог проводит осмотр для исключения гинекомастии, задержки или преждевременного полового развития, задержки роста, ожирения, увеличения щитовидной железы, сахарного диабета, крипторхизма.

Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении алгоритмов и чек-листов для проведения профилактических медицинских осмотров населения в Республике Казахстан» от 21 мая 2020 года

№ 318 (с изменениями, внесенными приказом МЗ РК от 18 августа 2023 г. № 496) утверждены:

1) алгоритмы проведения профилактических медицинских осмотров детей в Республике Казахстан для медицинских информационных систем;

2) алгоритмы проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения в Республике Казахстан для медицинских информационных систем;

3) алгоритмы проведения профилактических медицинских осмотров по выявлению онкологических заболеваний в Республике Казахстан для медицинских информационных систем;

4) чек-листы к алгоритмам проведения профилактических медицинских осмотров детей в Республике Казахстан для медицинских информационных систем;

5) чек-листы к алгоритмам проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения в Республике Казахстан для медицинских информационных систем;

6) чек-листы к алгоритмам проведения профилактических медицинских осмотров по выявлению онкологических заболеваний в Республике Казахстан для медицинских информационных систем.

Профилактические медицинские осмотры населения проводятся в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования с вводом данных о проведенных профилактических медицинских осмотрах в медицинские информационные системы здравоохранения.

В последнее время набирают популярность индивидуальные профилактические осмотры – чекап (check up) организма – общее обследование, которое проходит пациент без конкретных симптомов или недомоганий, чтобы убедиться, что со здоровьем все в порядке. Цель обследования – не обнаружить конкретную болезнь, а проверить важные показатели и исключить сразу ряд заболеваний. Перед чекапом ставят разные задачи: от общей проверки до программ для поиска определенных видов онкологических, эндокринных, сердечно-сосудистых и др. болезней.

Программы предназначены для различных групп населения, сгруппированных с учетом возраста, имеющейся патологии, рабочей специальности и других факторов.

Показатели оценки скрининга:

Полнота охвата скрининговыми обследованиями = число лиц, осмотренных при скрининговых осмотрах х 100 / число лиц, подлежащих скрининговым осмотрам. Единица измерения – процент.

Частота выявленной патологии при скрининговых осмотрах = число лиц, с выявленной патологией при скрининговых осмотрах х 100 / число лиц, подлежащих скрининговым осмотрам. Единица измерения – процент.

Процент взятых на диспансерный учет в рамках скрининговых обследований = число лиц, взятых на «Д» учет при скрининговых осмотрах х 100

/ число лиц, подлежащих скрининговым осмотрам. Единица измерения – процент.

Процент населения, осмотренного в целях выявления туберкулеза (или иного заболевания) = число лиц, осмотренных в целях выявления туберкулеза х 100 / число лиц, подлежащих осмотрам. Единица измерения – процент.

1.12.2. Динамическое наблюдение

Динамическое наблюдение – это систематическое наблюдение за состоянием здоровья пациента, а также оказание необходимой медицинской помощи по результатам данного наблюдения.

Динамическое наблюдение лиц с хроническими заболеваниями осуществляется в целях предупреждения осложнений, обострений заболеваний, их профилактики и проведения медицинской реабилитации в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, независимо от форм собственности по месту прикрепления к субъектам здравоохранения.

Динамическое наблюдение за лицами с хроническими заболеваниями осуществляется специалистами ПМСП и профильными специалистами в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС в соответствии со стандартами в области здравоохранения, утвержденными уполномоченным органом.

Лица с хроническими заболеваниями, подлежащие динамическому наблюдению, обеспечиваются лекарственными средствами в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения (АЛО).

Лица с хроническими заболеваниями подлежат учету и дальнейшему динамическому наблюдению мультидисциплинарной группой (МДГ) согласно заключению врача ПМСП или консультативному заключению профильного специалиста (или согласно выписке из медицинской карты стационарного больного).

Специалисты, оказывающие динамическое наблюдение в организациях здравоохранения, ведут учетно-отчетную медицинскую документацию.

Пациента с хроническим заболеванием ставят на учет для динамического наблюдения в организацию ПМСП по месту прикрепления на основании одного из трех документов: 1) заключения врача ПМСП; 2) консультативного заключения профильного специалиста; 3) выписки из медицинской карты стационарного больного.

Врач ПМСП проводит осмотр и оценку состояния впервые выявленных лиц с хроническими заболеваниями, подлежащих динамическому наблюдению перед постановкой на учет.

В зависимости от степени тяжести и течения заболевания динамическое наблюдение лиц с хроническими заболеваниями осуществляется профильным специалистом или врачом ПМСП:

1) у профильного специалиста – при наличии осложнений и прогрессирования заболеваний с признаками декомпенсации;

2) у врача ПМСП – при наличии компенсированного состояния, корректируемых осложнениях.

Профильный специалист осматривает пациента с хроническим заболеванием в установленные сроки. Затем представляет врачу ПМСП консультативно-диагностическое заключение, в котором указывает результаты проведенного обследования и рекомендации по дальнейшему ведению пациента. Врач ПМСП после получения консультативно-диагностического заключения наблюдает пациента в соответствии с рекомендациями профильного специалиста.

Периодичность осмотров врачом ПМСП, профильным специалистом, средним медицинским работником за лицами с хроническими заболеваниями, сроки наблюдения, минимальный объем и кратность диагностических исследований в рамках динамического наблюдения осуществляется согласно утвержденным правилам.

В организациях здравоохранения на амбулаторном уровне создаются мультидисциплинарные группы (МДГ) в составе разнопрофильных специалистов под руководством врача ПМСП или профильного специалиста для осуществления динамического наблюдения.

МДГ проводит оценку тяжести течения хронического заболевания пациента, с целью определения дальнейшей тактики лечения и наблюдения.

Состав МДГ утверждается первыми руководителями организаций здравоохранения и включает специалистов для обеспечения комплексного и индивидуального подхода к оказанию медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями: врач ПМСП; профильные специалисты в зависимости от характера заболевания пациента; медицинские сестры (участковой, расширенной практики, общей практики); психолог; социальный работник.

По представлению врача ПМСП и/или профильного специалиста МДГ не реже 1 раза в квартал, рассматривает пациентов с осложнённым и/или атипичным течением хронического заболевания для определения дальнейшей тактики наблюдения и лечения.

При наличии показаний (ухудшение клинической картины, отрицательная динамика по лабораторным показателям, изменения в инструментальных обследованиях) обследование лиц с хроническими заболеваниями, подлежащих динамическому наблюдению, проводится свыше минимального объема и кратности диагностических исследований согласно клиническим протоколам.

Динамическое наблюдение лиц с хроническими заболеваниями проводится в плановом порядке путем организации приема пациента профильным специалистом, врачом ПМСП, медицинской сестрой/братом, независимо от течения заболевания, с предварительно подготовленными результатами лабораторно-диагностических услуг для оценки состояния пациента и проведения необходимых коррекционных мероприятий.

Запланированный прием профильным специалистом, врачом ПМСП, медицинской сестрой/братом проводится в пределах своих компетенций и должных обязанностей.

На пациента с хроническим заболеванием, подлежащим динамическому наблюдению, составляется индивидуальный план динамического наблюдения и коррекции, согласно которому пациент ведет дневник самоконтроля.

Оформление медицинской документации проводится в МИС. При отсутствии технической возможности оформляется в бумажном виде, с последующим внесением в МИС.

Снятие с динамического наблюдения лиц с хроническими заболеваниями осуществляется при:

1) выздоровлении/улучшении состояния по критериям и срокам наблюдения согласно утвержденным правилам;

2) смене места прикрепления к организации ПМСП;

3) неявке пациента на запланированный прием в течение срока более 2 лет, при активном приглашении специалиста ПМСП, зарегистрированном в МИС;

4) смерти пациента.

Динамическое наблюдение за лицами с хроническими заболеваниями по трем нозологиям: артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, хроническая сердечная недостаточность проводится и в рамках программы управления заболеваниями (ПУЗ).

Врач ПМСП и/или участковая медицинская сестра при каждом приеме заполняет контрольный лист ключевых данных пациента согласно клиническим протоколам, отражающий результаты объективного осмотра, дату и заключения консультаций врача общей практики, терапевта, профильных специалистов, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, и данные о коррекции медикаментозной терапии ПУЗ (Карта наблюдения пациентов – КНП).

В КНП вводится информация о пациенте, данные объективного осмотра, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Участковая медицинская сестра вносит актуализированную информацию КНП в регистр ПУЗ.

На основе данных регистра пациентов ПУЗ врачом ПМСП не реже 1 раза в квартал проводится разделение потоков пациентов на группы согласно их клинических и поведенческих особенностей, определяющих статус пациента согласно клиническим характеристикам:

1) оптимальная зона (зеленая зона) – при установлении показателей лабораторных исследований не выше верхней границы нормы;

2) субоптимальная (желтая зона) – при превышении показателей лабораторных исследований выше верхней границы нормы не более чем на 20%;

3) плохая (красная) зона – при превышении показателей клинико-лабораторных исследований выше верхней границы нормы более чем на 20%.

Согласно сегментации, врач ПМСП определяет кратность динамического наблюдения, лабораторных и инструментальных исследований, осмотры профильных специалистов согласно правилам.

Динамическое наблюдение осуществляется:

1) участковой медицинской сестрой при нахождении пациента в оптимальной зоне, путем запланированного обзвона, контроля и мониторинга самоменеджмента для поддержания нормальных показателей здоровья;

2) врачом ПМСП при нахождении пациента в субоптимальной зоне динамическое наблюдение осуществляется до улучшения состояния здоровья пациента, и достижения клинико-лабораторных показателей до нормального уровня;

3) врачом ПМСП совместно с профильным специалистом и другими членами МДГ при нахождении пациента в плохой зоне динамическое наблюдение проводится до улучшения состояния здоровья пациента, и достижения клинико-лабораторных показателей до нормального уровня.

Следует отметить, что профилактическое направление системы охраны здоровья населения является одним из основополагающих принципов отечественного здравоохранения. В предыдущие годы был обоснован и эффективно использовался метод диспансеризации, обеспечивший широкий охват населения профилактическими мероприятиями: массовыми медицинскими осмотрами, иммунизацией, лечением, санитарно-просветительной работой. В настоящее время термин «диспансеризация» трансформировался в динамическое наблюдение.

Нормативно-правовая база, регулирующая динамическое наблюдение за больными в Республике Казахстан показана в таблице 10.

Таблица 10 – Нормативно-правовая база, регулирующая динамическое наблюдение за больными в Республике Казахстан

Нормативно-правовые акты	Содержание
Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении перечня хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению» от 23 сентября 2020 года № ҚР ДСМ-109/2020	Утвержден перечень хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению в организациях первичной медико-санитарной помощи
Приказ МЗ РК «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний» от 23.09.2020 № ҚР ДСМ-108/2020	Утвержден перечень социально значимых заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению в организациях первичной медико-санитарной помощи
Приказ Министра здравоохранения РК «Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований» от 23.10.2020 № ҚР ДСМ-149/2020 (с изменениями от 08.10.2024 г.)	Утвержден регламент оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями с указанием периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований.

Приказ МЗ РК «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» от 24.08.2021 № ҚР ДСМ-90	Динамическое наблюдение за лицами с хроническими заболеваниями, социально значимыми заболеваниями является услугой организации ПМСП. Утвержден Порядок организации профилактики и оздоровления в организациях первичной медико-санитарной помощи.
Приказ МЗ РК «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан» от 30.03.2023 г. № 49	Среди основных направлений деятельности организаций ПМСП утверждены: организация и проведение комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения.
Приказ МЗ РК О некоторых вопросах оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья от 25.11.2020 № ҚР ДСМ-203/2020	Правила динамического наблюдения, а также прекращения динамического наблюдения за лицами с психическими, поведенческими расстройствами и заболеваниями. Согласно пункту 3 динамическое наблюдение лиц с ППР осуществляется в целях предупреждения обострений и ухудшения течения хронического ППР. Динамическое наблюдение включает в себя: лечебно-диагностические мероприятия, организацию оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения, определение реабилитационного потенциала с разработкой индивидуальной программы реабилитации, профилактику общественно-опасных деяний.
Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике туберкулеза» от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-214/2020.	Динамическое наблюдение за больными, перенесшими туберкулез, лицам III группы с повышенным риском заболевания туберкулезом.
Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан» от 12 ноября 2021 года № ҚР ДСМ-112.	Динамическое наблюдение онкологических больных Iа группы с заболеванием, подозрительным на злокачественные новообразования, Iб группы с предопухолевыми заболеваниями, IV группы с распространенными формами злокачественных новообразований,

	подлежащих паллиативному или симптоматическому лечению.
Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении стандарта организации оказания медицинской реабилитации» от 7 апреля 2023 года № 65. (с изменениями от 09.06.2020 г., 28.09.2023 г., 20.12.2024 г.)	Регламентирует Порядок организации оказания медицинской реабилитации взрослому и детскому населению Республики Казахстан, включая лиц, подлежащих динамическому наблюдению.
Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)» от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ - 75.	Утвержден перечень лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения лицам, подлежащим динамическому наблюдению.

Показатели оценки динамического наблюдения (диспансеризации) лиц с хроническими заболеваниями:

Охват населения диспансерным (динамическим) наблюдением = число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением х 100 / численность населения на конец года. Единица измерения – процент.

Охват больных диспансерным (динамическим) наблюдением = число больных, состоящих под диспансерным наблюдением с данным заболеванием х 100 / число зарегистрированных больных с данной болезнью. Единица измерения – процент.

Своевременность взятия больных на диспансерное наблюдение = число больных, вновь взятых на диспансерный учет из числа вновь выявленных при данном заболевании х 100 / число вновь выявленных больных данной болезнью. Единица измерения – процент.

Удельный вес вновь взятых под диспансерное наблюдение среди стоящих под наблюдением = число больных, вновь взятых на диспансерный учет х 100 / число диспансерных больных, состоявших на учете на начало года + число диспансерных больных, взятых на учет в течение года. Единица измерения – процент.

Состав больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года = число больных, состоящих под диспансерным наблюдением с данным заболеванием х 100 / число всех диспансерных больных, состоявших на учете на конец года. Единица измерения – процент.

Удельный вес больных, снятых с учета в связи с излечением = число диспансерных больных, снятых с учета в связи с излечением х 100 / число диспансерных больных, состоявших на учете на начало года + число диспансерных больных, взятых на учет в течение года. Единица измерения – процент.

Процент диспансерных больных, снятых с учета в связи со смертью = число диспансерных больных, снятых с учета в связи со смертью х 100 / число диспансерных больных, состоявших на учете на начало года + число

диспансерных больных, взятых на учет в течение года. Единица измерения – процент.

Доля диспансерных больных, не наблюдавшихся в течение года = число диспансерных больных, не наблюдавшихся в течение года х 100 / число больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года. Единица измерения – процент.

Регулярность наблюдения за диспансерными больными: = число диспансерных больных, регулярно наблюдавшихся в течение года х 100 / число больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года. Единица измерения – процент.

1.12.3. Персонифицированная медицина

Индивидуальный (или персонифицированный, персонализированный) подход к пациенту, ставящий в центр внимания не болезнь, а конкретного больного со всеми его особенностями, и необходимость профилактической направленности отмечали в своих работах классики медицины.

Если же проследить этапы развития профилактической деятельности в историческом контексте, то важным являются изменения, произошедшие в классификации. Так, если в 1970-х годах профилактика была организована как первичная, вторичная и третичная, то в середине 1990-х Институт Медицины (США) предложил новую систему классификации профилактики: универсальная, избирательная, по показаниям.

Исходя из этого, индивидуальная (персонифицированная, персонализированная) стратегия профилактики направлена на предупреждение развития заболеваний с учетом индивидуальных рисков.

Проведенные у нас в стране и за рубежом исследования свидетельствует о перспективности внедрения персонифицированного подхода при оказании профилактической помощи в современных социально-экономических условиях на основе сочетания достижений отечественной медицины в области профилактики заболевания и новых трендов в области обеспечения потребности населения в сохранении и укреплении здоровья

Анализ заболеваемости по данным обращаемости населения в медицинские организации позволяет установить контингенты и поводы, которые стали причиной обращения пациентов.

Одной из наиболее важных проблем, вставших перед мировым сообществом в последнее время, стала проблема быстро прогрессирующего постарения населения. В 2024 г. среднемировой показатель ожидаемой продолжительности жизни достиг 73,3 года, что на 8,4 года больше, чем в 1995 г. В результате, контингент лиц в возрасте 60 лет и старше увеличивается ***быстрее***, чем численность более молодых людей. Согласно прогнозам, глобальная численность людей в возрасте 60 лет и старше увеличится с 1,1 миллиарда в 2023 г. до 1,4 миллиарда в 2030 г.

Учитывая важность и актуальность затронутой проблематики, концепция здорового старения, отнесена Программой ООН к наиболее приоритетным

направлениям. Многочисленными исследователями отмечается, что именно тенденция увеличения доли пожилых людей в общей структуре населения обуславливает увеличение смертности от основных болезней: заболеваний сердечно-сосудистой системы, злокачественных новообразований, сахарного диабета и нейродегенеративных изменений, поэтому были определены как «заболеваний, ассоциированных с возрастом».

В этой связи, значительный интерес представляет разработка и внедрение методов профилактики возраст-ассоциированных заболеваний, основанных на персонифицированном подходе.

По результатам исследований, выявлены наиболее частые болезни пожилого возраста, причем было отмечено, что они являются следствием возрастного ослабления защитных механизмов. Так, например, В.М. Дильман – автор элевационной теории старения, выделил десять «главных болезней» нормального старения (климакс, гиперадаптоз, ожирение, предиабет, атеросклероз, метаболическую иммунодепрессию, гипертоническую болезнь, психическую депрессию и канкрофилию), считая, что они обусловлены онтогенетическими и аккумуляционными механизмами.

Ряд исследователей также придерживаются позиции, что причина развития заболеваний стареющего организма заключается в снижении адаптационного потенциала, ограничении приспособительных возможностей и надежности механизмов саморегуляции. Причем, необходимо отметить, что существующая теория «накопления», означающая, что любая болезнь в течение жизни индивида может дать дополнительные повреждения или толчок старению объясняет необходимость принятия превентивных мер как можно в более раннем возрасте.

Во многих исследованиях показано, что предрасположенность к ряду возраст-зависимых заболеваний зависит от условий раннего онтогенеза, эпигенетических факторов. Утверждают, что имеется положительная корреляционная зависимость между низким весом при рождении и повышенным риском коронарных заболеваний сердца, гипертензии, инсульта, депрессии, диабета 2 типа и остеопороза на поздних этапах жизни. Несколько независимых групп исследователей доказали роль эпигенетических факторов в этиологии таких возраст-зависимых хронических заболеваний, как ожирение, диабет 2 типа, коронарные заболевания сердца.

Анализ работ, посвященных раннему выявлению, необходимости введения скрининговых обследований и особенностей диагностики заболеваний, ассоциированных с возрастом, позволил установить совокупность закономерностей и взаимосвязей для составления прогностических шкал возможности создания и эффективной реализации персонифицированных профилактических программ.

В последние годы все больше внимание уделяется молекулярнобиологическим методам и генноинженерным подходам (или эпигенетике) к увеличению продолжительности жизни, различным теориям старения и необходимости внедрения так называемой «медикаментозной

профилактики» или геропротекторов – защищающих от старения и обладающих различным механизмом действия.

Применение же гериатрических средств, сводится к улучшению качества жизни пожилых пациентов или при комбинированном лечении у них заболеваний. Поэтому, препараты, препятствующие инициирующему действию повреждающих агентов (антиоксиданты, антимутагены, энтеросорбенты) могут служить важным дополнительным средством профилактики преждевременного старения в условиях повышенного риска влияния на организм неблагоприятных условий внешней среды.

Таким образом, достаточно интересным в плане научного поиска становится вопрос поиска показателей (маркеров или предикторов), которые позволили бы врачу планировать и осуществлять программу персонифицированной профилактики.

Новый рубеж в персонифицированной медицине открывают генетические и геномные тесты, позволяющие выявить изменения в генах и не только выяснить наличие или отсутствие, например, рака, но и предсказать поведение опухоли в краткосрочном периоде. Разрабатывается технология генетического тестирования с целью выявления в генетическом коде специфических изменений, указывающих на наличие у человека риска развития злокачественных новообразований или других социально значимых болезней.

Генетические тесты актуальны для практически здоровых людей, имеющих семейную историю онкологических заболеваний, так как это позволяет получить важную информацию о генетической предрасположенности к онкологическим заболеваниям. Генетические тесты позволяют выявить не только риск наследственного рака в целом, но и конкретных его форм: наследственный рак желудка, яичников, молочной железы, эндометрия, поджелудочной железы, предстательной железы, толстой кишки. Новые технологии позволят прогнозировать рецидивы и чувствительность опухоли к химиотерапии у пациентов с раком молочной железы на основе анализа экспрессии генов. Это позволит создать систему определения профиля их экспрессии для выявления групп пациентов с раком молочной железы I-IIa стадии высокого и низкого риска отдаленного метастазирования.

Персонализированные скрининговые тесты позволяют врачам определить людей, которые больше всего нуждается в обследовании, а также выяснить, как часто необходимо делать тесты.

Кроме лекарств от рака в научном сообществе обсуждаются также вакцины от рака, нацеленные на иммунную систему. Вакцины, способные потенциально полностью вылечить от рака, создают индивидуально для каждого пациента. Их синтез происходит всего за несколько недель. Состав молекулы подбирают с учетом особенностей конкретной опухоли таким образом, чтобы побудить организм искать и убивать любые раковые клетки. Исследования вакцин против рака находятся на ранней стадии. Однако испытания уже показали, что они эффективно уничтожают оставшиеся после операции опухолевые клетки и значительно снижают риск рецидива болезни.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «скрининг».
2. Перечислите цели и принципы программ скрининга.
3. Какие виды скрининговых исследований проводятся в Казахстане?
4. Какие целевые группы населения подлежат скринингам?
5. Дайте определение динамическому наблюдению лиц с хроническими заболеваниями.
6. Как проводится динамическое наблюдение у врача ПМСП и профильного специалиста?
7. Как проводится взятие и снятие с динамического наблюдения лиц с хроническими заболеваниями?
8. Какими показателями оценивается динамическое наблюдение?
9. Что представляет собой индивидуальный подход к пациенту?
10. Что включает в себя персонифицированная медицина?

1.13. Программа управления заболеваниями.

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) – в основном, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, рак, и хронические заболевания органов дыхания – являются основными причинами смерти в мире.

На сегодня ХНИЗ остаются одной из актуальнейших проблем современного здравоохранения, являясь ведущими причинами высокой преждевременной смертности и инвалидизации населения развитых стран. Их развитие объясняется воздействием многих факторов риска, основными из которых являются пол, возраст, курение, артериальная гипертензия, избыточная масса тела, повышенный уровень сахара крови, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность (Brownson R.C., 1998). По данным многих эпидемиологических исследований, роль вышеуказанных факторов в развитии сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний доказана и неоспорима (Оганов Р.Г., 2007) [18]. Ежегодно от ХНИЗ умирает более 36 миллионов человек (63% случаев смерти в мире), из которых 14 миллионов человек умирают преждевременно, то есть в возрасте до 70 лет.

На страны с низким и средним уровнем дохода уже сейчас приходится около 80% бремени такой преждевременной смертности, связанной с четырьмя наиболее распространенными факторами риска – употреблением табака, нездоровым питанием, отсутствием физической активности и вредным употреблением алкоголя – и в значительной мере предотвратимой. По прогнозам экспертов, при сохранении нынешних тенденций к 2030 г. эпидемия НИЗ будет ежегодно уносить 52 миллиона человеческих жизней.

Экономические потери, обусловленные НИЗ, в странах с низким и средним уровнем дохода за период 2011-2030 гг. оцениваются более чем в 21 триллион долларов США, причем почти треть этой суммы обусловлена ССЗ (Bloom, et al., 2011)

Воздействие на основные факторы риска (употребление табака и алкоголя, нездоровый рацион питания, недостаточная физическая активность, гипертензия, ожирение и факторы окружающей среды) позволит предотвратить по меньшей мере 80% болезней сердца, инсультов и случаев диабета, а также 40% случаев рака.

Потери для экономики превышают прямые затраты на здравоохранение в 13 раз. Это соотношение выше, чем соотношение потерь для экономики и прямых затрат, обусловленных НИЗ, в Кыргызстане (4:1) и Вьетнаме (3:1), по данным других докладов этой серии (Kontsevaya et al., 2017;). Совокупный годовой ущерб, нанесенный НИЗ экономике Беларуси в 2015 году был эквивалентен 5,4% валового внутреннего продукта страны.

Согласно рекомендациям ВОЗ, службам здравоохранения необходимо стать более ориентированными на человека, чтобы способствовать улучшению здоровья людей в эпоху широкой распространенности хронических заболеваний. В этой связи необходимо искать новые формы профилактики и работы с населением, имеющим хронические неинфекционные заболевания. Одной из таких форм являются программа управления хроническими заболеваниями (ПУЗ). Согласно определению Американской ассоциации управления болезнью (DMAA) (Википедия), управление болезнями – это система скоординированных и интегрированных медицинских вмешательств и коммуникаций для определенных групп пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе клиническое ведение и самоменеджмент.

Управление заболеваниями (самоменеджмент) – это способность человека с хроническими заболеваниями управлять симптомами, лечением физическими и социальными последствиями, а также изменениями в образе жизни для снижения числа обострений, осложнений, потребности в стационарной и скорой медицинской помощи. Таким образом, усилия самого пациента по охране здоровья являются существенными.

Целью Программы является изменение менталитета пациентов, улучшения качества жизни лиц с хроническими заболеваниями путем предотвращения или минимизации последствий заболевания через интеграцию медицинской помощи и взаимодействия медицинских работников, а также снижения затрат на здравоохранение.

Теория, лежащая в основе управления болезнью. Пациент становится активным «центром, вокруг которого здравоохранение организуется» –пациенты должны быть вовлечены как партнеры в процесс оказания помощи, иметь широкий контроль над собственным лечением, быть полностью информированы и принимать ответственность за процесс управления своим здоровьем. Одним из значимых условий эффективности программы управления заболеванием является поддержка взаимодействия между врачом и пациентом с целью совместного планирования индивидуальной стратегии управления болезнью (рис. 1).

ПУЗ были успешно были в ряде стран: Финляндия, где был зарегистрирован самый высокий в мире показатель смертности от ИБС (1971г.). 1972-1977 гг. было внедрено пилотное внедрение ПУЗ;

- Голландия. 2000 г. – сахарный диабет;
- Германия. 2001 г. – пилотное внедрение программ по сахарному диабету 2 типа, раку лёгких и ИБС. 2003 г. – программа по раку молочной железы;
- Канада. 2003 г. – ХСН, ХОБЛ, сахарный диабет.

Внедрение ПУЗ включает следующие хронические неинфекционные заболевания: сахарный диабет, артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность. С 2018 года после массового обучения медицинских работников ПУЗ по 3 основным заболеваниям - сахарный диабет, артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность внедрен по всей республике.

Рисунок 1 – Пирамида Kaiser Permanente – соответствие уровня управления и хроническими заболеваниями и самоменеджмента[3].

Процесс внедрения ПУЗ включает в себя следующие этапы:

1) Выявление пациентов. Одной из основных задач работников ПМСП будет выявление пациентов именно с патологиями, которые выбраны в рамках пилота.

[3] Kaiser Permanente. Kaiser Permanente Washington Population Health Program Description [Internet]; 2020 [cited 2023 Dec 23]. Available from: https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/about/population-health-2020.pdf.

2) Анкетирование и приглашение к участию в ПУЗ. Анкета состоит из нескольких вопросов, основной целью здесь будет получение информации о данных пациента и на сколько он ознакомлен с ПУЗ, желает ли он участвовать в данной программе. В приглашении к участию в ПУЗ ему еще раз объясняют преимущества участия, его права и обязанности. **После чего заключается договор.**

3) Обучение пациентов. На данном этапе будут задействованы школы здоровья организаций ПМСП.

4) Организация контакта с врачом общей практики (семейным врачом).

Здесь на врача будет возложен определенный перечень обязанностей: то, что он должен контролировать в рамках ведения пациента.

5) Организация работы мультидисциплинарной группы.

Рисунок 2 – Структура диспансерных больных в РК (2017г) (*материалы коллегии МЗ РК 2018г*).

В программе принимает участие команда медицинских работников или так называемая мультидисциплинарная команда – врачи (врач-терапевт/ВОП, врач-кардиолог, врач-эндокринолог, врач-диетолог), медсестры, специалисты здорового образа жизни, психологи, социальные работники и другие, и конечно же человек с хроническим заболеванием, а также круг поддержки, определяемый

самим человеком, ими могут быть члены семьи, друзья, коллеги, соседи, пациенты с такими же заболеваниями и другие).

В перечень обязанностей членов группы входит обучение, медицинская помощь и лечение, разработка внутренних правил, проведение мероприятий и мониторинг.

6) Мониторинг данных и оценка результатов. Целью мониторинга будет являться оценка эффективности ПУЗ в сравнении с традиционным лечением, а также определение уровня удовлетворенности программами.

ПУЗ обеспечивается следующими составляющими:

1) процесс идентификации групп пациентов, нуждающихся в управлении болезнью;

2) организация помощи в процессе управления болезнью на основе достоверно измеренных данных актуального состояния пациента;

3) модель практического сотрудничества пациента с врачами и другими поставщиками медицинских услуг (средний медицинский персонал /менеджеры по уходу за пациентами/, клинические фармакологи, социальные работники, волонтеры);

4) обучение пациента самоуправлению здоровьем (может включать первичную профилактику, программы модификации поведения, комплайенс-наблюдение);

5) текущий и окончательный анализ, оценка и планирование;

6) регулярная обратная связь (может включать обстоятельные беседы с пациентом, врачом и вспомогательными службами в целях коррекции «плана здоровья»).

Таким образом, выделяются семь ключевых компонентов Модели оказания помощи при хронических заболеваниях в рамках ПУЗ.

- Мультидисциплинарная команда
- Регистры и сегментация населения
- Запланированные приемы
- Карты наблюдения за пациентами/КП
- Обзвон пациентов в рамках последующего наблюдения
- Групповой прием
- Поддержка самоменеджмента/самоуправления

Самоменеджмент – “Способность отдельного человека управлять симптомами, лечением, физическими и психологическими последствиями и изменением образа жизни, присущими при наличии хронического заболевания.” (Barlow et al, client Educ Couns 2002) [19]. Самоменеджмент включает в себя возможность отслеживать свое заболевание и вносить изменения в свою жизнь. Это представляет собой динамичный, непрерывный процесс саморегуляции.

Задачи самоменеджмента:

- Умение мониторировать симптомы болезни;
- Регулировать прием лекарств;
- Приспособление режима и распорядка в соответствии с симптомами;
- Соблюдение режима питания;

• Вовлечение в физическую активность;
• Управление здоровым поведением;
• Своевременное обращение к услугам специалистов.

Поддержка самоменеджмента может повысить уверенность в себе,

улучшение знаний и улучшение поведения, улучшить качество жизни и способствовать улучшению клинических исходов.

В таблице 11 показан пример Критерия отбора пациентов для участия в Программе управления хроническими неинфекционными заболеваниями.

Таблица 11 – Критерии отбора пациентов для участия в Программе управления хроническими неинфекционными заболеваниями (пример):

Сахарный диабет, тип 2	**Артериальная гипертензия**	**Хроническая сердечная недостаточность**
Взрослые - старше 18 лет Мужчины и женщины Трудоспособные и пенсионного возраста Компенсированная стадия	Пациенты с первичной артериальной гипертензией Взрослые – старше 18 лет	**все пациенты** 2-4 классов по NYHA с фракцией выброса ≤40% и с фракцией выброса >40% + диастолическая дисфункция левого желудочка по данным ЭхоКГ.

Задачи ПУЗ:

1) повышение солидарной ответственности пациентов за охрану своего здоровья;

2) оптимизация помощи пациенту посредством профилактики и профилактических вмешательств, основанных на клинических руководствах, разработанных на основе доказательной медицины;

3) создание пациент-ориентированной модели оказания медицинской помощи;

4) улучшение/повышение самоменеджмента пациентов;

5) создание мультидисциплинарных команд медицинских специалистов по ведению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями

6) снижения числа госпитализаций пациентов.

Основные условия для внедрения ПУЗ:

1. Выбор нозологии (артериальная гипертония, сахарный диабет II типа, хроническая сердечная недостаточность)

2. Ведение непрерывной оценки состояния здоровья пациента (дневниковые записи, заполнение чек-листов и т.д.);

3. Выбор регионального координатора.

4. Наличие мультидисциплинарной команды.

5. Отбор группы пациентов для участия в ПУЗ.

Индикаторы внедрения ПУЗ на примере артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, хронической сердечной недостаточности показаны в таблицах 12, 13.

Таблица 12 – Индикаторы внедрения ПУЗ на примере Артериальной гипертензии

Измерения: Артериальная Гипертензия	**Понятийное определение**
Клинические исходы	
% пациентов с **первичной гипертензией** с уровнем АД <140/90 на последнем приеме у врача	Числитель: Количество пациентов, участвующих в ПУЗ с первичной гипертензией с АД <140/90 на последнем приеме у врача Знаменатель: Общее количество пациентов, участвующих в ПУЗ с первичной гипертензией
Исходы процесса	
% пациентов с **первичной гипертензией** с АД, зафиксированным на последнем приеме у врача	Числитель: Количество пациентов, участвующих в ПУЗ с первичной гипертензию с АД, зафиксированным на последнем приеме у врача Знаменатель: Общее количество пациентов, участвующих в ПУЗ с первичной гипертензией
% пациентов с **первичной гипертензией** с задокументированной целью и планом действия по самоменеджменту	Числитель: Количество пациентов с **первичной гипертензией** с задокументированной целью и планом действия по самоменеджменту Знаменатель: Общее количество пациентов, участвующих в ПУЗ с первичной гипертензией
% пациентов, с **первичной гипертензией**, с задокументированным статусом курильщика за последние 12 месяцев	Числитель: Количество пациентов с **первичной гипертензией,** с задокументированным статусом курильщика за последние 12 месяцев Знаменатель: Общее количество пациентов, участвующих в ПУЗ с **первичной гипертензией**
% пациентов с **первичной гипертензией**, употребляющих табак и проконсультированных по отказу от табакокурения за последние 12 месяцев.	Числитель: пациентов с **первичной гипертензией**, употребляющих табак и проконсультированных по отказу от табакокурения за последние 12 месяцев. Знаменатель: Общее количество пациентов, употребляющих табак и участвующих в ПУЗ с **гипертензией**

Пример 2 Сахарный диабет, тип 2

Измерения: Сахарный диабет, тип 2	**Понятийное определение**
Клинические исходы	
% пациентов с диабетом с уровнем HbA1c< 7	Числитель: Количество пациентов с сахарным диабетом с уровнем HbA1c< 7 Знаменатель: Общее количество пациентов с сахарным диабетом, участвующих в ПУЗ
% пациентов с сахарным диабетом с АД<130/80	Числитель: Количество пациентов с сахарным диабетом с уровнем с АД<130/80 Знаменатель: Общее количество пациентов с сахарным диабетом, участвующих в ПУЗ
% пациентов с диабетом с уровнем HbA1c< 9	Числитель: Количество пациентов с сахарным диабетом с уровнем HbA1c<9

	Знаменатель: Общее количество пациентов с сахарным диабетом, участвующих в ПУЗ
Исходы процесса	
% пациентов с сахарным диабетом с задокументированной целью и планом действия по самоменеджменту	Числитель: Количество пациентов с сахарным диабетом с задокументированной целью и планом действия по самоменеджменту Знаменатель: Общее количество пациентов с сахарным диабетом, участвующих в ПУЗ
% пациентов с сахарным диабетом и АД, измеренным на последнем приеме у врача	Числитель: Количество пациентов с сахарным диабетом и АД, измеренным на последнем приеме у врача Знаменатель: Общее количество пациентов с сахарным диабетом, участвующих в ПУЗ
% пациентов с сахарным диабетом, прошедших ежегодный осмотр стоп	Числитель: Количество пациентов с сахарным диабетом, прошедших ежегодный осмотр стоп Знаменатель: Общее количество пациентов с сахарным диабетом, участвующих в ПУЗ
% пациентов с сахарным диабетом**,** которым назначалось лабораторное исследование на уровень HbA1c за последние 6 месяцев	Числитель: Количество пациентов с сахарным диабетом**,** которым назначалось прохождение лабораторного исследования на уровень HbA1c за последние 6 месяцев Знаменатель: Общее количество пациентов с сахарным диабетом, участвующих в ПУЗ
% пациентов с сахарным диабетом, которым назначалось прохождение лабораторного исследования на уровень ЛПНП за последние 12 месяцев	Числитель: количество пациентов с сахарным диабетом, которым назначалось прохождение лабораторного исследования на уровень ЛПНП за последние 12 месяцев Знаменатель: Общее количество пациентов с сахарным диабетом, участвующих в ПУЗ
% пациентов с сахарным диабетом, принимающих статины в настоящее время	Числитель: Количество пациентов с сахарным диабетом, принимающих статины в настоящее время Знаменатель: Общее количество пациентов с сахарным диабетом, участвующих в ПУЗ
% пациентов с сахарным диабетом, которым назначалось прохождение лабораторного исследования на уровень микроальбумина в прошлом году (исключая пациентов, которые принимают АПФ/БРА)	Числитель: Количество пациентов с сахарным диабетом, которым назначалось прохождение лабораторного исследования на уровень микроальбумина в прошлом году (исключая пациентов, которые принимают АПФ/БРА) Знаменатель: Общее количество пациентов с сахарным диабетом, участвующих в ПУЗ
% пациентов с сахарным диабетом, у которых задокументирован статус курильщика за последние 12 месяцев	Числитель: Количество пациентов с сахарным диабетом и с задокументированным статусом курильщика за последние 12 месяцев Знаменатель: Общее количество пациентов с сахарным диабетом, участвующих в ПУЗ
% пациентов с диабетом, употребляющих табак и были проконсультированы по отказу от табакокурения за последние 12 месяцев	Числитель: Количество пациентов с диабетом, участвующих в ПУЗ и употребляющих табак и были проконсультированы по отказу от табакокурения за последние 12 месяцев Знаменатель: Общее количество пациентов с сахарным диабетом, употребляющих табак и участвующих в ПУЗ

Таблица 13 – Пример 3 Хроническая сердечная недостаточность

Измерения: Хроническая Сердечная недостаточность	**Понятийное определение**
Клинические исходы	
% пациентов с **ХСН**с дисфункцией левого желудочка (по данным ЭхоКГ) и принимающих ингибиторы АПФ или БРА.	Числитель: Количество пациентов с **ХСН** с дисфункцией левого желудочка (по данным ЭхоКГ) и принимающих ингибиторы АПФ или БРА (если АПФ ингибитор противопоказан) Знаменатель: Общее количество пациентов с **ХСН**, участвующих в ПУЗ.
% пациентов с **ХСН**, с дисфункцией левого желудочка (по данным ЭхоКГ) и принимающих бета-блокаторы	Числитель: Количество пациентов с **ХСН**с дисфункцией левого желудочка (по данным ЭхоКГ) и принимающих бета-блокаторы Знаменатель: Общее количество пациентов с **ХСН**, участвующих в ПУЗ
% пациентов с **ХСН**, госпитализированных за последние 12 месяцев	Числитель: Количество пациентов с **ХСН**, госпитализированных за последние 12 месяцев Знаменатель: Общее количество пациентов с **ХСН**, участвующих в ПУЗ.
Исходы процесса	
% пациентов с **ХСН**, прошедших исследование ЭхоКГ при диагностировании дисфункции левого желудочка.	Числитель: Количество пациентов с **ХСН**, прошедших исследование ЭхоКГ при диагностировании дисфункции левого желудочка. Знаменатель: Общее количество пациентов с **ХСН**, участвующих в ПУЗ.
% пациентов с **ХСН**, имеющих данные АД, измеренное на последнем приеме врача	Числитель: Количество пациентов с **ХСН**, имеющих данные АД, измеренного на последнем приеме врача Знаменатель: Общее количество пациентов с **ХСН**, участвующих в ПУЗ.
% пациентов с **ХСН с** задокументированными целями и планом действий по самоменеджменту	Числитель: пациентов с **ХСН с** задокументированными целями и планом действий по самоменеджменту Знаменатель: Общее количество пациентов с **ХСН**, участвующих в ПУЗ.
% пациентов с ХСН с задокументированным статусом курильщика за последние 12 месяцев	Числитель: Количество пациентов с ХСН с задокументированным статусом курильщика за последние 12 месяцев Знаменатель: Общее количество пациентов с **ХСН**, участвующих в ПУЗ.
% пациентов с ХСН, употребляющих табак и проконсультированных по отказу от табакокурения за последние 12 месяцев.	Числитель: Количество пациентов с ХСН, употребляющих табак и проконсультированных по отказу от табакокурения за последние 12 месяцев. Знаменатель: Общее количество курящих пациентов с **ХСН**, участвующих в ПУЗ.

Ожидаемые результаты (на примере АГ).

• Для пациентов:

- Ведение дневника самонаблюдения (все, что ниже можно включить в дневник)

- Снижение веса
- Стабилизация АГ
- Отсутствие кризов
- Снижение вызовов СМП по АГ
- Снижение курения, употребление алкоголя
- Увеличение физической активности (ходьба 30 минут в день)
- Приверженность к гипотензивной терапии, приём статинов, согласно КР

• Для медработников:

- Снижение госпитализации с АГ;
- Снижение количества осложнений от АГ;
- Уменьшение вызовов СМП;

• Для здравоохранения:

• Снижение числа осложнений ХНЗ;
• Снижение числа посещений врачами на дому;
• Снижение вызовов скорой помощи;
• Снижение общего числа госпитализаций;
• Увеличение количества пациентов с улучшенным самоконтролем;
• Удовлетворенность пациентов.

В совокупности это обеспечение всеобщего охвата медико-санитарным обслуживанием, снижения затрат здравоохранения и улучшения качества жизни лиц с хроническими заболеваниями путем предотвращения или минимизации последствий заболевания с помощью интегрированной помощи.

1.14. Охрана здоровья работающего населения

Главным и обязательным условием устойчивого социально-экономического развития страны, ее конкурентноспособности и национальной безопасности является здоровье населения и особенно его трудоспособного и трудоактивного контингента – экономического и социального потенциала государства.

В обстановке всевозрастающей потребности в трудовых ресурсах, с одной стороны, и дефицита квалифицированной рабочей силы, с другой, забота о здоровье трудящихся является одним из главных социальных приоритетов государственной политики.

К повышению качества человеческих ресурсов посредством улучшения состояния здоровья трудящихся также побуждает социальная ответственность бизнеса, поскольку ожидаемый эффект окупит расходы, связанные с затратами на улучшение условий труда, медицинское обслуживание, социальную поддержку.

Возрождение и развитие промышленных гигантов Казахстана, создание новых производств одновременно актуализируют проблему охраны здоровья промышленных работников.

1.14.1. Безопасность и охрана труда

Международная организация труда (МОТ) определила работу и рабочее место приоритетной сферой продвижения принципов укрепления здоровья среди индивидуумов, общества и стран. Производственная среда относится к числу немногих мест, позволяющих проводить систематическую работу среди взрослой части населения, причем такая работа может быть организована с достаточной эффективностью, последовательно и в течение длительного периода.

В Трудовом кодексе Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года № 414-V ЗРК четко сформулированы и определены права и обязанности работодателя и работника. Так, согласно Кодексу, работодатель обязан обеспечивать безопасные условия труда, информировать работников о возможных вредных производственных факторах на территории организаций и рабочих местах, принимать меры по предотвращению любых рисков на рабочих местах и в технологических процессах путем проведения профилактики, замены производственного оборудования и технологических процессов на более безопасные, разрабатывать мероприятия по безопасности и охране труда и выделять средства на проведение их в организаций. Работодатель обязан за счет собственных средств создавать работникам необходимые санитарно-гигиенические условия, обеспечить выдачу и ремонт специальной одежды и обуви работников, снабжение их средствами профилактической обработки, моющими и дезинфицирующими средствами, медицинской аптечкой, молоком, лечебно-профилактическим питанием в соответствии с нормами, установленным уполномоченным государственным органом по труду. Также работодатель должен проводить за счет собственных средств обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры и предсменное медицинское освидетельствование работников в случаях, предусмотренных законодательством РК. Работодатель обязан страховать ответственность за нанесение вреда здоровью и жизни работника при исполнении им трудовых обязанностей и обеспечивать гигиеническое обучение (санитарный минимум знаний по вопросам профилактики общих и профессиональных заболеваний) рабочих и специалистов, занятых во вредных и опасных условиях труда.

По Трудовому кодексу РК всем работникам положен социальный отпуск продолжительностью до трёх рабочих дней для прохождения скрининговых исследований в медицинских организациях. Этот отпуск оплачиваемый. Его цель – обеспечить работникам возможность пройти медицинский осмотр, не теряя при этом в заработной плате. Работодатель обязан предоставлять каждому работнику такой отпуск на медосмотр один раз в год. Он не зависит от ежегодного трудового отпуска, а предоставляется в тот момент, когда человеку положено по времени пройти скрининг.

Организация медицинской помощи на промышленных предприятиях является мощным фактором производительности труда, снижения потерь рабочего времени в связи с нетрудоспособностью и заболеваемостью.

В настоящее время на ведущих промышленных предприятиях Казахстана в соответствии с высокими стандартами безопасности, заботясь о здоровье своих

работников, утвержден Корпоративный стандарт по охране здоровья работников, гигиене труда и промышленной санитарии.

В соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан «Об утверждении Типового положения о службе безопасности и охраны труда в организации» от 25 декабря 2015 года № 1020 (с изменением, внесенным приказом Министра труда и социальной защиты населения РК от 28 августа 2020 г. № 345) на каждом предприятии организована Служба, основными задачами которой являются:

1) проведение организационно-технические мероприятий по безопасности и охране труда;

2) организация и координация работы по безопасности и охране труда в структурных подразделениях Организации и осуществление внутреннего контроля по безопасности и охране труда, за соблюдением работниками требований нормативных правовых актов по безопасности и охране труда.

Во исполнении поставленных задач Служба безопасности и охраны труда:

- беспрепятственно посещает и осматривает производственные, бытовые и другие помещения;

- осуществляет контроль за разработкой и выполнением профилактических мероприятий по созданию безопасных и здоровых условий труда, предупреждению производственного травматизма и профессиональных заболеваний в структурных подразделениях организации;

- выдает работникам структурных подразделений организации обязательные для выполнения указания о принятии мер по устранению выявленных нарушений по безопасности и охране труда;

- ежемесячно проводит анализ состояния и причин производственного травматизма и профессиональных заболеваний в Организации и разрабатывает мероприятия по их предупреждению;

- организует обучение, инструктирование и проверку знаний по вопросам безопасности и охраны труда работников, руководителей и лиц, ответственных за обеспечение безопасности и охраны труда;

- обеспечивает соблюдение порядка расследования несчастных случаев на производстве в организации.

Правила и сроки проведения обучения, инструктирования и проверок знаний по вопросам безопасности и охраны труда работников, руководителей и лиц, ответственных за обеспечение безопасности и охраны труда утверждены приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 25 декабря 2015 года № 1019 (с изменениями от 28 августа 2020 г. № 346).

Во всех производственных подразделениях ежегодно проводится производственный контроль и специальная оценка условий труда рабочих мест, включая измерение параметров вредных факторов производственной среды на рабочих местах. Идентифицируются типовые опасности, такие как повышенный шум, вибрация, воздействие химических веществ, напряженность трудового

процесса и другие. Разрабатываются мероприятия по контролю и снижению их воздействия, обучаются специалисты и работники.

1.14.2. Обязательные медицинские осмотры

Организации здравоохранения промышленного предприятия, помимо оказания медицинской помощи, исполняют приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих обязательным медицинским осмотрам, а также правил и периодичности их проведения, объема лабораторных и функциональных исследований, медицинских противопоказаний, перечня вредных и (или) опасных производственных факторов, профессий и работ, при выполнении которых проводятся предварительные обязательные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические обязательные медицинские осмотры и правил оказания государственной услуги «Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров» от 15 октября 2020 года № ҚР ДСМ-131/2020.

Обязательный медицинский осмотр проводится для обеспечения своевременного медицинского обследования, направленного на выявление и предупреждение распространения заболеваний, в том числе профессиональных, отравлений, несчастных случаев, а также на обеспечение безопасности труда и охраны здоровья работников.

Обязательные медицинские осмотры подразделяются на предварительные, периодические и предсменные (предрейсовые), послесменные (послерейсовые).

Проводятся в соответствии с приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих обязательным медицинским осмотрам, а также правил и периодичности их проведения, объема лабораторных и функциональных исследований, медицинских противопоказаний, перечня вредных и (или) опасных производственных факторов, профессий и работ, при выполнении которых проводятся предварительные обязательные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические обязательные медицинские осмотры и правил оказания государственной услуги "Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров" от 15 октября 2020 года № ҚР ДСМ-131/2020 (табл. 14).

Таблица 14 – Целевые группы, подлежащие предварительным и периодическим медицинским осмотрам

1	Работники объектов общественного питания
2	Работники пищевой промышленности и объектов продовольственной торговли, лица, занимающиеся перевозкой продовольственных товаров
3	Работники кремово-кондитерских производств и детских молочных кухонь

4	Работники организаций по обслуживанию пассажиров (железнодорожных вокзалов, аэровокзалов, аэропортов, морских и речных вокзалов, автовокзалов, метрополитенов)
5	Проводники пассажирских поездов, стюарты речного, морского и авиатранспорта
6	Работники учебных заведений начального, среднего общего, профессионального, высшего образования, внешкольных учреждений, компьютерных клубов
7	Работники сезонных детских и подростковых оздоровительных организаций
8	Работники дошкольных организаций, школ-интернатов, детских санаторных круглогодичных оздоровительных организаций, детских домов, работники домов семейного типа
9	Медицинские работники родильных домов (отделений), детских больниц (отделений), отделений патологии новорожденных, отделений недоношенных, и стационаров смешанных отделений сельских больниц и дневные стационары. Медицинские работники организаций, независимо от форм собственности
10	Медицинский персонал организаций службы крови, медицинские работники хирургического, гинекологического, акушерского, гематологического, стоматологического профилей и медицинские работники, проводящие ивазивные методы диагностики и лечения, медицинский персонал, занимающийся гемодиализом, а также медицинский персонал вирусологических, бактериологических, клинических, иммунологических и паразитологических лабораторий
11	Работники санаториев, домов отдыха, пансионатов, интернатов и организаций, оказывающих специальные социальные услуги
12	Работники сферы обслуживания (бани, душевые, сауны, парикмахерские, косметологические салоны, прачечные, химчистки), работники бассейнов и водолечебниц, грязелечебниц, спортивно-оздоровительных организаций, менеджеры, администраторы, заведующие этажами гостиниц, мотелей, общежитий, кемпингов
13	Работники аптек, фармацевтических организаций (заводы, фабрики), занятые изготовлением, фасовкой и реализацией лекарственных средств
14	Работники водопроводных сооружений, имеющие непосредственное отношение к подготовке воды, лица, обслуживающие водопроводные сети, работники производственных лабораторий, объектов водоснабжения и канализации
15	Учащиеся (студенты) общеобразовательных школ, средних специальных и высших учебных заведений перед началом и в период прохождения практики в организациях, как работники, которых подлежат обязательным медицинским осмотрам
16	Лица, поступающие на учебу

Обязательные предварительные, периодические, предсменные (предрейсовые), послесменные (послерейсовые) медицинские осмотры проводятся медицинскими организациями, имеющими государственную лицензию установленного образца.

Предварительные обязательные медицинские осмотры проводятся при поступлении на работу или учебу с целью выяснения пригодности к выполнению обязанностей по профессии или учебе, а также предупреждения общих, профессиональных и нераспространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

При прохождении предварительного осмотра, работник или лицо, поступающее на учебу, самостоятельно предоставляет сведения о наличии у него хронических заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся медицинскими противопоказаниями к труду в условиях тяжелых работ, работ с вредными и (или) опасными условиями труда.

Медицинские работники при проведении предварительного осмотра, в случае выявления заболеваний, направляют обследуемого на дообследование с проведением лабораторных и инструментальных исследований.

Данные предварительного осмотра заносятся в медицинскую карту амбулаторного пациента (форма № 052/у), с оформлением заключения о соответствии или несоответствии состояния здоровья работника или лица, поступающего на учебу, к выполняемой работе (учебе) и наличии у него противопоказаний к труду (учебе).

Лицам, прошедшим предварительный осмотр и признанным пригодными к работе с вредными производственными факторами, выдается медицинская справка по утвержденной форме.

Периодические обязательные медицинские осмотры проводятся с целью обеспечения динамического наблюдения за состоянием здоровья работающих, своевременного установления начальных признаков заболеваний, предупреждения общих, профессиональных и нераспространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

Периодичность проведения периодических осмотров:

1) ежегодный периодический осмотр – 1 раз в год;

2) предсменное медицинское освидетельствование – в течение 1 часа перед началом рабочей смены;

3) предрейсовый и послерейсовый медицинский осмотр – в течение 30 минут перед началом рейса, и в течение 30 минут после окончания рейса.

При проведении периодического осмотра работающих с вредными производственными факторами территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (в том числе на транспорте):

1) осуществляют контроль за полнотой охвата, качеством и своевременностью проведения медицинского осмотра;

2) участвуют в обобщении результатов медицинского осмотра работников;

3) представляют санитарно-эпидемиологическую характеристику условий труда по запросу:

- медицинской организации, обслуживающей организацию (предприятие), на которой (ом) работает (ал) работник;

- медицинской организации по месту прикрепления работника;

- медицинской организации, оказывающей специализированную помощь по профессиональной патологии;

- физических и юридических лиц, предоставившим работу работнику.

Медицинская организация создает и утверждает состав врачебной комиссии для проведения медицинского осмотра и составляет Календарный план, в котором определяет вид и объем лабораторных и других исследований с учетом специфики вредных производственных факторов, время и сроки работы врачебной комиссии после получения согласованных с территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения списков контингента, подлежащего медицинскому осмотру. План согласовывается с администрацией организации (предприятия) (работодателем).

В состав врачебной комиссии входят следующие медицинские работники: терапевт, хирург, невропатолог, оториноларинголог, офтальмолог, дерматовенеролог, гинеколог, рентгенолог, врач по функциональной диагностике, врач-лаборант, прошедшие подготовку по профессиональной патологии.

Председателем врачебной комиссии является врач-профпатолог, имеющий профессиональную переподготовку по профпатологии и сертификат специалиста (профпатолога).

К работе врачебной комиссии привлекаются и другие специалисты (стоматолог, кардиолог, аллерголог, эндокринолог, фтизиатр, гематолог), прошедшие подготовку по профессиональной патологии. Медицинские работники, участвующие в медицинском осмотре, ознакамливаются с характеристикой производственных факторов и условиями труда работников, представленной работодателем.

По окончанию проведения медицинского осмотра в течение 30 календарных дней председатель врачебной комиссии обобщает результаты, составляет заключительный акт в 4-х экземплярах по утвержденной форме, предоставляет в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (в том числе на транспорте).

К заключительному акту прилагается поименный список лиц, которым рекомендован перевод на другую работу, показано стационарное и санаторно-курортное лечение, лечебно-профилактическое питание, динамическое наблюдение.

Заключительный акт, после подписания руководителем медицинской организации, направляется для исполнения администрации организации (предприятия), в территориальные подразделения ведомства государственного

органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (в том числе на транспорте), один экземпляр остается в медицинской организации, проводившей медицинский осмотр.

Медицинская организация, проводившая обязательный периодический медицинский осмотр, результаты обследования каждого работника, вводит в медицинскую информационную систему.

Медицинская организация представляет сводный отчет о результатах проведенного медицинского осмотра в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (в том числе на транспорте), по утвержденной форме.

Данные осмотра заносятся в медицинскую карту амбулаторного пациента (форма № 052/у). Каждый медицинский работник, принимающий участие в осмотре, дает свое заключение о профессиональной пригодности.

При увольнении и переводе в другую организацию (предприятие), медицинская карта амбулаторного пациента с данными медицинского осмотра передается медицинской организации по месту новой работы.

По итогам проведения периодического осмотра в случае диагностирования инфекционного или паразитарного заболевания, выявления носительства возбудителей инфекционных заболеваний, являющихся противопоказаниями к выполняемой работе, ответственный медицинский работник медицинской организации направляет экстренное извещение в территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и направляет больного для лечения в соответствующую медицинскую организацию.

Территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (в том числе на транспорте) после получения экстренного извещения, отстраняют таких лиц от работы.

Работодатель совместно с медицинской организацией, обслуживающей организацию (предприятие) или с территориальной медицинской организацией по месту прикрепления работника:

1) составляет список лиц подлежащих обязательному медицинскому осмотру;

2) разрабатывает ежегодный план мероприятий по оздоровлению работников и улучшению условий труда;

3) не допускает к работе лиц, не прошедших медицинский осмотр или признанных непригодными к работе по состоянию здоровья или имеющих медицинские противопоказания к труду;

4) в случае выявления у работника профессионального заболевания обеспечивает своевременное направление его в медицинскую организацию, оказывающую специализированную помощь по профессиональной патологии;

5) выполняет рекомендации заключительного акта по результатам проведенного медицинского осмотра работников.

По результатам медицинского осмотра медицинской организацией, обслуживающей организацию (предприятие), или территориальной медицинской организацией формируются группы, с последующим определением принадлежности работника к одной из групп, в том числе диспансерных и выдачей рекомендаций по профилактике профессиональных и социально-значимых заболеваний, а также по дальнейшему наблюдению, лечению и реабилитации по следующим категориям:

1) здоровые работники, не нуждающиеся в реабилитации;

2) практически здоровые работники, имеющие нестойкие функциональные изменения различных органов и систем;

3) работники, имеющие начальные формы общих заболеваний;

4) работники, имеющие выраженные формы общих заболеваний, как являющиеся, так и не являющиеся противопоказанием для продолжения работы в профессии;

5) работники, имеющие признаки воздействия на организм вредных производственных факторов;

6) работники, имеющие признаки профессиональных заболеваний.

Работники, имеющие выраженные формы общих заболеваний направляются на реабилитацию в медицинские организации.

После медицинской реабилитации осуществляется экспертиза их профессиональной пригодности. Работники, признанные годными к профессиональному труду, подлежат диспансерному наблюдению в группе лиц с начальными формами общих заболеваний.

Работники, имеющие признаки воздействия на организм вредных производственных факторов и признаки профессиональных заболеваний, а также в случаях затруднения определения профессиональной пригодности в связи с имеющимся у него заболеванием и с целью экспертизы профессиональной пригодности, направляются медицинскую организацию, оказывающую специализированную помощь по профессиональной патологии.

Перечень профессий декретированных групп населения, а также объем и кратность осмотров дополняются при наличии эпидемиологических показаний на конкретной административной территории в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача соответствующей территории.

Предсменные (предрейсовые) обязательные медицинские осмотры проводятся в целях установления или подтверждения наличия или отсутствия у физического лица заболевания, определения состояния здоровья, а также временной нетрудоспособности, профессиональной пригодности к работе в заступаемую смену (рейс), в том числе употребления алкогольных напитков, наркотических, психоактивных веществ или остаточных явлений такого употребления.

Послесменные (послерейсовые) медицинские осмотры проводятся по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого

профессионального заболевания или отравления, признаков употребления алкогольных напитков, наркотических, психоактивных веществ или остаточных явлений такого употребления.

Работодатели обеспечивают за счет собственных средств своевременное прохождение предсменных (предрейсовых), послесменных (послерейсовых) обязательных медицинских осмотров работниками, занятыми на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными условиями труда, машинами и механизмами, в соответствии с законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения.

Для проведения предсменного и послесменного осмотров организация или медицинская организация выделяет специальное помещение, оборудованное системами отопления, водоснабжения, канализования, освещения, обрудованное медицинским оборудованием и инструментарием.

Предсменный осмотр проводится перед началом рабочей смены (дежурства), послесменный осмотр проводится после рабочей смены (дежурства) при предъявлении маршрутного (путевого) листа, задания на выполнение наряда.

Предсменный и послесменный осмотры проводится индивидуально и включает в себя:

1) опрос, осмотр и оценку внешнего вида, походки, позы обследуемого, адекватности поведения и эмоциональных реакций, связанности и четкости речи, мимики, сознания, состояния кожных покровов и видимых слизистых оболочек, окраски склер, величины зрачков, особенностей дыхания;

2) измерение и оценку артериального давления, частоты и качественных характеристик пульса, измерение температуры тела, в случае необходимости (при наличии жалоб или показаний).

При отсутствии жалоб, объективных признаков заболеваний и нарушений функционального состояния организма, осмотренный допускается к работе.

Медицинский работник, проводивший предсменный и/или послесменный медицинский осмотр и обнаруживший признаки употребления алкогольных напитков, наркотических, психоактивных веществ или остаточных явлений такого употребления у работника (запах алкоголя изо рта, неустойчивость позы, нарушение речи, выраженное дрожание пальцев рук, изменение окраски кожных покровов, положительное показание пробы алкотеста) принимает решение и направляет работника в медицинскую организацию на медицинское освидетельствование не позднее двух часов с момента обнаружения признаков.

Информация о выявленных случаях употребления алкогольных напитков, наркотических, психоактивных веществ или остаточных явлений такого употребления сообщается немедленно работодателю.

Медицинские работники анализируют причины отстранения лиц, работающих по указанной профессии, и на основе анализа формируют группы риска, куда включаются лица, склонные к злоупотреблению алкогольных напитков, наркотических или психоактивных веществ, длительно и часто болеющие (страдающие хроническими заболеваниями).

Информация о случаях отстранения по причине заболевания, работающих по указанной профессии, а также о работниках транспортных средств, входящих в группы риска, ежемесячно в срок не позднее 5-го числа месяца, следующего за отчетным, предоставляется ответственному лицу работодателя.

Предсменные и послесменные осмотры проводятся согласно утвержденного списка профессий, требующих предсменного медицинского освидетельствования и списка профессий, требующих предрейсового и послерейсового медицинского осмотра.

Результаты проведения предсменного и послесменного медицинского осмотра регистрируются в Журнале проведения предсменного и послесменного медицинского осмотра работников по утвержденной форме. Журнал ведется на бумажном носителе, страницы которого должны быть прошнурованы, пронумерованы, скреплены печатью организации или на электронном носителе с учетом требований законодательства о персональных данных и обязательной возможностью распечатки страницы. В случае ведения Журнала, в электронном виде внесенные в них сведения заверяются электронной цифровой подписью.

Результаты предсменных (предрейсовых) и послесменных (послерейсовых) медицинского осмотра работников транспортных средств отмечаются в путевом листе штампом с указанием даты, времени и подписью медицинского работника, и подписью самого работника, либо стикером с QR кодом. Заполненный Журнал и данные на электронном носителе хранятся в течение 5 лет в архиве у работодателя.

Медицинский осмотр пилотов, бортинженеров (бортмеханики, бортоператоры, бортрадисты), штурманов, авиадиспетчеров, бортпроводников, а также персонала и лиц, поступающих на учебу и обучающихся в учебных заведениях по подготовке специалистов (пилотов, авиадиспетчеров), обслуживающих воздушное движение, проводятся в соответствии с Правилами медицинского освидетельствования и осмотра в гражданской авиации Республики Казахстана.

При выявлении заболевания медицинские организации ведут динамическое наблюдение в установленном порядке.

1.14.3. Профессиональные заболевания

Немаловажным аспектом деятельности медицинских организаций является выявление профессиональных заболеваний согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил экспертизы установления связи профессионального заболевания с выполнением трудовых (служебных) обязанностей» от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-301/2020.

Профессиональные заболевания – заболевания, возникающие в результате воздействия вредного производственного фактора. К профессиональным заболеваниям относят заболевания, которые встречаются только в условиях профессиональной деятельности или они распространены в данной профессии чаще, чем в целом среди населения или в других рабочих группах.

Проблема здоровья трудящихся отличается многогранностью, поскольку помимо медицинских аспектов включает социально-экономические и правовые. Здоровье работающих зависит от эффективности системы лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний. Важнейшее значение в профилактике этих заболеваний имеет решение технических вопросов, связанных с совершенствованием технологических процессов, санитарно-технического оснащения производства, в том числе и обеспечение работающих средствами индивидуальной защиты и др. Наряду с этим, очень важным являются социально-экономическое, экологическое и правовые аспекты защиты работающего населения.

Структура и уровни заболеваемости работающего населения находятся в прямой зависимости от всех перечисленных условий, но основными являются вредные и неблагоприятные факторы производственной среды и трудового процесса.

Основными причинами профессиональной заболеваемости являются:

- несовершенство технологических процессов;
- конструктивные недостатки средств труда;
- несовершенство рабочих мест;
- несовершенство сантехустановок;
- неприменение, отсутствие или несовершенство средств индивидуальной защиты;
- нарушение правил техники безопасности и производственной санитарии;
- профессиональный контакт с инфекционным агентом;
- отступления от технологического регламента.

Следует учесть, что вредные факторы труда не только являются причиной формирования профессиональных заболеваний, но и могут выступить патогенетическим механизмом развития и прогрессирования общих соматических заболеваний, не относящихся к категории профессиональных. Профессиональные заболевания являются лишь частью различных нарушений здоровья, возникающих вследствие работы во вредных условиях труда.

Раннее выявление признаков профессионального заболевания, диспансеризация и проведение реабилитационных мероприятий, позволяют в течение длительного времени предупредить развитие и прогрессирование болезни и, следовательно, сохранить трудоспособность работника, избежать инвалидизации.

В Республике Казахстан утверждены правила экспертизы установления связи профессионального заболевания с выполнением трудовых (служебных) обязанностей (приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-301/2020).

Приказом утвержден перечень профессиональных заболеваний:

1. Заболевания (острые отравления, их последствия, хронические интоксикации), связанные с воздействием производственных химических факторов.

2. Заболевания, вызываемые воздействием промышленных аэрозолей.

3. Заболевания, вызываемые воздействием физических факторов.

4. Заболевания, связанные с физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем.

5. Заболевания, вызываемые действием биологических факторов.

6. Аллергические заболевания.

7. Новообразования.

К профессиональным заболеваниям не относятся производственные травмы.

Профессиональные заболевания регистрируются в острой или хронической формах.

Острое профессиональное заболевание – заболевание, возникшее после однократного (в течение не более одной смены) воздействия вредных профессиональных факторов;

Хроническое профессиональное заболевание – заболевание, возникшее после многократного и длительного воздействия вредных производственных факторов.

Экспертиза установления связи профессионального заболевания с выполнением трудовых (служебных) обязанностей подразделяется на:

- первичную, которая проводится при подозрении на наличие причинно-следственных отношений между воздействием вредных производственных факторов и развитием заболевания;

- повторную, которая проводится после прохождения пострадавшим работником лечебно-реабилитационных мероприятий и (или) перед переосвидетельствованием в органах государственной медико-социальной экспертизы.

Экспертиза установления связи профессионального заболевания с выполнением трудовых (служебных) обязанностей проводится в отношении работников, выполняющих работу по трудовому договору.

Экспертиза установления связи профессионального заболевания с выполнением трудовых (служебных) обязанностей проводится государственными организациями здравоохранения, оказывающими специализированную медицинскую помощь в области профессиональной патологии и экспертизы в составе организации образования в области здравоохранения – клиникой профессионального здоровья, утвержденной уполномоченным органом в области здравоохранения.

Профессиональные заболевания (острые, хронические), обусловлены воздействием на лиц, вредных и (или) опасных производственных факторов в связи с выполнением работником своих трудовых (служебных) обязанностей, повлекшее временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности.

Диагноз острого профессионального заболевания, а также предварительный диагноз хронического профессионального заболевания устанавливается медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную

помощь вне зависимости от форм собственности, диагноз хронического профессионального заболевания – клиникой профессионального здоровья.

Медицинские организации на основании клинических данных состояния здоровья работника, карты эпидемиологического обследования очага инфекционного и паразитарного заболевания, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении форм учетной и отчетной документации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения» от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84 и (или) акта о несчастном случае, связанном с трудовой деятельностью, утвержденного приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан «Об утверждении форм по оформлению материалов расследования несчастных случаев, связанных с трудовой деятельностью» от 28 декабря 2015 года № 1055 устанавливают окончательный диагноз острого профессионального заболевания и составляют извещение.

При выявлении у работника стойких нарушений функции организма, вследствие острого профессионального заболевания пациент консультируется врачом медицины труда (профессиональная патология).

Граждане с предварительным диагнозом хронического профессионального заболевания, а также при сохранении стойких нарушений функции организма, вследствие острого профессионального заболевания более трех месяцев направляются в клинику профессионального здоровья для экспертизы установления связи профессионального заболевания с выполнением трудовых (служебных) обязанностей субъектами здравоохранения, с представлением документов.

Для проведения экспертизы установления связи хронического профессионального заболевания с выполнением трудовых (служебных) обязанностей и последствий острого профессионального заболевания в клинике профессионального здоровья формируется постоянно действующая экспертная профпатологическая комиссия (ЭППК) по профилю заболеваний, утверждаемая руководителем клиники профессионального здоровья.

Председателем ЭППК является врач-профпатолог с квалификационной категорией (ученой и (или) академической степенью), являющийся специалистом по профилю заболеваний.

Общее количество членов ЭППК составляет не менее 3 человек. Членами комиссии являются врачи, которые имеют специальность "Медицина труда (Профессиональная патология)". При необходимости для проведения экспертизы привлекаются врачи по профилю заболевания (не являющиеся членами комиссии).

ЭППК проводит первичную экспертизу установления связи профессионального заболевания с выполнением работником трудовых (служебных) обязанностей и определяет функциональные нарушения, повторную экспертизу – в случаях прогрессирования или регрессии заболевания с определением степени функциональных нарушений.

Медицинские организации обслуживающие предприятия, по месту прикрепления пациента, кабинеты профессиональной патологии вне зависимости от форм собственности направляют пациентов в клинику профессионального здоровья на экспертизу установления связи профессионального заболевания с выполнением работником трудовых (служебных) обязанностей со всеми медицинскими документами.

Санитарно-эпидемиологическая характеристика (СЭХ) условий труда оформляется территориальным подразделением государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения с учетом профессионального маршрута работника на основе документов и материалов, предоставляемых работодателем и имеющихся результатов санитарно-эпидемиологического мониторинга, контроля и надзора по форме, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-84.

Руководитель организации (работодатель), согласно профессиональному маршруту работника, после получения извещения о предварительном диагнозе хронического профессионального заболевания и (или) отравления, по форме, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020, или информирования территориального подразделения, в течение трех рабочих дней формирует Комиссию по сбору и подготовке информации для составления СЭХ условий труда работника на данном предприятии. В состав Комиссии входят представители работодателя, специалист службы безопасности и охраны труда (или лицо, назначенное работодателем ответственным по безопасности и охране труда), медицинский работник предприятия, специалист медицинской организации, обслуживающей предприятие, представитель профсоюза, пострадавший работник и (или) представитель работника, с привлечением по решению Комиссии, либо в спорных ситуациях, врачей-профпатологов с квалификационной категорией (ученой и (или) академической степенью), являющимися специалистами по профилю заболевания работника либо специалистов организаций научной деятельности, имеющих ученые и (или) академические степени в области санитарии, гигиены и эпидемиологии, общественного здравоохранения, профессиональной патологии за счет работодателя, а также специалист территориального подразделения.

Комиссия в течение десяти рабочих дней, проводит сбор необходимых документов и материалов для составления СЭХ, в том числе архивных данных, характеризующих условия труда на рабочем месте (участке, в цехе) работника (либо на аналогичных рабочих местах) за весь профессиональный маршрут на данном предприятии.

При отсутствии либо при наличии неполных данных, характеризующих условия труда работника, работодатель за счет собственных средств проводит необходимые лабораторно-инструментальные и гигиено-физиологические исследования с целью оценки условий труда на рабочем месте работника или аналогичных рабочих местах, с учетом данных производственного контроля.

Работодатель представляет необходимые документы и материалы, собранные Комиссией в течение 3 (трех) рабочих дней, в территориальное

подразделение, которое на основании предоставленной информации и имеющихся у себя сведений (в том числе актов расследования случаев профессиональных заболеваний работников данных и (или) аналогичных производств, либо участков (цехов), архивных результатов санитарно-эпидемиологического мониторинга, контроля и надзора) в течение 10 (десяти) рабочих дней составляет СЭХ в трех экземплярах и направляет один экземпляр медицинской организации, представившей извещение о подозрении на профессиональное заболевание и (или) отравление по форме, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020, второй экземпляр работодателю.

При предоставлении недостаточной информации для составления СЭХ, территориальное подразделение в течение 3 (трех) рабочих дней письменно в произвольной форме информирует работодателя о необходимости представления дополнительной информации, которую работодатель предоставляет в срок 5 (пять) рабочих дней с момента получения письменного информирования.

Если возникновение профессионального заболевания и (или) отравления обусловлено работой на объектах, подконтрольных разным территориальным подразделениям, то территориальное подразделение по последнему месту работы лица с подозрением на профессиональное заболевание и (или) отравление составляет СЭХ на основании материалов, полученных из соответствующих территориальных подразделений и других организаций (работодателей) по официальным запросам. Организации, получившие запрос, предоставляют копии затребованных документов для составления СЭХ в срок 10 (десять) рабочих дней.

Клиника профессионального здоровья проводит лабораторные и функциональные исследования согласно клиническим протоколам.

ЭППК проводит первичную экспертизу установления связи профессионального заболевания с выполнением работником трудовых (служебных) обязанностей при наличии медицинских документов и результатов исследований.

ЭППК решает вопрос о хронизации процесса и определяет последствия острого профессионального заболевания с указанием степени и выраженности клинических проявлений.

ЭППК в результате экспертизы определяет форму повторного рассмотрения материалов (очная, заочная).

ЭППК оформляет заключение на бумажном и электронном носителях, которое хранится в медицинской документации больного в клинике профессионального здоровья постоянно.

Заключение ЭППК включается в медицинскую документацию (выписку из медицинской карты стационарного больного, выписку из медицинской карты амбулаторного пациента.

В случае сложности определения экспертизы связи профессионального заболевания с выполнением трудовых (служебных) обязанностей ЭППК или в связи с несогласием работника, работодателя, страховой компании с

заключением ЭППК, согласно сроку рассмотрения обращения в соответствии со статьей 8 Закона РК от 12 января 2007 года "О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц", медицинские документы пациента клиникой профессионального здоровья направляются на рассмотрение в Республиканскую экспертную конфликтную профпатологическую комиссию (РЭКППК).

Порядок и состав РЭКППК утверждается руководителем организации образования в области здравоохранения, на базе которой создается РЭКППК.

РЭКППК рассматривает документы в сроки в соответствии со статьей 8 Закона РК от 12 января 2007 года "О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц". При необходимости приглашает на заседания врачей по профилю заболеваний, запрашивает от организаций документы, необходимые для экспертизы.

Важнейшим методом борьбы с развитием профессиональных заболеваний является их профилактика:

- обеспечение безопасных условий труда и недопущение аварийных ситуаций;
- применение эффективных индивидуальных и коллективных средств защиты;
- проведение мониторинга условий труда и здоровья работников; организационно-технические, санитарно-гигиенические и административные меры по минимизации воздействия повреждающего агента на работающих;
- проведение профессионального отбора и экспертизы профессиональной пригодности;
- проведение санаторно-курортной и эндоэкологической реабилитации лиц из групп повышенного риска;
- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников;
- применение технологических мер по механизации и автоматизации производства;
- проведение общеоздоровительных, общеукрепляющих мероприятий, направленных на закаливание организма и повышение его реактивности; соблюдение требований личной гигиены;
- обеспечение работников молоком и лечебно-профилактическим питанием;
- обеспечение санитарно-бытового и лечебно-профилактического обслуживания работников.

В случае выявления профессионального заболевания вступает в силу приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении стандарта организации медицинской помощи при профессиональной патологии в Республике Казахстан» от 30 сентября 2022 года № ҚР ДСМ-106.

В соответствии с приказом к организациям здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь при профессиональной патологии, относятся: организации здравоохранения, оказывающие в амбулаторных условиях – ПМСП и клинико-диагностическую помощь по специальности "Медицина труда (профессиональная патология)"; и клиника профессионального здоровья.

Основными задачами и направлениями деятельности организаций, оказывающих медицинскую помощь при профессиональной патологии, являются:

1) организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику и раннюю диагностику профессиональных заболеваний, профилактику инвалидизации и смертности от них;

2) оказание специализированной медицинской помощи пациентам профессиональными заболеваниями с применением современных технологий и методов диагностики и лечения, в том числе ВТМУ, основанных на принципах доказательной медицины, с соблюдением преемственности на всех этапах оказания медицинской помощи;

3) межведомственное взаимодействие с уполномоченным государственным органом по труду, государственным органом в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Координацию организации медицинской помощи при профессиональной патологии осуществляют:

- на районном уровне – профпатолог и (или) при отсутствии в штатах профпатолога ответственный специалист районной поликлиники;
- на городском уровне – профпатолог городской поликлиники и (или) внештатный специалист-профпатолог Управления здравоохранения города, города республиканского значения;
- на областном уровне – профпатолог консультативно-диагностического центра многопрофильной областной больницы и (или) внештатный специалист-профпатолог Управления здравоохранения области;
- на республиканском уровне – ответственный специалист клиники профессионального здоровья.

Окончательный диагноз острого профессионального заболевания устанавливается медицинской организацией по месту обращения и (или) лечения пациента.

Окончательный диагноз хронического профессионального заболевания устанавливается экспертной профпатологической комиссией клиники профессионального здоровья и (или) Республиканской экспертной конфликтной профпатологической комиссией организации образования в области здравоохранения в соответствии с Правилами экспертизы.

Учет профессиональных заболеваний и отчетность по ним осуществляются в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении порядка регистрации субъектами здравоохранения по месту их выявления всех случаев профессиональных заболеваний и (или) отравлений, в том числе подозрений на профессиональные заболевания и (или) отравления, обусловленные воздействием на работника вредных производственных факторов в связи с выполнением работником своих трудовых (служебных) обязанностей, либо иных действий, по собственной инициативе в интересах работодателя» от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-284/2020.

Медицинская помощь при профессиональной патологии оказывается в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, а также на платной основе.

Медицинская помощь при профессиональной патологии оказывается в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, на дому, в экстренной и плановой формах.

Таким образом, с целью охраны здоровья работающих на промышленных предприятиях разрабатывается комплексный план, включающий санитарно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические и массово-оздоровительные мероприятия.

Для улучшения качества оказываемой медицинской помощи рабочим на предприятиях создаются врачебно-инженерные бригады (ВИБ), в функции которых входит разработка оздоровительных мероприятий как непосредственно в цехах, так и вне рабочего места, проведение мероприятий по профилактике вредных привычек, организация производственной гимнастики, реализация физкультурно-массовой работы и организация условий для отдыха работающих, пропаганда ЗОЖ.

Показатели организации медицинской помощи работающим:

Полнота охвата медицинскими осмотрами = число фактически осмотренных × 100 / число подлежащих осмотру по плану. Единица измерения – процент.

Частота выявленных заболеваний («патологическая пораженность») (рассчитывается по всем диагнозам, которые указываются в отчете) = число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах × 100 / общее число осмотренных лиц. Единица измерения – случаи на 100 работающих.

Частота выявления хронических заболеваний при медицинских осмотрах = Число выявленных при медицинских осмотрах хронических заболеваний х 100 / общее число осмотренных. Единица измерения – случаи на 100 работающих.

Показатель структуры патологической пораженности = число случаев выявления при медицинском осмотре данного хронического заболевания х 100 / общее число выявленных при медицинском осмотре хронических заболеваний. Единица измерения – процент.

Удельный вес лиц, признанных при медицинском осмотре практически здоровыми = число лиц, признанных при медицинском осмотре практически здоровыми х 100% / общее число осмотренных. Единица измерения – процент.

Число случаев временной утраты трудоспособности на 100 работающих в год = число случаев временной утраты трудоспособности х 100 / средняя численность работающих. Единица измерения – случаи на 100 работающих.

Число дней временной утраты трудоспособности на 100 работающих в год = число дней временной утраты трудоспособности х 100 / средняя численность работающих. Единица измерения – дни на 100 работающих.

Средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности = число дней временной утраты трудоспособности / число случаев временной утраты трудоспособности. Единица измерения – дни.

Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности = число

случаев (дней) временной утраты трудоспособности по поводу данного заболевания х 100 / число случаев (дней) временной утраты трудоспособности по поводу всех заболеваний. Единица измерения – процент.

Показатель первичной инвалидности трудоспособного населения = число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в отчетном году х 1000 / общая численность лиц трудоспособного возраста. Единица измерения – случаи на 1000.

Контрольные вопросы:

1. Что представляет собой безопасность и охрана труда?
2. Каково содержание деятельности Службы безопасности и охраны труда в организации?
3. Дайте определение обязательным медицинским осмотрам
4. Какие целевые группы подлежат предварительным и периодическим медицинским осмотрам?
5. Как организованы предварительные медицинские осмотры?
6. Какова периодичность предварительных медицинских осмотров?
7. Кто входит в состав врачебной комиссии для проведения медицинского осмотра?
8. Какие заболевания считаются профессиональными?
9. Как устанавливается связь профессиональных заболеваний с вредными условиями труда?
10. Как оказывается медицинская помощь при профессиональных заболеваниях?

1.15. Организация стоматологической помощи населению.

Стоматологическая помощь относится одному из массовых видов медицинской помощи. В мировой практике используются различные формы, в целях обеспечения населения доступной стоматологической помощью.

В Казахстане до перехода к рыночным отношениям стоматологическая помощь населению оказывалась широкой сетью организации, на уровне сельских врачебных амбулаторий, в школах с численностью более 800 учащихся в обязательном порядке имелись стоматологические кабинеты. В результате перехода к новым экономическим отношениям и приватизации 90% стомполиклиник, привело к выраженному снижению доступности стоматологической помощи и ограничению участия государства в обеспечении населения стоматологической помощью.

В то же время приватизация имела положительные стороны:

1. Привлечение инвестиций;
2. Укрепления материально-технической базы;
3. Внедрения новых технологий, достижения мирового уровня;
4. Адаптация системы к рыночным принципам;
5. Расширения международных связей;
6. Формирование профессионализма врачей;

7. Снижение нагрузки на бюджет здравоохранения;
8. Сохранение всей сети стоматологических организаций.

Стоматологическая помощь, вследствие высокой распространенности стоматологических заболеваний, имеет большое медико-социальное значение. Так, наличие заболеваний зубов создают хронические очаги инфекции, в результате чего способствует дальнейшему развитию и обострению хронических соматических заболеваний. С другой стороны, высокая потребность населения в стоматологической помощи обусловливает социальную значимость ее. Все это определяет необходимость государственной поддержки в обеспечении населения стоматологической помощью. В стране есть и сеть государственных стоматологических центров, представленная в 15 областях, более 200 государственных стоматологических кабинетов в школах и сельской местности.

Доступность стоматологической помощи населению обеспечивается гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи.

Перечень отдельных категорий населения, подлежащих экстренной и плановой стоматологической помощи Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-106/2020 от 21 сентября 2020 года Об утверждении перечня отдельных категорий населения, подлежащих экстренной и плановой стоматологической помощи (таблица 15).

Таблица 15 – Категории населения, подлежащие экстренной стоматологической помощи

№	**Категории населения, подлежащие экстренной стоматологической помощи**
1.	Дети до 18 лет
2.	Беременные женщины
3.	Ветераны Великой отечественной войны
4.	Инвалиды 1, 2, 3 группы
5.	Многодетные матери, награжденные подвесками "Алтын алқа", "Күміс алқа"
6.	Получатели адресной социальной помощи
7.	Пенсионеры по возрасту
8.	Больные инфекционными, социально-значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих
9	Неработающие лица, осуществляющие уход за ребенком-инвалидом
10	Неработающие лица, осуществляющие уход за инвалидом первой группы с детства
Категории населения, подлежащие плановой стоматологической помощи	
1.	Дети до 18 лет
2.	Беременные женщины

Профилактические услуги включают:

- профилактические осмотры женщин в возрасте от 15 до 49 лет включительно, детей декретированных возрастов до 18 лет и отдельных групп

населения в соответствии с порядком, установленным уполномоченным органом
- осмотр стоматолога;

Лечебные услуги включают:

- плановую стоматологическую помощь (кроме ортодонтической и ортопедической) детям до 18 лет и беременным, включая экстракцию зубов, препарирование и наложение пломбы из композитных материалов химического отверждения;

- ортодонтическую помощь детям до 6 лет с врожденными дефектами неба;

- экстренную стомпомощь социально-незащищенным группам;

Структура стоматологических организаций:

1) специализированная детская стоматологическая поликлиника для обслуживания детского и взрослого населения;

2) стоматологические отделения (кабинеты) в составе МО;

3) стоматологические кабинеты в составе образовательных организации;

4) челюстно-лицевое отделение;

5) центры реабилитации взрослого и (или) детского населения с врожденной патологией челюстно-лицевой области.

Основные задачи и функции организаций, оказывающих стомпомощь

1) организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику стоматологических заболеваний;

2) диагностика стоматологических заболеваний и патологии органов зубочелюстной системы;

3) лечение заболеваний стоматологических заболеваний с соблюдением преемственности на всех этапах лечения;

4) медицинская реабилитация лиц с неспецифическими врожденными и приобретенными заболеваниями органов зубочелюстной системы, включая консервативные методы лечения, медико-социальную реабилитацию.

Стоматологическая помощь, оказываемая в стоматологических отделениях (кабинетах) медицинских организаций, включает:

- организацию лечебно-диагностического процесса, страдающим стоматологическими заболеваниями;
- организацию и проведение в плановом порядке профилактических осмотров и санации полости рта детей, в т.ч. в учреждениях дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего, начального и среднего профессионального образования;
- диспансерное наблюдение за детьми с патологией зубочелюстной системы и анализ его эффективности с оценкой уровня стоматологического здоровья детей;
- выявление детей с зубочелюстно-лицевыми аномалиями, деформациями и предпосылками их развития, дефектов коронок зубов и зубных рядов с последующим их направлением к врачу-ортодонту в детскую стоматологическую поликлинику;

- направление на стационарное лечение в специализированные стоматологические отделения, оказывающие стоматологическую помощь;
- внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний челюстно-лицевой области;
- проведение санитарно-гигиенического обучения населения, в том числе с привлечением среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, педагогического персонала школ и дошкольных учреждений, родителей с использованием средств массовой информации.

Структура отделения (кабинета) и штатная численность медицинского персонала устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которого создано отделение (кабинет), исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы, включенных в государственный заказ.

Профилактика является основой детской стоматологической службы. С целью профилактики заболеваний полости рта необходимо повсеместно организовать работу по привитию гигиенических навыков. Предупреждение стоматологических заболеваний у детей, начиная с раннего возраста, повышение эффективности лечения – это не только медицинская, но и важная социально – экономическая проблема, актуальность которой не снижается, а возрастает в связи с научно – техническим прогрессом. Программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди детей является составной частью государственных программ, и предусматривала 2009-2015 годы, к примеру следующие задачи:

1. Профилактика и раннее выявление заболеваний стоматологического профиля, предоставление доступной и качественной медицинской помощи детскому населению.
2. Создание и развитие стомкабинетов в дошкольных и школьных учреждениях области, ориентированных на профилактику, раннее выявление и санацию стоматологических заболеваний.
3. Усиление гигиенического обучения и воспитания детей с целью предупреждения заболеваний полости рта и зубов с привлечением немедицинских работников, при тесном сотрудничестве педиатрической и акушерской служб, педагогами и воспитателями детских дошкольных учреждений, школ и работниками сферы образования.

ВОЗ сводит задачи стоящие перед системами здравоохранения к трем целям:

1. улучшение здоровья, инструментом к достижению которого является совершенствование системы здравоохранения, проведение административных реформ;
2. отзывчивость к нуждам населения, подразумевающая повышение качества медицинских услуг, уважение достоинства и соблюдение прав пациентов, а также учет потребностей и уязвимости всех групп населения;
3. финансовая справедливость, предполагающая создание устойчивых финансовых институтов, обеспечивающих всеобщий доступ к услугам здравоохранения и создающих условия для выполнения первых двух целей.

Европейское региональное бюро ВОЗ выдвинуло перед стоматологами Европейского региона новые цели, которые предполагается достичь к 2020 году:

1. Свыше 80% 6-летних детей должны иметь интактные зубы, при этом среднее значение индекса КПУ временных зубов не должно превышать 2,0.

2. У 12-летних детей средняя интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ не должна превышать 1,5, при этом компонент "К" (нелеченный кариес) должен быть ниже 0,5. Среднее количество здоровых секстантов пародонта не должно быть менее 5,5.

3. У 15-летних подростков средняя величина индекса КПУ не должна превышать 2,0, при этом компонент "К" (кариес) должен быть менее 0,5. Не должно быть зубов, удаленных вследствие осложнений кариеса. Среднее количество здоровых секстантов пародонта должно быть не менее 5,0.

4. У 18-летних не должно быть зубов, удаленных из-за кариеса и болезней пародонта. Среднее количество здоровых секстантов пародонта - не менее 4,0.

5. У 35-44-летних средняя величина индекса КПУ зубов должна быть не более 10, при этом компонент "У" (удаленные зубы) должен составить не более 4,0. У 90% лиц этого возраста должно сохраниться 20 или более естественных функционирующих зубов, при этом число беззубых лиц не должно превысить 1%. Среднее количество здоровых секстантов пародонта должно быть более 2,0.

6. В возрасте 65-74 лет 90% населения должны иметь функционально полноценную окклюзию (естественную или восстановленную протезами), при этом число беззубых лиц не должно превысить 1%. Среднее количество секстантов с глубокими карманами не должно превышать 0,5.

В целях профилактики стоматологических заболеваний в республике разработана Концепция профилактики стоматологических заболеваний среди детского населения на 2015-2020гг., который предусматривает многоуровневый принцип.

Уровни профилактических мероприятий.

На популяционном уровне:

1. обучение беременных женщин чистке зубов;
2. санитарное просвещение по вопросам профилактики стоматологических заболеваний у будущего ребенка;
3. санацию полости рта беременных женщин.

На групповом уровне:

1. Систематическое санитарное просвещение родителей о значении гигиены полости рта, о вреде избытка сахара для зубов, о необходимости санации в самом начале возникновения кариеса.

2. Ежегодные занятия с учителями школ по профилактике стомзаболеваний у детей, а также обеспечения их методическими материалам для уроков здоровья.

3. Местная фторпрофилактика кариеса зубов у детей до 14 лет;

4. Санация полости рта (число посещений определяется в зависимости от стоматологического статуса).

На индивидуальном уровне:

1. Основной метод внедрения программы профилактики на индивидуальном уровне – диспансеризация детей.

2. Организация индивидуального гигиенического обучения детей 1-6 классов, начиная с первых классов по показаниям (неудовлетворительный гигиенический индекс), в присутствии их родителей, в зависимости от условий.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите положительные стороны приватизация стоматологических учреждений?
2. Какие виды лечебных услуг включает стоматологическая помощь?
3. Перечислите структуру стоматологических организаций?
4. Каковы задачи и функции организаций, оказывающих стоматологическую помощь?
5. Что включает в себя стоматологическая помощь, оказываемая в стоматологических отделениях (кабинетах) медицинских организаций?
6. Какие задачи ставит Всемирная организация здравоохранения перед системами здравоохранения?
7. Какие цели выдвинуло Европейское региональное бюро ВОЗ перед стоматологами Европейского региона?

1.16. Врачебно-трудовая экспертиза

Врачебно-трудовая экспертиза является составной частью мероприятий по охране здоровья населения, что нашло отражение в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народе и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК, Социальном Кодексе Республики Казахстан от 20 апреля 2023 года № 224-VII ЗРК и других нормативно-правовых актах.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в целях официального признания нетрудоспособности физического лица и его временного освобождения от выполнения трудовых обязанностей на период заболевания.

Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности устанавливается уполномоченным органом и регламентирован в настоящее время приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности» от 18 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-198/2020.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в медицинских организациях, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с Законом Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях» от 16 мая 2014 года № 202-V (с изменениями и дополнениями от 05 апреля 2025 г.).

Лист о временной нетрудоспособности – документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность лиц и подтверждающий право на временное

освобождение от работы и получение пособия по временной нетрудоспособности;

Справка о временной нетрудоспособности – документ, удостоверяющий факт нетрудоспособности, являющийся основанием для освобождения от работы (учебы) без получения пособия;

Экспертиза временной нетрудоспособности, выдача листа или справки о временной нетрудоспособности осуществляется:

1) врачами медицинских организаций государственной и частной формы собственности, а также занимающиеся частной медицинской практикой при наличии у них лицензии на осуществление медицинской деятельности, включающей проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выданной в соответствии с Законом;

2) медицинскими работниками со средним медицинским образованием организаций первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) государственной формы собственности при самостоятельном приеме пациентов и самостоятельном обслуживании первичных вызовов на дому.

3) врачебно-консультативной комиссией медицинской организации (ВКК).

При проведении экспертизы временной нетрудоспособности медицинский работник (врач, средний медицинский работник):

1) устанавливает признаки временной нетрудоспособности на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;

2) определяет сроки временной нетрудоспособности в соответствии с настоящими Правилами;

3) выдает лист или справку о временной нетрудоспособности и назначает дату очередного посещения врача, фиксируя ее в первичной медицинской документации;

4) своевременно направляет пациента для консультации на ВКК и медико-социальную экспертизу (МСЭ).

Лист о временной нетрудоспособности выдается при:

1) острых или обострении хронических заболеваний;

2) травмах и отравлениях, связанных с временной потерей трудоспособности;

3) искусственном прерывании беременности;

4) уходе за больным ребенком;

5) беременности и родах;

6) усыновлении (удочерении) новорожденного ребенка (детей);

7) долечивании в санаторно-курортных организациях;

8) карантине;

9) ортопедическом протезировании.

Справка о временной нетрудоспособности (форма № 038/у) выдается при:

1) острых или обострении хронических заболеваний, травмах и отравлениях лицам, обучающимся в организациях образования;

2) травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации (форма № 036/у);

3) лечении хронического алкоголизма, наркомании, не осложненных иными расстройствами и заболеваниями;

4) уходе за больным ребенком;

5) прохождении обследования в консультативно-диагностических организациях на период проведения инвазивных методов обследовании;

6) искусственном прерывании беременности;

7) беременности и родах лицам, обучающимся в организациях образования (форма № 037/у);

8) усыновлении (удочерении) новорожденного ребенка (детей);

9) долечивании в санаторно-курортных организациях;

10) карантине;

11) ортопедическом протезировании;

12) при наличии признаков нетрудоспособности до конца смены (выдается медицинскими работниками медицинских пунктов предприятий и организаций).

Лист о временной нетрудоспособности выдается гражданам Республики Казахстан, кандасам, иностранцам, лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Республике Казахстан, осуществляющим трудовую деятельность и обучающимся в организациях образования на период их зачисления на оплачиваемые рабочие места в период производственной практики.

Выдача и продление листа или справки о временной нетрудоспособности осуществляется медицинским работником после осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы.

Лист о временной нетрудоспособности не выдается:

1) проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению органов военного управления;

2) находящимся под стражей или административным арестом;

3) лицам с хроническими заболеваниями вне обострения (ухудшения), проходящим обследование, принимающим различные процедуры и манипуляции в амбулаторно-поликлинических условиях;

4) обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности.

В указанных случаях пациенту выдается выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного.

Листы о временной нетрудоспособности не выдают следующие медицинские организации:

1) организации, осуществляющие деятельность в сфере службы крови;

2) организации, осуществляющие деятельность в сфере судебной медицины;

3) травматологические пункты и приемные отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь;

4) санаторно-курортные организации;

5) организации медицины катастроф;

6) организации, осуществляющие деятельность в сфере организации, осуществляющие деятельность в сфере формирования здорового образа жизни и здорового питания;

7) врачебно-физкультурные диспансеры;

8) организации, осуществляющие деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

9) организации скорой медицинской помощи.

Лист или справка о временной нетрудоспособности выдаются со дня установления временной нетрудоспособности, включая праздничные и выходные дни, на весь период до восстановления трудоспособности.

Лист или справка о временной нетрудоспособности не выдается за прошедшие дни, когда лицо не было осмотрено медицинским работником, за исключением предусмотренных случаев.

При острых или обострении хронических заболеваний и травмах врач выдает лист или справку о временной нетрудоспособности единолично и единовременно на три календарных дня (на основании приказа руководителя медицинской организации в период повышенной заболеваемости населения гриппом, ОРВИ – до шести календарных дней) и с общей продолжительностью не более шести календарных дней.

Продление листа или справки о временной нетрудоспособности свыше шести календарных дней проводится совместно с заведующим отделением медицинской организации общей продолжительностью не более двадцати календарных дней.

Продление листа о временной нетрудоспособности свыше двадцати календарных проводится по заключению ВКК.

В медицинских организациях, где работает один врач, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается и продлевается единолично врачом на весь период нетрудоспособности с консультацией профильного специалиста.

Физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой, выдают лист или справку о временной нетрудоспособности на срок не более шести календарных дней.

Медицинские работники со средним медицинским образованием выдают лист или справку о временной нетрудоспособности на срок не более трех календарных дней. Продление листа или справки о временной нетрудоспособности свыше трех дней производится участковым врачом.

Фельдшеры в сельской местности при отсутствии врача на основании приказа руководителя медицинской организации в период повышенной заболеваемости населения гриппом, ОРВИ выдают лист или справку о временной нетрудоспособности на срок с общей продолжительностью не более шести календарных дней.

Лист о временной нетрудоспособности выдается на срок не более шестидесяти календарных дней, за исключением беременности и родов, а также заболеваний, определенных Перечнем заболеваний, для которых установлен срок временной нетрудоспособности более двух месяцев (приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан «Об утверждении перечня заболеваний, для которых установлен срок временной нетрудоспособности более двух месяцев» от 28 декабря 2015 года № 1033).

Если по заключению ВКК отсутствуют основания для направления лица МСЭ с целью установления инвалидности, но условия труда лиц ухудшают клиническое течение и прогноз заболевания, выдается заключение ВКК о временном переводе на более легкую работу сроком от двух до шести месяцев. Срок устанавливается ВКК в зависимости от профессии (специальности), тяжести течения и осложнений заболевания.

Лицам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены, учебы), дата освобождения от работы указывается в листе или справке о временной нетрудоспособности со следующего дня.

Лист или справка о временной нетрудоспособности выдается в случае госпитализации – в стационаре со дня госпитализации, в случае лечения в амбулаторных условиях – в медицинской организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь по месту прикрепления (иногороднему – по месту обращения) в день его обращения с зачетом дня обращения в травматологический пункт и скорую медицинскую помощь на основании справки, подтверждающей их обращение в указанные медицинские организации.

Лицо обращается в медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, на следующий день после обслуживания бригадой скорой помощи и (или) в травматологическом пункте.

Если лицо обслужено бригадой скорой помощи и (или) в травматологическом пункте в пятницу, в выходные и праздничные дни, то лист или справка о временной нетрудоспособности выдается медицинской организацией, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, с зачетом дня обращения в травматологический пункт и станцию скорой медицинской помощи и последующих за ним выходных и праздничных дней на основании справки, подтверждающей их обращение в указанные медицинские организации.

В случае нетрудоспособности лица до конца смены справка о временной нетрудоспособности выдается медицинским работником медицинских пунктов предприятий и организации с освобождением от работы до конца смены с последующим направлением в медицинскую организацию. Выдачу листа или справки о временной нетрудоспособности производит медицинский работник медицинской организации, к которой прикреплено лицо, с зачетом дня обращения в медицинский пункт предприятия.

При установленных туберкулезных, психических, кожно-венерических, онкологических заболеваниях и инфицированных вирусом иммунодефицита человека/синдромом приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД) лист или справка о временной нетрудоспособности выдается медицинскими работниками

соответствующих специализированных медицинских организаций (отделений, кабинетов). При обращении лиц с этими заболеваниями в медицинские организации общего профиля медицинский работник выдает лист или справку о временной нетрудоспособности на срок не более трех календарных дней с последующим направлением лиц в специализированную медицинскую организацию (отделение), а при отсутствии таковых к профильному специалисту.

При переводе лиц в санаторно-курортную организацию для проведения медицинской реабилитации, как неотъемлемого компонента лечения, продление листа или справки о временной нетрудоспособности проводится медицинской организацией, к которой прикреплено лицо.

При стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на весь период стационарного лечения медицинским работником в день выписки лиц.

Если к моменту выписки из стационара трудоспособность лиц полностью восстановлена, лист или справка о временной нетрудоспособности закрывается датой выписки.

Лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день).

Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня).

Дальнейшее продление и закрытие листа или справки о временной нетрудоспособности производится лицу по месту жительства медицинским работником, осуществляющим дальнейшее наблюдение за ним после заключения ВКК, или медицинской организацией, в которую был направлен больной для дальнейшего лечения.

При травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности выдается справка о временной нетрудоспособности.

При возникновении другого заболевания, не связанного с тем, по которому пациенту выдана справка о временной нетрудоспособности, справка о временной нетрудоспособности закрывается и выдается лист о временной нетрудоспособности. Если после восстановления трудоспособности по этому заболеванию временная нетрудоспособность, вызванная травмой, полученной в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, продолжается, вновь открывается справка о временной нетрудоспособности.

При лечении хронического алкоголизма, наркомании, не осложненных иными расстройствами и заболеваниями, временная нетрудоспособность

удостоверяется справкой. Если в этот период возникает заболевание или травма с наступлением временной нетрудоспособности и требуется прекращение лечения алкоголизма (наркомании), выдается лист о временной нетрудоспособности.

При осложнении хронического алкоголизма (наркомании) иными заболеваниями и состояниями, нарушающими трудоспособность, на весь период нетрудоспособности выдается лист о временной нетрудоспособности.

Лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию лист или справка о временной нетрудоспособности выдается за прошедшие дни по заключению ВКК психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации.

Лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается со дня поступления на экспертизу.

Лицу, совмещающему обучение с работой, выдается лист или справка о временной нетрудоспособности одновременно.

В случае, если лицо работает у нескольких работодателей, лист о временной нетрудоспособности выдается по одному месту работы, в другие места работы лица выдаются копии листа о временной нетрудоспособности, заверенные руководителем медицинской организации и закрепленные печатью медицинской организации.

Лист или справка о временной нетрудоспособности иногородним лицам оформляются в медицинской организации по месту их временного пребывания и выдаются по согласованию с руководителем соответствующей медицинской организации.

Продление указанного листа или справки о временной нетрудоспособности производится в медицинской организации по месту прикрепления лица при наличии заключения ВКК медицинской организации, открывшей лист или справку о временной нетрудоспособности.

Лицам, направленным в медицинские организации вне места их постоянного жительства, в том числе за пределы Республики Казахстан, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается направляющей медицинской организацией по заключению ВКК на дни, необходимые на проезд, но не более пяти календарных дней.

Продление данного листа или справки о временной нетрудоспособности производится в медицинской организации, в которую лицо было направлено.

Если лицо было направлено за пределы Республики Казахстан, окончательное оформление листа или справки о временной нетрудоспособности производится ВКК при его возвращении на основании документов о консультации (лечении) в другой стране.

Лицам, получившим лист или справку о временной нетрудоспособности в медицинской организации по месту их прикрепления, их продление в другой

медицинской организации производится лишь при наличии заключения ВКК медицинской организации, выдавшей лист или справку о временной нетрудоспособности.

Документы, удостоверяющие факт болезни, травмы за рубежом граждан Республики Казахстан и кандасов, иностранных граждан, лиц без гражданства, постоянно проживающих и осуществляющих трудовую деятельность на территории Республики Казахстан, являются основанием для выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности по заключению ВКК медицинской организации по месту его прикрепления.

Документы, удостоверяющие факт болезни, травмы необходимо перевести на казахский или русский язык и заверены в стране пребывания или в Республике Казахстан.

Иностранным гражданам, пребывающим в Республике Казахстан временно, в случае заболевания, травмы выдается справка о временной нетрудоспособности.

Направляются на МСЭ длительно болеющие, работающие лица с листами о временной нетрудоспособности:

1) не ранее четырех месяцев со дня наступления временной нетрудоспособности или не позднее пяти месяцев временной нетрудоспособности в течение последних двенадцати месяцев при повторных заболеваниях (при одном и том же заболевании);

2) не ранее четырех месяцев со дня наступления временной нетрудоспособности при травмах, при наличии перспективного прогноза течения болезни, по решению ВКК, лист нетрудоспособности продлевается на два месяца;

3) не ранее восьми месяцев со дня наступления временной нетрудоспособности вследствие заболевания туберкулезом.

Лицу, признанному инвалидом, лист или справка о временной нетрудоспособности закрывается датой установления группы инвалидности.

Работающие инвалиды направляются на МСЭ при ухудшении здоровья по инвалидизирующему заболеванию не ранее двух месяцев со дня временной нетрудоспособности. Если ухудшение здоровья работающих инвалидов не связано с инвалидизирующим заболеванием, то лист о временной нетрудоспособности выдается, согласно настоящим Правилам.

При отказе лица от направления на МСЭ лист о временной нетрудоспособности не продлевается со дня отказа от направления на МСЭ, сведения об этом указываются в листе временной нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

Бланки листов временной нетрудоспособности являются документами строгой отчетности.

Лист о временной нетрудоспособности заполняется на государственном или русском языках.

Субъектами здравоохранения, выдающими лист о временной нетрудоспособности, заполняется его лицевая сторона. На лицевой стороне

листа временной нетрудоспособности под названием "Лист о временной нетрудоспособности" подчеркивается соответственно либо слово "Первичный", либо слово "Продолжение". Затем указывается название и адрес медицинской организации, дата выдачи листа, фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и место работы пациента и ставится печать медицинской организации.

В графе "Вид временной нетрудоспособности" указывается основание выдачи листа.

Если лист временной нетрудоспособности выдан в связи с родами – указывается дата родов, усыновлением или удочерением – дата усыновления или удочерения, по уходу за больным ребенком – дата и год рождения ребенка.

В строке "Режим" указывается вид предписанного лечебно-охранительного режима (стационарный, амбулаторный, санаторный). При нарушениях режима, назначенного медицинским работником, отмечаются случаи нарушения режима лицом (злоупотребление алкоголем, невыполнение назначенного обследования или лечения, неявки на прием к медицинскому работнику в указанный срок, выезд в другую местность и другое) и ставится подпись медицинского работника.

В соответствующих графах делаются отметки о сроках стационарного лечения, о дате направления на МСЭ и их заключении.

В разделе "Освобождение от работы" графа, "С какого числа" заполняется арабскими цифрами, а графа "По какое число включительно" - прописью. В каждой строке этого раздела указываются должность, фамилия и инициалы, подпись медицинского работника.

Строка "Приступить к работе" заполняется прописью (число и месяц) следующим днем после осмотра и признания лица трудоспособным. В случае сохраняющейся временной нетрудоспособности делается запись: "Продолжает болеть" и указывается номер и дата выдачи другого листа нетрудоспособности. В других случаях завершения временной нетрудоспособности делаются записи: "Установлена инвалидность (дата)", "Умер" (с указанием даты смерти).

В случае, когда лицо после выдачи или продления листа о временной нетрудоспособности на прием не явилось, а при очередном посещении признано трудоспособным, в строке "Приступить к работе" листа нетрудоспособности делается запись: "Явился трудоспособным" (с указанием даты явки), свободные строки граф "С какого числа" и "По какое число включительно" таблицы "Освобождение от работы" прочерчиваются знаком "Z".

Лист о временной нетрудоспособности не закрывается по требованию администрации с места его работы.

Номера бланков листов о временной нетрудоспособности, дата их выдачи, дата продления или выписки на работу записываются в медицинской карте амбулаторного больного (медицинской карте стационарного больного).

Оборотная сторона листа о временной нетрудоспособности заполняется работодателем с проставлением печати по месту работы лица с учетом

выделения рабочих дней в период временной нетрудоспособности, которые подлежат оплате.

Исправления вносятся, зачеркнув написанное неправильно и подписав сверху правильно. Исправление оговаривается на полях за подписью медицинского работника, заверенной печатью субъекта здравоохранения.

Печать субъекта здравоохранения ставится при открытии, с правой стороны сверху в первом разделе листа временной нетрудоспособности и внизу - при выписке на работу или при выдаче продолжения.

Все листы о временной нетрудоспособности выдаются временно нетрудоспособным под расписку на корешках, которые служат документом для отчетности по бланкам листов временной нетрудоспособности.

Учет выданных листов о временной нетрудоспособности производится в книге регистрации листов временной нетрудоспособности.

Испорченные и невостребованные бланки листов о временной нетрудоспособности погашаются медицинскими работниками, выдавшими их, в следующем порядке: бланк перечеркивается накрест и крупными буквами пишется "испорчен" или "погашен".

Корешки бланков, испорченные и невостребованные бланки хранятся в медицинской организации в течение двух лет, а затем на основании приказа руководителя уничтожаются. Акт (произвольной формы) об уничтожении испорченных и невостребованных бланков хранится в течение пяти лет.

При утере листа о временной нетрудоспособности выдается дубликат тем субъектом здравоохранения, который выдал лист о временной нетрудоспособности, по предъявлению справки с места работы о том, что пособие по утерянному листу временной нетрудоспособности выплачено не было. На лицевой стороне дубликата сверху делается отметка: "Дубликат".

Лицу, не явившемуся на прием к врачу в назначенный день, лист о временной нетрудоспособности продлевается со дня обращения, без зачета пропущенных дней.

Когда нетрудоспособность продолжается, медицинский работник выдает лицу "продолжение" листа о временной нетрудоспособности, сделав отметку о нарушении режима в первичном листе временной о нетрудоспособности в графе "Отметки о нарушении режима".

В случаях хищения или потери бланков листа о временной нетрудоспособности, медицинские организации сообщают об указанных фактах в срок не позднее трех календарных дней со дня их выявления местному органу государственного управления здравоохранением.

Порядок выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности по беременности и родам:

1) лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинским работником (врачом акушером-гинекологом) в медицинской организации по месту наблюдения, а при его отсутствии – врачом (терапевтом, врачом общей практики), совместно с заведующим отделением после заключения ВКК на тридцатой неделе беременности на срок

продолжительностью сто двадцать шесть календарных дней (семьдесят календарных дней до родов и пятьдесят шесть календарных дней после родов). В день выдачи листка о временной нетрудоспособности по беременности и родам в медицинской карте амбулаторного пациента делается соответствующая запись о состояние здоровья женщины с установлением диагноза (срока беременности).

Женщинам проживающим на территориях и/или имеющим удостоверение подтверждающими право на льготы и компенсации, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, лист или справка о нетрудоспособности по беременности и родам выдается в двадцать семь недель продолжительностью сто семьдесят календарных дней (девяносто один календарный день до родов и семьдесят девять календарных дней после родов) при нормальных родах (в соответствии со статьей 10, Закона Республики Казахстан "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне");

2) женщинам, временно выехавшим с постоянного места жительства в пределах Республики Казахстан, лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается (продлевается) в медицинской организации, где произошли роды (преждевременные) или в медицинской организации по месту наблюдения согласно выписке (обменной карты) родовспомогательной организации, согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса.

Женщинам, временно выехавшим с постоянного места жительства за пределы Республики Казахстан, при их обращении в период действия отпуска по беременности и родам лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается (продлевается) в медицинской организации по месту прикрепления по заключению ВКК, при предъявлении документов, удостоверяющих факт нахождения и сроки пребывания беременной за пределы Республики Казахстан и факт рождения ребенка (детей) в медицинской организации (свидетельство о рождении ребенка). Предоставляемые документы переводятся на казахский или русский язык и заверяются в стране пребывания или в Республике Казахстан;

3) в случае осложненных родов, указанных в перечне осложненных родов согласно приложению 4 к настоящим правилам, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается и продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней медицинским работником в медицинской организации по месту наблюдения (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии – врачом (терапевтом, ВОП), совместно с заведующим отделением после заключения ВКК согласно выписке родовспомогательной организации здравоохранения.

Женщинам проживающим на территориях и/или имеющим удостоверение подтверждающими право на льготы и компенсации, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае осложненных родов, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается и продлевается

дополнительно на четырнадцать календарных дней медицинским работником в медицинской организации по месту наблюдения (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии – врачом (терапевтом, ВОП), совместно с заведующим отделением после заключения ВКК по месту наблюдения согласно выписке родовспомогательной организации здравоохранения (в соответствии со статьей 10 Закона Республики Казахстан "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне");

4) в случае родов при сроке от двадцати двух до тридцати недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, независимо от осложнений родов и произведенных операции женщине выдается лист или справка о нетрудоспособности по факту родов на семьдесят календарных дней после родов;

5) Женщинам проживающим на территориях и/или имеющим удостоверение подтверждающими право на льготы и компенсации, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати семи недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, независимо от осложнений родов и произведенных операции женщине выдается лист или справка о нетрудоспособности по факту родов на девяносто три календарных дня после родов, (в соответствии со статьей 10 Закона Республики Казахстан "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне");

6) при обращении женщины в период беременности за листом временной нетрудоспособности отпуск по беременности и родам исчисляется с 30 недель беременности на срок продолжительностью сто двадцать шесть календарных дней (семьдесят календарных дней до родов и пятьдесят шесть календарных дней после родов).

При необходимости больничного листа в период нахождения беременной в стационаре в тридцать недель беременности лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинским работником в медицинской организации по месту наблюдения (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии – врачом (терапевтом, врачом общей практики), совместно с заведующим отделением после заключения ВКК на срок продолжительностью сто двадцать шесть календарных дней (семьдесят календарных дней до родов и пятьдесят шесть календарных дней после родов), согласно выписке медицинской организации здравоохранения.

При обращении женщины в период после родов за листом временной нетрудоспособности предоставляется только отпуск после родов продолжительностью, предусмотренной настоящими правилами;

7) при наступлении беременности в период нахождения женщины в отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им трех лет, женщине лист о временной нетрудоспособности выдается на тридцатой неделе беременности на срок продолжительностью сто двадцать шесть

календарных дней (семьдесят календарных дней до родов и пятьдесят шесть календарных дней после родов);

8) в случае смерти матери при родах или в послеродовом периоде, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается лицу, осуществляющему уход за новорожденным;

9) при операции по искусственному прерыванию беременности, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается врачом совместно с заведующим отделением на время пребывания в стационаре и амбулаторно-поликлиническом уровне, где производилась операция, а в случае осложнения - на весь период временной нетрудоспособности.

В случае самопроизвольного аборта (выкидыша) медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии – врачом, совместно с заведующим отделением после заключения ВКК по месту наблюдения, согласно выписке родовспомогательной организации здравоохранения/многопрофильного стационара выдается лист или справка о временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, в медицинской карте амбулаторного пациента в медицинской информационной системе, проводится соответствующая запись с описанием состояния пациентки и установлением диагноза, осложнений;

10) при проведении операции пересадки эмбриона лист или справка о временной нетрудоспособности выдается медицинской организацией, проводившей операцию, со дня подсадки эмбриона до факта установления беременности.

Биологической матери при суррогатном материнстве лист или справка о временной нетрудоспособности выдается непосредственно в родильном доме на срок продолжительностью пятьдесят шесть календарных дней со дня рождения ребенка;

11) Работникам, усыновившим (удочерившим) новорожденного ребенка (детей), предоставляется (одному из родителей) отпуск за период со дня усыновления (удочерения) и до истечения пятидесяти шести дней со дня рождения ребенка.

Беременным женщинам, женщинам, родившим ребенка (детей), женщинам (мужчинам), усыновившим или удочерившим новорожденного ребенка (детей) лист временной нетрудоспособности выдается в двух экземплярах:

1) для осуществления социальной выплаты на случай потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей) из Государственного фонда социального страхования;

2) для предоставления отпуска по беременности и родам, отпуска работникам, усыновившим (удочерившим) новорожденного ребенка (детей) по месту работы.

Лист или справка о временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком выдается медицинским работником одному из законных представителей ребенка или близких родственников, непосредственно осуществляющему уход.

По уходу за больным ребенком, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается и продлевается на период, в течение которого он нуждается в уходе, но не более десяти календарных дней. При заболевании ребенка, находящегося с матерью или другим законным представителем ребенка вне места постоянного жительства, лист или справка о временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком выдается как иногородним (за подписью руководителя медицинской организации).

При стационарном лечении ребенка, в том числе в реабилитационном центре, нуждающегося по заключению ВКК в уходе, лист или справка о временной нетрудоспособности по уходу выдается одному из родителей или лицу, ухаживающему за ним при лечении:

1) ребенка в возрасте до трех лет – на весь период пребывания ребенка в стационаре;

2) тяжелобольных детей старше трех лет – на срок, в течение которого ребенок нуждается в таком уходе;

3) ребенка-инвалида – на весь период пребывания в стационаре по заключению ВКК;

4) по направлению медицинской организацией вне места их постоянного жительства, в том числе за пределы Республики Казахстан, на весь период пребывания в стационаре, включая время, необходимое на проезд в оба конца.

Если ребенок после выписки из стационара нуждается в уходе, а до госпитализации освобождение от работы для ухода за ним не проводилось, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается медицинской организацией по месту жительства на период до десяти календарных дней. Если до госпитализации в стационар по данному заболеванию уже выдавался лист или справка о временной нетрудоспособности, то он выдается на оставшиеся дни (до десяти дней).

При возникновении у ребенка другого заболевания, не связанного с предыдущим заболеванием в период освобождения по уходу, выдается другой лист или справка о временной нетрудоспособности матери (отцу или другому члену семьи).

Если ребенок был направлен на лечение за пределы Республики Казахстан, окончательное оформление листа или справки о временной нетрудоспособности проводится ВКК при его возвращении на основании документов о консультации (лечении) в другой стране.

При одновременном заболевании двух и более детей по уходу за ними выдается один лист или справка о временной нетрудоспособности.

При заболевании ребенка в период, не требующий освобождения матери (отца) от работы (оплачиваемый ежегодный трудовой отпуск, отпуск по беременности и родам, отпуск без сохранения заработной платы, выходные или праздничные дни, а также при возникновении у ребенка другого заболевания, не связанного с предыдущим), лист временной нетрудоспособности по уходу выдается со дня, когда она (он) должна (должен) приступить к работе, без учета дней от начала заболевания ребенка.

В случае болезни матери (отца), по которым она (он) не может осуществлять уход за ребенком, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается медицинской организацией по месту их лечения одному из членов семьи, фактически осуществляющему уход за ребенком, на срок болезни матери (отца).

При временной нетрудоспособности лиц, находящихся в отпуске по уходу за больным ребенком, работающих в условиях неполного рабочего дня или на дому, выдается лист временной нетрудоспособности.

Лист или справка о временной нетрудоспособности не выдаются по уходу за хронически больными детьми в период ремиссии.

При временном отстранении от работы лиц, контактировавших с инфекционными больными, или вследствие бактерионосительства, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается медицинским работником (участковый врач) медицинской организации по представлению врача-эпидемиолога территориального департамента Комитета санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и контактировавших с ними.

Лицо на период нахождения на домашнем или стационарном карантине в связи с чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения по взаимному соглашению с работодателем может осуществлять дистанционную работу на основании справки, выданной в качестве документа, удостоверяющего его нахождение под медицинским наблюдением. Лист о временной нетрудоспособности в таком случае не выдается.

При карантине лист или справка о временной нетрудоспособности по уходу за ребенком до семи лет, посещающим дошкольное образовательное учреждение, выдается одному из работающих или обучающихся членов семьи на весь период карантина на основании рекомендаций врача-эпидемиолога территориального органа санитарно-эпидемиологического надзора.

Лицам, работающим в организациях общественного питания, водоснабжения, медицинских организаций, детских учреждениях, при наличии у них гельминтоза, лист о временной нетрудоспособности выдается на весь период дегельминтизации.

Лист или справка о временной нетрудоспособности при ортопедическом протезировании выдается при госпитализации лица в стационар протезно-ортопедического центра медицинским работником стационара, совместно с руководителем медицинской организации при выписке больного из стационара, на весь период пребывания в стационаре и время проезда к месту лечения и обратно, но не более чем на тридцать календарных дней.

Лицам, протезирующимся в амбулаторно-поликлинических условиях, лист или справка о временной нетрудоспособности не выдаются.

При обращении лиц с туберкулезом в медицинскую организацию общего профиля выдача листа или справки о временной нетрудоспособности проводится в порядке, указанном в пункте 21 настоящих Правил.

Лицу, признанному инвалидом, лист или справка о временной нетрудоспособности закрывается датой установления группы инвалидности.

При временной нетрудоспособности за лицом сохраняется его место работы (учебы) после окончания курса лечения без потери квалификации и заработной платы.

Больным туберкулезом без бактериовыделения и достигшим стойкой конверсии мазка мокроты при восстановлении трудоспособности, по решению ЦВКК лист или справка о временной нетрудоспособности могут быть закрыты.

Лицо впервые выявленным туберкулезным процессом, а также с рецидивом, считается временно нетрудоспособным:

1) с чувствительной формой туберкулеза в течение 10 месяцев;

2) с множественной лекарственной устойчивостью в течение 12 месяцев;

3) с широкой лекарственной устойчивостью в течение 15 месяцев.

Лица, больные туберкулезом, при отсутствии положительного эффекта от лечения (сохранение бактериовыделения у больных с легочным туберкулезом и при стойких нарушениях функций организма у больных с внелегочным туберкулезом) направляются на МСЭ.

Врачебно-консультативная комиссия (ВКК) руководствуется приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении Положения о деятельности врачебно-консультативной комиссии» от 7 апреля 2022 года № ҚР ДСМ-34.

ВКК создается в медицинской организации, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, для экспертизы временной нетрудноспособности, принятия решения по вопросам направления пациента на оказание высокотехнологичной медицинской услуги, трансплантации органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) человека, направления пациентов на медико-социальную экспертизу, направления ребенка обучению на дому при установлении наличия у него заболевания, контроль, мониторинг, оценка эффективности и решение вопросов обоснованности бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями.

ВКК создается приказом руководителя медицинской организации. Состав, количество членов, порядок работы и график работы ВКК утверждаются приказом руководителя медицинской организации.

В состав ВКК входят председатель, члены комиссии и секретарь.

Председателем ВКК назначается один из заместителей руководителя медицинской организации.

Председатель ВКК:

1) руководит деятельностью ВКК;

2) обеспечивает изучение врачами положений по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности и критериев ограничения жизнедеятельности в

соответствии приказом Заместителя Премьер-Министра – Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы» от 29 июня 2023 года № 260;

3) организует мероприятия по повышению квалификации врачей;

4) контролирует правильность оформления листов или справок о временной нетрудоспособности;

5) обеспечивает организацию работы ВКК, экспертную обоснованность принимаемых решений и выдаваемых заключений;

6) по итогам работы представляет руководителю медицинской организации квартальный и годовой отчеты о работе ВКК.

ВКК проводит заседания на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации не реже 1 раза в неделю.

Заседание ВКК проводится в очной форме и (или) посредством онлайн видеоконференцсвязи (в случае нахождения членов комиссии в разных регионах). Внеплановые заседания ВКК проводятся по решению председателя ВКК.

ВКК принимает решение после медицинского осмотра пациента, изучения его медицинских документов, результатов клинико-диагностических обследований, результатов проведенного лечения и медицинской реабилитации, оценки условий и характера труда, профессии.

Решение ВКК принимается большинством голосов от общего числа участвующих в заседании ВКК. В случае равенства голосов принятым считается решение, за которое проголосовал председатель врачебной комиссии. Решение ВКК оформляется протоколом заседания ВКК, который содержит наименование медицинской организации, дату проведения заседания, список присутствующих членов ВКК, перечень обсуждаемых вопросов, решение и его обоснование.

Решение ВКК вносится в первичную медицинскую документацию: Медицинская карта амбулаторного пациента (форма № 052/у), Статистическая карта амбулаторного пациента (форма 054/у), Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии (форма № 025/у), Заключение врачебно-консультационной комиссии (форма № 026/у), Медицинская карта стоматологического больного (включая санацию) (форма № 058/у), Индивидуальная карта беременной и родильницы (форма 077/у), Медицинская карта больного туберкулезом (форма № ТБ 014/у), подписывается председателем и участвовавшими членами ВКК.

Задачами ВКК являются:

1) оценка качества оказания медицинской помощи пациентам, представленным на ВКК;

2) контроль за соответствием проведения лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий пациентам, направленным на ВКК, клиническим протоколам диагностики и лечения, стандартам оказания медицинской помощи в области здравоохранения;

3) контроль за соответствием проведения лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий клиническим протоколам диагностики и

лечения, стандартам оказания медицинской помощи в области здравоохранения длительно болеющим (не менее двух месяцев) пациентам;

4) контроль за реализацией медицинской части индивидуальной программы абилитации и реабилитации (ИПАР) лица с инвалидностью;

5) своевременное и обоснованное направление пациентов на МСЭ;

6) контроль за сроками и качеством оформления медицинской учетной документации при направлении пациентов на МСЭ, включая медицинскую часть ИПАР;

7) оценка состояния здоровья пациентов, направленных на ВКК и вынесение заключения ВКК в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

8) контроль за выдачей и продлением листов или справок о временной нетрудоспособности;

9) проведение анализа необоснованного направления на МСЭ и принятие мер по улучшению деятельности ВКК;

10) взаимодействие с территориальными отделами МСЭ по вопросам, относящимся к компетенции ВКК.

16. Функции ВКК:

1) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности» от 18 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-198/2020;

2) разрешение на выдачу листа или справки о временной нетрудоспособности иногородним лицам (находящимся за пределами места постоянного проживания), кандасам, беженцам и лицам, ищущим убежище, иностранцам и лицам без гражданства, находящимся на территории Республики Казахстан;

3) разрешение на выдачу листа или справки о временной нетрудоспособности лицам Республики Казахстан, перенесшим болезни, травмы в период пребывания их за границей;

4) принятие решения по вопросам направления пациента на оказание ВТМУ, трансплантации органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) человека;

5) направление пациентов на МСЭ в соответствии с приказом № 260 и принятие решения по вопросам определения сроков направления на МСЭ, в том числе лиц, в лечении которых применены инновационные медицинские технологии;

6) определение потребности в лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения при получении дорогостоящего и длительного лечения в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения

отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)» от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-75;

7) направление ребенка на обучение на дому при установлении наличия у него заболевания, указанного в списке заболеваний, при которых показано обучение на дому;

8) контроль, мониторинг, оценка эффективности и решение вопросов обоснованности бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) в соответствии с Приказом № ҚР ДСМ-75.

17. ВКК выдает Заключение врачебно-консультационной комиссии (форма № 026/у):

1) о состоянии здоровья пациента со сведениями о наличии или отсутствии индивидуальной непереносимости к лекарственному средству, в том числе с определением нуждаемости пациента в дополнительных видах медицинской помощи и уходе;

2) о наличии постоянного или временного медицинского противопоказания к осуществлению определенной деятельности;

3) о состоянии здоровья пациента для перевода работника на другую работу;

4) о наличии полученных повреждений здоровья пациента в результате несчастного случая, связанного с трудовой деятельностью, а также при установлении профессионального заболевания, степени их тяжести;

5) о показаниях (противопоказаниях) для проведения санаторно-курортного лечения;

6) для направления на реабилитацию после стационарного лечения, в том числе в специализированные санаторно-курортные организации (отделения), в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении Правил оказания медицинской реабилитации» от 7 октября 2020 года № ҚР ДСМ-116/2020;

7) о направлении на искусственное прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям;

8) о результатах проведения медицинского освидетельствования граждан при трудоустройстве;

9) о результатах проведения медицинского заключение об отсутствии противопоказаний к владению оружием, установленное уполномоченным органом в области здравоохранения, и документ, подтверждающий гражданство Республики Казахстан;

10) о результатах проведения медицинского освидетельствования граждан, желающих стать усыновителями, опекунами (попечителями);

11) о направлении детей до 18 лет с ограниченными возможностями с согласия родителей или законных представителей на психолого-медико-педагогическую консультацию;

12) о предоставлении академического отпуска, освобождения от переводных и выпускных экзаменов, по ограничению физической нагрузки,

освобождении от уроков физической культуры, перевода на другой факультет или в учебное заведение по состоянию здоровья студентам высших учебных заведений, учащимся школ, колледжей (техникумов), профессионально-технических училищ;

13) о состоянии здоровья ребенка для решения вопроса обучения на дому;

14) о состоянии здоровья пациента для решения вопроса о проведении государственной (итоговой) аттестации выпускников, обучавшихся по состоянию здоровья на дому, детей, нуждающихся в длительном лечении и находившихся в лечебно-профилактических и (или) оздоровительных образовательных учреждениях санаторного типа для детей, а также детей с ограниченными возможностями;

15) для направления пациента на комиссии при местных органах государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы для решения вопросов проведения консультации и (или) госпитализации в медицинские организации, оказывающих ВТМУ и лечение за рубежом;

16) о нуждаемости лиц в обеспечении протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями;

17) в случаях направления на МСЭ с целью освидетельствования (переосвидетельствования) на дому, в стационарных условиях или заочно, направления на формирование или коррекцию социальной и профессиональной части ИПАР

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение временной нетрудоспособности.
2. Раскройте понятие «экспертиза временной нетрудоспособности».
3. Какие основные задачи решает врачебно-трудовая экспертиза?
4. Назовите основные виды временной нетрудоспособности.
5. Как оформляется временная нетрудоспособность рабочих и служащих?
6. В каких случаях выдаются справки о временной нетрудоспособности?
7. Кому предоставлено право выдавать листки нетрудоспособности?
8. Какой порядок оформления временной нетрудоспособности?
9. С какого дня выдается больничный лист при установлении временной нетрудоспособности?
10. Через какой срок подлежат направлению на МСЭ, длительно болеющие при общих заболеваниях и туберкулезе?

1.17. Медико-социальная экспертиза

Социальный Кодекс Республики Казахстан от 20 апреля 2023 года № 224-VII ЗРК содержит следующие определения:

- **инвалидность** – степень ограничения жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма;

- **лицо с инвалидностью** – лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, увечьями

(ранениями, травмами, контузиями), их последствиями, нарушениями, которое приводит к ограничению жизнедеятельности и необходимости его социальной защиты.

Основанием для признания лица ***инвалидом*** является одновременное наличие следующих обязательных условий:

1) нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма;

2) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

3) необходимость осуществления мер социальной защиты.

Принята ***Классификация основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий***. К основным категориям жизнедеятельности человека относятся: а) способность к самообслуживанию; б) способность к самостоятельному передвижению; в) способность к ориентации; г) способность к общению; д) способность контролировать свое поведение; е) способность к обучению; ж) способность к трудовой деятельности. Выделяются 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека.

На этом основании выделяют три группы инвалидности:

Первая группа инвалидности – стойкое значительно или резко выраженное нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к резко выраженному ограничению способности одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.

Вторая группа инвалидности – стойкое выраженное нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к выраженному ограничению способности одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.

Третья группа инвалидности – стойкое умеренно выраженное нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к умеренно выраженному ограничению способности одной из категорий жизнедеятельности или их сочетанию.

Причинами инвалидности являются:

1) общее заболевание;

2) трудовое увечье;

3) профессиональное заболевание;

4) инвалидность с детства;

5) инвалидность детей до семи лет;

6) инвалидность детей с семи до восемнадцати лет;

7) ранения, контузии, увечья, заболевания, полученные при исполнении служебных обязанностей, при прохождении воинской службы, при ликвидации последствий аварий на ядерных объектах гражданского или военного назначения либо в результате аварийных ситуаций на ядерных объектах, в результате несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей воинской

службы (служебных обязанностей), либо заболевания, не связанные с выполнением воинского и служебного долга, при условии установления причинно-следственной связи уполномоченным органом соответствующей сферы деятельности;

8) инвалидность вследствие чрезвычайных экологических ситуаций, в том числе вследствие радиационного воздействия при проведении ядерных взрывов и испытаний и (или) их последствий при условии установления причинно-следственной связи уполномоченным органом соответствующей сферы деятельности.

Порядок установления инвалидности, ее причин и сроков, степени утраты трудоспособности регламентирован приказом Заместителя Премьер-Министра – Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы» от 29 июня 2023 года № 260 и приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в приказ Заместителя Премьер-Министра – Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 29 июня 2023 года № 260 "Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы" от 4 марта 2024 года № 62.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) проводится территориальными подразделениями Комитета труда и социальной защиты Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности отделы МСЭ подразделяются на отделы МСЭ общего профиля, специализированного (для больных с профессиональными заболеваниями, туберкулезом, психическими расстройствами) профиля и педиатрического профиля.

Основанием для проведения МСЭ является направление врачебно-консультативной комиссией (ВКК) медицинской организации с целью:

1) первичного освидетельствования при стойких нарушениях функций организма;

2) повторного освидетельствования (переосвидетельствования).

МСЭ освидетельствуемого (переосвидетельствуемого) лица проводится по направлению ВКК медицинской организации по месту его постоянной регистрации:

1) в отделах МСЭ и (или) отделах методологии и контроля МСЭ соответствующего региона;

2) в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь;

3) в организациях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь;

4) в учреждениях уголовно-исполнительной системы и в следственных изоляторах;

5) на дому;

6) заочно;

7) заочно проактивно.

МСЭ проводится коллегиально, при участии руководителя отдела МСЭ или руководителя отдела методологии и контроля МСЭ и не менее двух главных специалистов, путем рассмотрения представленных документов (клинико-функциональных, социальных, профессиональных и других данных), осмотра освидетельствуемого лица при очном освидетельствовании, оценки степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, в том числе трудоспособности.

К проведению МСЭ в заочном проактивном формате привлекаются независимые эксперты МСЭ на основе контракта на оказание экспертных услуг.

В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, в том числе трудоспособности, лицу, признанному лицом с инвалидностью, устанавливается первая, вторая или третья группа инвалидности, лицу до семилетнего возраста категория "ребенок с инвалидностью", а лицу с семи до восемнадцати лет – категории "ребенок с инвалидностью первой группы", "ребенок с инвалидностью второй группы", "ребенок с инвалидностью третьей группы".

Инвалидность устанавливается на следующие сроки:

лицам до семилетнего возраста – 6 месяцев, 1 год, 2 года, на 5 лет или до достижения семилетнего возраста;

лицам с семилетнего до восемнадцатилетнего возраста – 6 месяцев, 1 год, 2 года, на 5 лет или до достижения восемнадцатилетнего возраста;

лицам старше восемнадцатилетнего возраста – 6 месяцев, 1 год, 2 года, 5 лет или без срока переосвидетельствования.

Сроки инвалидности и степени утраты трудоспособности устанавливаются в соответствии с реабилитационным прогнозом и потенциалом освидетельствуемого лица.

Реабилитационный прогноз оценивается:

благоприятный – возможность полного восстановления и (или) компенсации нарушенных функций организма и категорий ограничений жизнедеятельности, полной интеграции лица с инвалидностью в общество;

относительно благоприятный – возможность частичного восстановления и (или) компенсации нарушенных функций организма и категорий ограничений жизнедеятельности при уменьшении степени их ограничений или стабилизации, при расширении способности к интеграции и переходу от полной к частичной социальной поддержке;

сомнительный – неясный прогноз;

неблагоприятный – невозможность восстановления, стабилизации или компенсации нарушенных функций организма и категорий ограничений жизнедеятельности.

Реабилитационный потенциал оценивается:

высокий – полное восстановление здоровья, всех категорий ограничений жизнедеятельности, трудоспособности и социального положения (полная реабилитация);

удовлетворительный – умеренно выраженное нарушение функций организма, выполнение категорий жизнедеятельности возможно в ограниченном объеме или с помощью технических вспомогательных (компенсаторных) средств, потребность в социальной поддержке;

низкий – выраженное нарушение функций организма, значительные ограничения в выполнении большинства категорий жизнедеятельности, потребность в постоянной социальной поддержке;

отсутствие реабилитационного потенциала – резко выраженное нарушение функций организма, невозможность компенсации или самостоятельного выполнения основных видов деятельности, потребность в постороннем уходе.

Реабилитация инвалидов включает комплекс медицинских, социальных и профессиональных мероприятий, направленных на устранение или, возможно, полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Реабилитация инвалидов осуществляется в соответствии с комплексной программой реабилитации инвалидов и с индивидуальной программой реабилитации инвалида, определяемой на основе заключения медико-социальной экспертизы.

Комплексная программа реабилитации инвалидов предусматривает гарантированный перечень мероприятий, направленных на реабилитацию инвалидов, развитие сети реабилитационных организаций, укрепление их материально-технической базы, обеспечение инвалидов техническими вспомогательными (компенсаторными) средствами, специальными средствами передвижения, санаторно-курортным лечением, предоставление социальных услуг и беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры, подготовку и повышение квалификации работников, занимающихся вопросами реабилитации инвалидов.

Индивидуальная программа реабилитации инвалидов определяет комплекс реабилитационных мероприятий, включающих в себя медицинские, социальные, профессиональные реабилитационные меры, направленные на восстановление и (или) компенсацию нарушенных и утраченных функций организма индивидуума.

Медицинская реабилитация инвалидов включает восстановительную терапию (медикаментозное, физическое, санаторно-курортное и другие методы лечения, направленные на восстановление нарушенных или утраченных функций организма и здоровья); реконструктивную хирургию; протезно-ортопедическую помощь.

Мероприятия по медицинской реабилитации проводят организации здравоохранения и другие специализированные организации независимо от форм собственности.

Социальная реабилитация инвалидов включает обучение инвалидов основным социальным навыкам личной гигиены, самообслуживания, передвижения, общения; обеспечение инвалидов техническими вспомогательными (компенсаторными) и специальными средствами

передвижения; социальное обслуживание инвалидов на дому, в том числе детей-инвалидов, нуждающихся в постороннем уходе и помощи; предоставление социальных услуг в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (индивидуального помощника для инвалидов первой группы, имеющих затруднение в передвижении; специалиста жестового языка для инвалидов по слуху – тридцать часов в год); социальное обслуживание в медико-социальных учреждениях; оказание правовой помощи в соответствии с законодательством РК.

Социальную реабилитацию инвалидов осуществляют: медико-социальные учреждения (дома-интернаты для престарелых и инвалидов и детей-инвалидов), территориальные центры социального обслуживания престарелых и инвалидов, отделения социальной помощи на дому, специальные организации образования (психолого-медико-педагогические консультации, реабилитационные центры, кабинеты психолого-педагогической коррекции) и другие специализированные организации независимо от форм собственности.

Профессиональная реабилитация инвалидов направлена на профессиональную ориентацию; профессиональное обучение (переобучение); трудоустройство.

Профессиональная ориентация осуществляется территориальными органами и организациями в области социальной защиты населения.

Профессиональное обучение (переобучение) инвалидов осуществляется организациями, проводящими образовательную деятельность на основе лицензии, полученной в порядке, установленном законодательством РК.

Интеграция людей с инвалидностью в общество требует комплексного подхода, объединяющего медицинскую реабилитацию, технологические инновации и социальную адаптацию. Технологические разработки, такие как современные протезы, экзоскелеты и устройства для улучшения коммуникации, открывают новые возможности. Они помогают восстановить утраченные функции и способствуют возвращению людей с ограничениями в полноценную жизнь в обществе. Американская компания Augmental Tech представила инновационное устройство MouthPad, предназначенное для людей с параличом. Это решение позволяет парализованным людям, не имеющим возможности говорить, общаться с окружающими с помощью легких движений рта. Совсем недавно эта технология была внедрена в Казахстане в рамках национальных проектов, направленных на адаптацию и развитие подобных решений. Затраты на изготовление устройств взяла на себя казахстанская компания Med365, которая активно сотрудничает с международными партнерами, чтобы наладить производство таких технологий для всего Центрально-Азиатского региона.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «инвалидность».
2. Какие есть основания для признания гражданина инвалидом?
3. Что такое Классификация основных категорий жизнедеятельности человека?

4. Назовите основные критерии групп инвалидности.
5. Приведите основные причины инвалидности.
6. Как проводится медико-социальная экспертиза?
7. На какие сроки устанавливается инвалидность?
8. Что такое реабилитационный прогноз и потенциал?
9. В чем содержание комплексной и индивидуальной программ реабилитации инвалидов?
10. Дайте определение «реабилитация инвалидов»? Какие мероприятия она включает?

1.18. Организация восстановительного лечения и медицинской реабилитации.

Реабилитация как способ восстановления нарушенных функций организма известна с очень давних времен. Еще древнеегипетские врачи, врачи Древней Греции и Рима для быстрого восстановления своих пациентов использовали комплекс физической активности и трудовую терапию. Существует очень много определений реабилитаций. Реабилитация в медицине – это комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функции организма, а также социальных функции и трудоспособности больных и инвалидов.

Рабочая группа ЕРБ ВОЗ (1975) под реабилитацией понимает службу, предназначенную для поддержания или восстановления состояния независимости.

В современной литературе реабилитация – это система медицинских, психологических, педагогических и социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсации ограниченной жизнедеятельности, вызванную нарушением здоровья.

Начальным звеном системы общей реабилитации является медицинская реабилитация, которая представляет комплекс лечебных мер воздействия, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций организма и здоровья больных. Цель медицинской реабилитации - восстановление здоровья, трудоспособности, личностного и социального статуса, достижение материальной и социальной независимости, интеграции, реинтеграции в обычные условия жизни.

Восстановительное лечение – комплекс мероприятий, направленных на восстановление и поддержание функциональной дееспособности организма. Цель восстановительного лечения заключается в устранении или ослаблении последствий болезни, травмы или увечья до полного или частичного восстановления или компенсации нарушений в психическом, физиологическом и анатомическом состоянии больного. Основными принципами восстановительного лечения и медицинской реабилитации являются: этапность, преемственность, комплексность и индивидуальность. Реабилитация должна быть комплексной, с учетом всех аспектов (медицинский, физический, психологический, профессиональный, социальный и экономический), доступной

для всех, кто в ней нуждается, адаптироваться к постоянно меняющейся структуре болезней, учитывать технический прогресс и изменения социальных структур.

Медицинская реабилитация оказывается:

1) в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения;

2) в стационарных условиях, при круглосуточном медицинском наблюдении, лечение, уход, а также предоставление койко-места с питанием;

3) в стационарозамещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места;

4) на дому: при вызове медицинского работника, мобильной бригады, активном патронаже медицинскими работниками, организации лечения на дому (стационар на дому), в том числе с использованием дистанционных услуг;

5) в санаторно-курортных организациях.

Медицинская реабилитация оказывается:

1) в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) при лечении основного заболевания (первый этап медицинской реабилитации), а также больным туберкулезом;

2) в системе обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) по перечню заболеваний по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (второй и третий этапы медицинской реабилитации);

3) на платной основе за счет средств граждан, средств добровольного медицинского страхования, средств работодателей и иных источников.

Медицинская реабилитация проводится в медицинских организациях:

1) первичный уровень – медицинские организации первичной медико-санитарной помощи, имеющие в своей структуре кабинет/отделение реабилитации, дневной стационар и оказывающие медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается от 1 до 2-х баллов по ШРМ;

2) вторичный уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре специализированные отделения и (или) центры, осуществляющие медицинскую реабилитацию в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, оказывающие медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается от 2-х до 4-х баллов по ШРМ;

3) третичный уровень – специализированные медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую реабилитацию, в том числе с применением высокотехнологичных услуг, в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, пациентам, состояние которых оценивается от 2-х до 4-ти баллов по ШРМ.

Медицинская реабилитация включает три этапа:

1) первый этап – медицинская реабилитация в остром, подостром периодах заболевания, а также при оперативных вмешательствах и травмах проводится в структурных подразделениях стационаров (отделения реанимации и

интенсивной терапии или специализированное профильное отделение), оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, после консультации врача реабилитолога для профилактики осложнений и ускорения функционального восстановления в рамках лечения основного заболевания согласно клиническим протоколам. На первом этапе проведение мероприятий осуществляется врачом реабилитологом и (или) профильным специалистом, прошедшим обучение по вопросам медицинской реабилитации. Медицинская реабилитация основного заболевания проводится после стабилизации жизненно-важных функций. При завершении курса лечения основного заболевания и первого этапа медицинской реабилитации профильный специалист совместно с врачом реабилитологом определяет потенциал пациента и формирует впервые установленный реабилитационный диагноз, маршрут пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) и направление на последующие этапы реабилитации с оформлением выписного эпикриза.

2) второй этап проводится в специализированных отделениях или койках республиканских организаций, специализированных реабилитационных центрах, многопрофильных стационарах. Второй этап проводится в течении 9 месяцев от начала заболевания с длительностью лечения (оперативных вмешательств) в зависимости от нозологии, степени тяжести состояния пациента, нарушений биосоциальной функции (далее – БСФ) на основе критериев международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) с участием специалистов мультидисциплинарной группы (далее – МДГ). Длительность и кратность второго этапа определяется по заключению врача реабилитолога или МДГ по ШРМ, критериям МКФ, по степени тяжести состояния пациента.

3) третий этап проводится после завершения лечения основного

заболевания, при врожденных заболеваниях и при сохранении БСФ после оценки критериев МКФ, в амбулаторно-поликлинических организациях, дневных стационарах, круглосуточных стационарах, реабилитационных центрах, санаторно-курортных организациях, стационарах на дому, в том числе посредством дистанционной медицинской услуги.

1.18.1. Виды и объемы восстановительного лечения и медицинской реабилитации

Медицинская реабилитация является неотъемлемой частью комплексного лечения пациентов. Оказание реабилитационной помощи, в основном, осуществляется в центрах республиканского и областного уровня, в реабилитационных отделениях стационаров.

В организациях ПМСП осуществляются отдельные методы реабилитации: физиотерапия, массаж, ЛФК. При этом охват составляет лишь 10% потребности в услугах реабилитации.

С внедрением ОСМС в 2020 году в перечень заболеваний по кодам МКБ-10 при лечении основного заболевания включена реабилитация после

трансплантации органов, после пневмонии, в том числе с COVID-19, по отдельным состояниям, возникающим в перинатальном периоде (анемия новорожденных, врожденная пневмония, крайне малая масса тела при рождении и др.) и отдельным видам пневмонии у детей. Порядок оказания медицинской реабилитации регламентирован Приказом МЗ РК от 7 октября 2020 года № ҚР ДСМ-116/2020.

Уровень оказания медицинской реабилитации определяется в зависимости от нозологии, степени тяжести состояния пациента и нарушений БСФ на основе критериев МКФ с участием специалистов МДГ согласно ШРМ

Медицинская реабилитация проводится пациентам в зависимости от показаний и противопоказаний к проведению услуг, оценки состояния пациента согласно МКФ, ограничений жизнедеятельности и здоровья, уровня реабилитационного потенциала, периода течения заболевания или состояния.

13. Медицинская реабилитация включает три этапа:

1) первый этап – в остром, подостром периодах заболевания, а также при оперативных вмешательствах и травмах проводится в структурных подразделениях стационаров (отделения реанимации и интенсивной терапии или специализированное профильное отделение), оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, после консультации врача реабилитолога для профилактики осложнений и ускорения функционального восстановления в рамках лечения основного заболевания согласно клиническим протоколам.

2) второй этап – проводится в специализированных отделениях или на реабилитационных койках республиканских центрах, специализированных реабилитационных центрах, многопрофильных стационарах.

Второй этап проводится в течении 9 месяцев от начала заболевания с длительностью лечения (оперативных вмешательств) в зависимости от нозологии, степени тяжести состояния пациента, нарушений биосоциальной функции (далее – БСФ) на основе критериев международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) с участием специалистов мультидисциплинарной группы (далее – МДГ). Длительность курса и кратность второго этапа определяется по заключению врача реабилитолога или МДГ по ШРМ, критериям МКФ, по степени тяжести состояния пациента.

Третий этап проводится после завершения лечения основного заболевания, при врожденных заболеваниях, при сохранении БСФ по критериям МКФ.

К основным видам восстановительного лечения и медицинской реабилитации относятся:

- медикаментозное (патогенетическое) лечение – фармакологическая терапия;

- реконструктивная хирургия (оперативные реконструктивно-восстановительные и пластические операции, аортокоронарное шунтирование, протезирование клапанов сердца и сосудов, трансплантация органов и другие);

- физические методы лечения, включая: электролечение (гальвация, электрофорез, диадинамотермия, амплипульстерапия, электростимуляция, электросон, флюктуризация, дарсонвализация, индуктотермия, ультравысокочастотная, микроволновая, квантовая, магнито-терапия), светолечение (инфракрасное облучение, ультрафиолетовое облучение, лазерное излучение), лечение ультразвуком, водолечение, бальнеотерапия (ванны, душ, занятия в бассейне, обливания, лечение минеральными водами), теплогрязелечение (парафино-озокеритолечение, грязелечение, аппликации и ванны лечебно-грязевые), ингаляционная терапия (аэрозоль и аэроионотерапия, галотерапия), баротерапия, оксигенотерапия);

- лечебная физическая культура, включая лечебную гимнастику (индивидуальную, групповую), гигиеническую гимнастику, дозированные прогулки и восхождения (терренкур), спортивные упражнения и игры;

-механотерапия, тракционное лечение, ортопедические методы лечения, гидрокинезотерапия, лечение положением, пассивная разработка;

- мануальная терапия, массаж (классический, сегментарный, точечный, перкуссионный, вибромассаж);

- трудотерапия – активный метод восстановления нарушенных функций и трудоспособности у больных, может быть общеукрепляющей (тонизирующей), восстановительной и профессиональной (направлено на восстановление прежних и формирование профессиональных качеств и способностей, трудовых навыков);

- психотерапия;

- диетотерапия;

- традиционные и народные методы (акупунктура, гомеопатия, фитотерапия);

- социопсихологические методы лечения (терапия занятостью, терапия средой, восстановительная терапия речи);

- кинезотерапия – комплекс специально подобранных физических упражнений для восстановления нарушенных функций организма;

- эрготерапия –мероприятия, направленные на достижение максимального уровня независимости в личной, социальной и профессиональной сферах;

- протезно-ортопедическая помощь – специализированный вид медико-технической помощи, включающий комплекс восстановительного, консервативного и хирургического лечения, снабжения больных и инвалидов протезно-ортопедическими изделиями и обучение пользования изделиями;

- обеспечение техническими средствами медицинской реабилитации и обучение инвалидов пользованию средствами.

К техническим средствам медицинской реабилитации относятся: аппарат для диализа крови (для диализа брюшины), велотренажеры и велоэргометрия, слуховые аппараты, имплатируемые стимуляторы сердца (пейсмекеры), противопролежневые средства, средства для тренировки статодинамических функций и вестибулярного аппарата, калоприемники и мочеприемники, для

введения пищи через стому, парантерального питания. Объем мероприятий зависит от уровня реабилитационной помощи.

Уровни оказания реабилитационной помощи: отделение (кабинет) физиотерапии стационара или поликлиники, отделение реабилитации (амбулаторное или стационарное), центр восстановительного лечения и медицинской реабилитации.

Каждый последующий вышестоящий уровень реабилитации предназначен для выполнения более сложных реабилитационных мероприятий.

В амбулаторно-поликлинических условиях восстановительно-реабилитационное лечение начинается со дня обращения больного, проводятся диспансерное наблюдение, медикаментозная терапия по показаниям, консультация врачей специалистов, диетотерапия, аппаратная физиотерапия, теплолечение, водолечение, массаж, рефлексотерапия, кинезотерапия, лечебная физкультура. Динамическое наблюдение за больным проводится лечащим врачом, врачом лечебной физической культуры и физиотерапевтом.

В отделении восстановительного лечения проводятся медикаментозная терапия, реконструктивная хирургия, механотерапия, ортопедические методы лечения и традиционное лечение, формы и средства лечебной физкультуры, мануальная терапия, рефлексотерапия, психотерапия в форме групповых занятий, бытовая трудотерапия и эрготерапия. Динамическое наблюдение проводится лечащим врачом, врачом лечебной физической культуры и физиотерапевтом.

В центрах реабилитации больные и инвалиды обеспечиваются техническими средствами медицинской реабилитации и обучаются пользованию средствами, оказывается протезно-ортопедическая помощь, проводятся медикаментозная терапия, мануальная терапия, рефлексотерапия, занятия с логопедом, сурдологом, музыкальным работником по показаниям, психотерапия в форме групповых и индивидуальных занятий, бытовая и профилактическая ориентационная терапия, профилактическая ориентация, ранняя профессиональная реабилитация. Динамическое наблюдение проводится лечащим врачом и врачами специалистами.

Объем мероприятий на всех этапах восстановительного лечения и медицинской реабилитации зависит от степени выраженности нарушения функций организма, здоровья и ограничений жизнедеятельности, нозологических форм болезни (степень тяжести, стадия).

Повышение эффективности медицинской реабилитации и восстановительного лечения за счет внедрения стационарозамещающих технологий:

- совершенствование системы поэтапного восстановительного лечения, медицинской реабилитации и паллиативной помощи;

- организация восстановительного лечения, медицинской реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода, перепрофилизацие части работающих стационаров и санаторно-курортных организаций;

- расширение сети дневных стационаров и стационаров на дому, оказывающих восстановительное лечение, медицинскую реабилитацию и паллиативную помощь;

- разработка и внедрение в деятельность организаций восстановительного лечения, медицинской реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода протоколов ведения больных и стандартов оказания медицинской помощи; внедрение высоких реабилитационных технологий;

- создание системы целевых показателей работы организаций восстановительного лечения, медицинской реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода, отражающих качество медицинской помощи;

Восстановительному лечению и медицинской реабилитации в отделениях (койках) подлежат граждане, страдающими врожденными и приобретенными заболеваниями, а также последствиями острых, хронических заболеваний и травм, в резидуальном периоде заболевания, при отсутствии послеоперационных осложнений и состояний, не позволяющих выписку больного из стационара, способные к самостоятельному передвижению, самообслуживанию.

Решение о направлении больного на восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию в отделение оформляется заключением врача и заведующего отделением в медицинской карте стационарного больного (ф.003/у).

Направление больного в отделение (койки) на восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию в стационаре, и другой стационар осуществляется через регистрацию больного в Портале бюро госпитализации.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение реабилитации?
2. Что такое медицинская реабилитация?
3. Отличительные признаки медицинской реабилитации от восстановительного лечения?
4. Основные принципы медицинской реабилитации и восстановительного лечения?
5. Перечислите виды и формы лечебно-реабилитационных мероприятии?

1.19. Организация паллиативной помощи и сестринского ухода

1.19.1. Паллиативная помощь

Паллиативная помощь и общественное здравоохранение. Каждый год в мире умирает более 52 миллиона человек, многие из них умирают, испытывая страдания, около 5 миллионов человек умирает от рака, СПИДа и других заболеваний, при которых требуется специализированная помощь.

С повышением средней продолжительности жизни населения постоянно растет число людей, преодолевающих рубеж 65-летнего возраста. Чаще люди умирают в преклонном возрасте от хронических болезней и собственно возрастных расстройств, нередко несущих с собой социальные проблемы. Онкологические заболевания растут с возрастом, ¾ случаев смерти приходится

на людей старше 65 лет. Сердечной недостаточностью страдает более 10% людей в возрасте старше 70 лет, вероятность смертельного исхода в течение пяти лет составляет 80%. Проявления деменции наблюдаются у 4% людей старше 70 лет. При переходе за 80-летний рубеж этот показатель повышается до 13%.

Состояние здоровья населения. В Казахстане зарегистрировано 144 тыс. случаев онкозаболеваний и ежегодно выявляется по 30 тыс. новых, а больных туберкулезом зарегистрировано – 24 тыс. человек, около 8000 человек страдают устойчивыми (мультирезистентными) формами. Не снижается количество больных детским церебральным параличом, тяжелыми формами инсульта.

Смертность от злокачественных новообразований за последние десять лет остается на третьем лидирующем месте. Практически 1/5 часть пациентов с онкозаболеваниями – это пациенты со злокачественными новообразованиями IV стадии, нуждающиеся в соответствующей профессиональной медико-психологической помощи.

По данным ООН, в Казахстане к 2050 году 25% населения будет относиться к лицам старшего возраста, а значит, будут увеличиваться показатели заболеваемости в пожилом возрасте, в том числе, и онкопатология. Вопросы оказания паллиативной помощи будут все более актуальны с точки зрения проблем здоровья.

Паллиативная помощь – это важная часть общественного здравоохранения. Она направлена на облегчение страданий больного, сохранение его человеческого достоинства, выявление его нужд и поддержание качества жизни в ее финальном периоде.

По определению ВОЗ (2002), паллиативная помощь – это… «… подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки».

Паллиативная медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, направленных на облегчение боли и тяжелых проявлений заболевания (состояния) неизлечимо больного пациента при отсутствии показаний к проведению радикального лечения.

Основные составляющие паллиативной помощи: купирование симптомов; психологическая, духовная и эмоциональная поддержка; поддержка семьи пациента; помощь в период тяжелой утраты (ВОЗ, 2003).

Новый взгляд на паллиативную помощь. Развитию паллиативной помощи, способствовало коренное изменение отношения к боли (1960-х годы) при онкологических заболеваниях. В настоящее время, принципы оказания паллиативной помощи начали распространяться на контроль при других тяжелых заболеваниях.

Системы здравоохранения должны гибко реагировать на растущие потребности в помощи, обусловленные старением населения и состоянием их

здоровья. У пациентов и их семей возникают проблемы на любой стадии многолетнего заболевания, они нуждаются в помощи в любой момент, а не только непосредственно перед смертью.

В основу стратегии паллиативной помощи должны быть положены следующие ценности, представленные на обсуждение Советом Европы (ВОЗ, 2003): права человека и права пациента, человеческое достоинство, социальное единство, демократия, равноправие, солидарность, равные права людей вне зависимости от пола, свобода участия в принятии решений и выбора.

Принципы паллиативной помощи определены ВОЗ (2003):

1) это необходимая и неотъемлемая часть системы здравоохранения;

2) любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить эту помощь в соответствии с его потребностями и предпочтением;

3) решение их физических, психологических и духовных проблем, с помощью высококвалифицированной междисциплинарной и мультипрофессиональной команды;

4) активные лечебные мероприятия, на финальном этапе жизни, только по желанию пациента;

5) доступ к службам паллиативной помощи, только на клинических показаниях;

6) обучение всех заинтересованных медицинских работников;

7) научные исследования в улучшении качества помощи, на основе доказательной медицины;

8) уважение прав пациентов, профессиональные обязательства, стандарты помощи и действия в интересах больного.

Оказание паллиативной помощи связано все более сложными этическими проблемами. Это – конфиденциальность; обсуждение прогноза от лечения; взаимоотношения между больным и его близкими; волеизъявление пациентов, связанные с терминальным периодом и смертью; справедливое распределение ограниченных ресурсов; просьбы ассистированного суицида или эвтаназии; отказ от осуществления медицинских вмешательств или отмена лечения; принятие решений за пациентов, лишенных возможности общения.

Навыки медицинских работников по оказанию паллиативной помощи. Для оказания паллиативной помощи, медицинские работники должны владеть рядом практических навыков, для более качественного предоставления услуг: контроль боли и другой симптоматики**;** навыки общения**;** предоставление информации больному; моральная поддержка; психологическая поддержка; передача информации между различными подразделениями; удовлетворение потребностей в оказании помощи в домашних условиях; оказание поддержки семье и близким; тревога и депрессия; дневные стационары по оказанию паллиативной помощи; психологическая поддержка близких, после смерти больного.

Состояние паллиативной помощи. В Казахстане, как и во многих других государствах СНГ, паллиативная помощь начала оказываться в специализированных учреждениях лишь в 90-х годах. Эти организации нацелены исключительно на помощь безнадежным больным.

Первый в Казахстане хоспис был создан в 1999 году в городе Алматы.

В Казахстане функционируют только 7 хосписов и несколько больниц сестринского ухода (Алматы, Павлодаре, Караганде, Усть-Каменогорске, Семипалатинске и Костанае). Но они не полностью удовлетворяют потребность. Кроме того, существуют и ряд организационных проблем:

1) нехватка или отсутствие квалифицированных специалистов;

2) качество преподавания «паллиативной медицины» в ВУЗах и ССУЗах;

3) отсутствие унифицированных стандартов ведения больных в терминальной стадии заболевания, с неизлечимыми болезнями;

4) отсутствие широкого выбора противоболевых и наркотических препаратов;

5) отсутствие централизованной системы учета больных.

Перспективы развития паллиативной помощи.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-209/2020. «Об утверждении стандарта организации оказания паллиативной медицинской помощи» определяет порядок организации паллиативной помощи и сестринскому уходу; разработку и внедрение программы обучения паллиативной помощи медицинских и социальных работников; совершенствование геронтологической и гериатрической помощи; комплексное решение медико-биологических, социальных и психологических нужд людей пожилого возраста.

Паллиативная помощь входит в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, предоставляется за счет бюджетных средств. В предоставлении паллиативной помощи принимают участие организации здравоохранения государственной и частной формы собственности, а также неправительственные организации, имеющие соответствующую лицензию.

Паллиативная медицинская помощь осуществляется в специализированных структурных подразделениях (отделениях, палатах, койках) организаций здравоохранения, самостоятельных специализированных медицинских организациях (больницах сестринского ухода, хосписах) в стационарных, стационарозамещающих условиях и на дому, в том числе с использованием мобильных бригад.

Основными задачами и направлениями деятельности организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, являются:

1) организация мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями (состояниями);

2) облегчение боли и тяжелых проявлений заболевания (состояния) неизлечимо больного пациента при отсутствии показаний к проведению радикального лечения (инкурабельные пациенты);

3) обеспечение сестринского ухода за неизлечимо больным пациентом;

4) обучение членов семей и ухаживающих лиц основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому;

5) оказание персоналом медицинской организации психологического и социально-правового консультирования членов семьи пациента.

К организациям, оказывающим паллиативную помощь, относятся: хосписы; отделения (палаты) паллиативной помощи в стационарах и на дому. Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи предусматривается из расчета 30 коек на 400 000 населения.

Хоспис – медицинская (медико-социальная) организация, оказывающая паллиативную помощь (медицинские, специальные социальные услуги, духовная поддержка) в условиях стационара пациентам с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями (состояниями), а также их семьям и ухаживающим лицам;

Задачи и функции хосписа: оказание медико-социальной помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными; проведение адекватной обезболивающей терапии; организация необходимой консультативной помощи; взаимодействие со специализированными медицинскими организациями; создание службы волонтеров; взаимодействие с религиозными организациями; работа с неправительственными и благотворительными организациями и органами социальной защиты населения.

Для оказания паллиативной медицинской помощи пациенту в медицинских организациях могут создаваться МДГ, в составе: врачи, профильные специалисты (онколог, фтизиатр, инфекционист, педиатр), средний медицинский работник, психолог, специалист по социальной работе медицинской организации (социальный работник) и утверждается внутренним приказом медицинской организации.

МДГ проводит комиссионное обсуждение оказания паллиативной медицинской помощи пациенту после изучения его медицинских документов, результатов клинико-диагностических обследований и консультирование пациентов и специалистов медицинской организации по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, включая:

1) оценку физического и психологического состояния пациента;

2) составление и коррекцию индивидуального плана;

3) оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе симптоматическое лечение тяжелых проявлений заболевания (состояния) и проведение медицинских вмешательств;

4) расчет дозировки лекарственных препаратов с определением плана их введения, в том числе назначение и применение ненаркотических, а также лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества пациентам, согласно клиническим протоколам;

5) ведение учетной и отчетной документации, внесение данных в медицинские информационные системы организации.

Паллиативная помощь предоставляется для следующих категорий:

1) больным хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии (стадия декомпенсации сердечной, легочной, печеночной и почечной недостаточности, тяжелые последствия нарушений мозгового кровообращения);

2) тяжело больным детям;

3) онкологическим больным IV клинической группы, не позволяющей проводить специфическое лечение;

4) больным туберкулезом, с неизлечимой формой;

5) больным СПИД в терминальной стадии заболевания.

При наличии показаний и возможности самостоятельного посещения пациентом медицинской организации больному, на амбулаторном уровне паллиативная медицинская помощь оказывается на приеме или в стационарозамещающих условиях.

При отсутствии возможности самостоятельного посещения пациентом медицинской организации больному оказывают паллиативную медицинскую помощь на дому, которые будут оказаны мобильными бригадами.

Мобильные бригады (МБ) предназначены для оказания паллиативной медицинской помощи (в том числе дистанционно) в амбулаторных условиях и на дому, формируются на базе любых медицинских организаций и утверждаются внутренним приказом медицинской организации. В состав МБ входят: врач, средний медицинский работник, психолог, специалист по социальной работе медицинской организации (социальный работник). В целях повышения эффективности паллиативной помощи в МБ привлекаются другие медицинские специалисты, волонтеры.

МБ осуществляют:

1) оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе симптоматическое лечение тяжелых проявлений заболевания (состояния) и проведение медицинских вмешательств на дому.

2) составление индивидуального плана ведения пациента и мониторинг за состоянием больного, в том числе с применением дистанционных медицинских услуг;

3) назначение лекарственных препаратов, в том числе содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры (в медицинской организации и на дому);

4) подбор или коррекцию поддерживающей, противоболевой терапии на дому;

5) проведение врачебных вмешательств и процедур сестринского ухода; 6) обучение членов семей и ухаживающих лиц основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому;

7) направление пациента при наличии показаний в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях.

Работниками МБ дистанционно проводится консультирование членов семей и ухаживающих лиц по основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому.

На амбулаторном уровне дистанционно оказываются следующие услуги:

1) мониторинг за состоянием больного;

2) консультирование пациентов членами МДГ;

3) выписка рецептов.

Заболевания, при которых детям оказывается паллиативная медицинская помощь:

1) заболевания, при которых радикальное лечение неэффективное;

2) заболевания, ограничивающие срок жизни, при которых интенсивное лечение улучшает качество жизни;

3) прогрессирующие заболевания, при которых паллиативная медицинская помощь оказывается с самого начала;

4) заболевания с развитием осложнений при неврологических расстройствах.

1.19.2. Организация сестринского ухода.

Сестринский уход – комплекс медицинских услуг, оказываемых медицинскими сестрами и медицинскими сестрами расширенной практики лицам всех возрастов, групп и сообществ, больным или здоровым, включающий в себя пропаганду здоровья, профилактику болезней и уход за больными, инвалидами и умирающими людьми.

Приказом МЗ РК от 23 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-199/2020 «Об утверждении правил оказания сестринского ухода», утвержден Стандарт организации оказания сестринского ухода населению. Сестринский уход осуществляется в случаях, не требующих круглосуточного врачебного наблюдения, в специализированных структурных подразделениях (отделениях, палатах, койках, кабинетах) организаций здравоохранения, самостоятельных специализированных медицинских организациях (больницах сестринского ухода (БСУ)) в стационарных, стационарозамещающих условиях и на дому, в том числе с использованием мобильных бригад

Основной целью организации сестринского ухода определено оказание мероприятий, направленных на улучшение качества жизни и общего состояния пациентам с тяжелыми, прогрессирующими заболеваниями.

Задачами организаций, оказывающих сестринский уход, являются предоставление пациентам сестринского ухода, обучение родственников основам медицинского ухода за неизлечимо больными в домашних условиях и включает в себя психологическую, социальную помощь, медицинский и бытовой уход.

Организации здравоохранения, оказывающие сестринский уход, создаются при численности обслуживаемого населения от 400 000 человек и оказываются в форме стационарной и стационарозамещающей помощи (стационар на дому).

Сестринский уход оказывается в рамках ГОБМП, по перечню к настоящим Правилам и в системе обязательного социального медицинского страхования, добровольного медицинского страхования, а также на платной основе.

Больница (отделение) сестринского ухода – это организация здравоохранения, оказывающая стационарную помощь пациентам с неизлечимой патологией, нуждающимся в постоянном постороннем уходе без участия врача; отделение (палата) сестринского ухода – это подразделение в составе многопрофильной или специализированной больницы, предназначенная для проведения квалифицированного сестринского ухода пациентам, страдающим хроническими прогрессирующими заболеваниями, нуждающимся в квалифицированном сестринском уходе.

Цель деятельности БСУ: улучшение качества жизни; оказание квалифицированного сестринского ухода больным злокачественными новообразованиями IV стадии; СПИД-ом в терминальной стадии; хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии (стадия декомпенсации сердечной, легочной, печеночной, почечной недостаточности, тяжелые последствия нарушений мозгового кровообращения); не способным к самообслуживанию вследствие перенесенной болезни и (или) инвалидности; не требующим постоянного врачебного наблюдения, но нуждающимся в дальнейшем сестринском уходе.

При оказании сестринского ухода средним медицинским персоналом БСУ осуществляется:

1) круглосуточное медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента и проведение мероприятий, направленных на профилактику осложнений;

2) медицинский уход за пациентами, включая их ежедневный осмотр;

3) морально-психологическая поддержка пациентов;

4) первично-медико-санитарная помощь при ухудшении состояния здоровья;

5) комплекс симптоматической терапии по назначению лечащего врача;

6) санитарно-гигиеническая помощь пациентам (обтирание, обмывание, гигиенические ванны, стрижка ногтей, причесывание, смена нательного и постельного белья и другое);

7) мероприятия оказанию медико-социальной помощи, назначенной медицинской сестрой БСУ, по содействию органам опеки, попечительства, устройству несовершеннолетних, социальной реабилитации, на усыновление (удочерение), на попечение, приемную семью.

Основной план сестринского ухода разрабатывается на основе выявленных медицинских потребностей, в партнерстве с пациентами и их семьями, включая детей. Пациенты и их семьи получают достоверную информацию, позволяющую им участвовать в принятии решения о лечении.

Госпитализация больных в организации сестринского ухода ведется согласно инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках ГОБМП через Портал бюро госпитализации.

Для морально-психологической поддержки пациентам БСУ взаимодействует с Обществом Красного Полумесяца Казахстана и иными неправительственными организациями.

Сестринский уход на амбулаторно-поликлиническом уровне осуществляются в форме стационара на дому в виде квалифицированного сестринского ухода.

Стационар на дому предназначен для проведения поддерживающего лечения и наблюдения за больным с неизлечимой патологией в домашних условиях. При ухудшении состояния больного, госпитализация в стационар осуществляется незамедлительно.

Контрольные вопросы:

1) Приведите примеры о значении паллиативной помощи в общественном здравоохранении.
2) Укажите ценности паллиативной помощи.
3) Назовите, каковы принципы паллиативной помощи.
4) Перечислите навыки медицинских работников по оказанию паллиативной помощи.
5) Назовите основные задачи и функции хосписов для пациентов.
6) Дайте характеристику состоянию и перспективам развития паллиативной помощи в Казахстане?
7) Опишите основные моменты становления и развития сестринского дела в мире.
8) Назовите основные проблемы сестринского дела в Казахстане.
9) Перечислите основную цель и задачи сестринского ухода в Казахстане.

1.20. Организация геронтологической и гериатрической помощи

1.20.1. Международный опыт решения проблем здоровья пожилых людей.

Геронтология (от др. – греч. Γέρων – «старик» и λόγος – «знание, слово, учение») – наука, изучающая биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его причины и способы борьбы с ним (омоложение). Возникла около века назад. Составными частями геронтологии являются **гериатрия** – учение о болезнях, связанных с инволюционными (процесс обратного развития) изменениями, особенности лечения и профилактики заболеваний в пожилом и старческом возрасте.

Учеными разных стран мира сформулировано более 200 разнообразных теории старения (накопления мутаций, теломерная, свободно-радикальная, митохондриальная и др.), пытающихся объяснить многообразные изменения, которые происходят на различных уровнях стареющего организма.

Население в мире быстро стареет. Начиная с 1980 года число людей в возрасте 60 лет и старше удвоилось, с 2000 по 2050 гг. доля населения мира в возрасте старше 60 лет удвоится примерно с 11% до 22%. Ожидается, что абсолютное число людей в возрасте 60 лет и старше возрастет за этот же период

с 605 миллионов до 2 миллиардов. Большинство пожилых людей умирают чаще от неинфекционных заболеваний, имеют одновременно несколько хронических заболеваний, а также увеличивается число людей с инвалидностью.

По прогнозам, к 2050 году в развивающихся странах число пожилых людей, не способных ухаживать за собой, увеличится в четыре раза. Многим требуется долгосрочная помощь, включая сестринское обслуживание на дому, медицинские услуги в местном сообществе и помощь в повседневной жизни, уход в домах престарелых и длительное пребывание в больницах.

Часть пожилых людей, следуя принципам здорового образа жизни, ведет активную и независимую жизнь, доживая до девяноста и даже до ста лет.

Эксперты ООН подчеркивают, что быстрое старение населения оказывает влияние практически на все сферы деятельности любого государства и прежде всего на здравоохранение, занятость и рынок рабочей силы, социальные меры защиты и экономический рост. При оценке процесса демографического старения, в качестве критерия выбирается возраст 65 лет, и пользуются шкалой демографического старения ООН (таблица 16):

Таблица 16 – Шкала демографического старения ООН

Шкала демографического старения ООН		
Этап	Доля лиц в возрасте 65 лет и старше, %	Этапы старения и уровня старости населения
1	<4	Молодое население
2	4-7	Население на пороге старости
3	>7	Старое население

По возрастной классификации ВОЗ, от 25 до 44 лет – это молодой возраст, 44 – 60 лет – это средний возраст, 60 – 75 лет – пожилой возраст, 75 – 90 лет – это старческий возраст, а после 90 – это долгожители.

Для оценки индивидуальных темпов развития (старения) используется категория **биологического возраста.** В периоде развития он определяется достигнутым уровнем морфо-функционального созревания на фоне популяционного стандарта.

Основные проявления биологического возраста при старении – нарушения важнейших жизненных функций и сужение диапазона адаптаций, возникновение болезней и увеличение вероятности смерти или снижение продолжительности предстоящей жизни.

Преждевременное старение – любое общее ускорение темпа старения, приводящее к тому, что данное лицо опережает средний уровень старения своей возрастной группы. Факторы преждевременного старения имеют как внутренний, так и внешний характер.

Долголетие – это социально-биологическое явление. Порогом долголетия обычно считается достижение 90 лет и более, зависящее от многих факторов: наследственности, социально-экономических условий, природных воздействий и др. Остановить процесс старения невозможно, но создать организму условия для замедленного старения под силу человеку через профилактику старения.

Политика решения проблем пожилых в некоторых странах мира

За последние 30 лет, во многих странах, достигнут прогресс в развитии национальной инфраструктуры, связанной с проблемой старения, в улучшении здравоохранения и жилищных условий, финансовом обеспечении пожилых людей, а также участия их в жизни общества. В разных странах уровень этих достижений разный: чем богаче страна, тем лучшие условия жизни для старых людей. Вместе с тем, практически повсюду были введены в действие законы, политика, программы и проекты, касающиеся повышения благосостояния пожилых и старых людей.

В Швеции общество берет ответственность в этой сфере на себя на уровне коммун. «Национальный план действий по политике для пожилых» (1998), включает меры по поддержке и более мягкому вхождению людей в пожилой возраст, установлению мониторинга по медицинской и социальной поддержке престарелых и т.д.

Великобритания. Помощь престарелым оказывается в основном двумя путями. Обслуживание на дому включает перечень медицинских услуг, которые оказываются патронажными медицинскими сестрами национальной системы здравоохранения, а обеспечение едой, дневными услугами занимаются местные органы власти. Медицинские услуги включают также больничную помощь, обслуживание в сестринских домах, помощь на дому. С 1993 года правительство приоритет оказания помощи передал к услугам неправительственных организаций и частных компаний.

Франция: Закон о долгосрочной программе поддержки престарелых принят в 1997 году, который устанавливает специальные выплаты для оказания заботы и ухода за ними, но только для лиц возрасте 60 лет и старше с низким доходом и страдающим серьезными болезнями и нуждающимся в уходе и лечении.

США. Федеральное правительство поддерживает службы социального благополучия в соответствии с Актом по пожилым американцам. Основные средства выделяются на программы Medicare и Medicaid, которые оплачивают расходы на услуги сестринских домов и домашние услуги. Различия в необходимых расходах отличаются по регионам и доходам.

Южная Корея. Политика социальной поддержки направлена в первую очередь на пожилых людей с низким уровнем дохода. Социальная поддержка подразумевает расширение числа и улучшение качества организаций, оказывающих помощь пожилым, улучшение пенсионной системы, программу укрепления здоровья в пожилом возрасте, службы оказания услуг на дому, укрепление социального партнерства пожилых, усиление программ по стимулированию активности и развитию уважения пожилым. Правительство поддерживает использование опыта жизни и знаний пожилых на коммунальном

уровне, а также – развитие сестринского ухода и служб социальной поддержки семей, особенно среди людей с низкими доходами.

Филиппины. Традиционно, в этом обществе принято, что заботу о старых должны нести члены семьи. Поэтому существующие программы направлены на оказание социальной помощи на тех престарелых, которые не имеют семей или членов семей. Люди, живущие с такими лицами, или взявшие заботу о них, получают фиксированную финансовую помощь.

Австралия. Медицинская помощь и социальная поддержка проводятся на двух уровнях: помощь в стационаре и общественная помощь на дому. Организации делятся на сестринские дома и хостелы. В сестринских домах оказывается сестринский уход или долгосрочная медицинская помощь престарелым. В хостелах, оказывается помощь в кормлении едой, стирке, купании для лиц пожилого возраста. Эти учреждения финансируются федеральным бюджетом. В уходе на дому и общественном уходе были созданы специальные программы, где муниципальные и частные некоммерческие организации оказывают услуги на дому, услуги патронажной медсестры, кормление и дневной уход.

Основные направления поддержки лиц пожилого возраста

Предотвращение бедности. В целом в мире, помимо установления возраста выхода на пенсию для мужчин и женщин, а также введения механизма индексации пенсий по темпам инфляции, необходимо обратить больше внимания пенсионному обеспечению - в предотвращении бедности в старости.

Если пенсионные фонды не будут регулироваться государством, следует стремиться к тому, чтобы взносы, размещённые в финансовых инструментах, смогли обеспечить более высокую эффективность. Для этого нужны развитая инфраструктура финансового рынка, должный надзор и регулирование.

2) Социальные пенсии в странах с низкими экономическими показателями. Во многих странах слабо развиты системы социальной помощи, ориентированные на малоимущее население, которые могли бы защитить от финансовой незащищенности и предотвращение бедности среди пожилого населения. Потенциальная неплатёжеспособность пенсионных систем, вызывает беспокойство в ряде стран ОЭСР. Во-первых, системы пенсионного обеспечения поддерживают большее количество пожилых людей при меньшем числе плательщиков взносов, из которых финансируются эти системы. Во-вторых, в ряде стран для того, чтобы получить право на пенсию, требуется длительный стаж уплаты взносов.

Стоимость социальной пенсии рекомендуется корректировать тремя способами: поднять возраст, дающий право на получение пенсии; включить в условия получения социальной пенсии требование проводить оценку нуждаемости и дохода; размер пенсии скорректировать с учётом бюджетных возможностей.

3) Доступные услуги здравоохранения в “стареющих” обществах. Вследствие быстрого старения населения нагрузка на систему здравоохранения увеличивается, так как у лиц пожилого возраста выше спрос на медицинские

услуги. Рост расходов будет зависеть от того, будут ли люди вследствие большей продолжительности жизни иметь “прибавку” в виде нескольких лет здоровой жизни, или же это будут годы с грузом болезней. Процессы старения также обострят проблемы, связанные с психическим здоровьем, так как лица с психическими заболеваниями тоже будут жить дольше, и всё больше людей будет достигать возраста, в котором риск возникновения заболеваний и расстройств такого рода достаточно высок.

4) Влияние старения населения на государственные расходы и на здравоохранение. Размер государственных расходов на здравоохранение главным образом определяется ВВП страны, изменениями в уровне услуг, техническими достижениями, качеством услуг и производительностью. При существующих размерах пособий государственные расходы на здравоохранение к 2020 году существенно возрастут.

Вместе с тем, сегодня в ряде стран, включая Казахстан, отмечается высокая заболеваемость и смертность среди молодого взрослого населения. Они будут составлять большинство пожилых лиц в 2025 году, которые, в большой степени, подвержены заболеваниям в старости и инвалидности, тогда системы здравоохранения окажутся в очень сложном положении с точки зрения финансовых ресурсов и имеющихся мощностей.

5) Подготовка к проблемам, связанным с длительным уходом. Долгосрочный уход включает в себя сложное сочетание медицинских, социальных и жилищных аспектов. Тремя распространёнными видами услуг являются домашний уход, дома гостиничного типа и дома престарелых и интернаты для престарелых.

Длительный уход в как правило обеспечивается на базе больничных организаций и членами семьи нуждающихся в уходе. Уход за лицами, страдающими хроническими психическими заболеваниями, обычно осуществляется в психиатрических больницах. Добровольные и негосударственные организации, в большей степени, предоставляют услуги хосписов, интернатов для престарелых и реабилитационные услуги.

В странах Западной и Центральной Европы показатели использования услуг длительного ухода не очень высоки, - от 12% в Северной Европе до 3% в Италии и 1% в Греции. Дома престарелых, интернаты и общественный уход имеют очень ограниченное распространение, хотя некоторые новые члены ЕС в последние годы достигли значительного прогресса в этой области.

По умеренным оценкам, расходы на длительный уход почти во всех странах вырастут и составят от 0,5-1 до 2-4 процентов ВВП. Потребуется решение ряда соответствующих мер: расширение профилактических услуг медицинского и социального характера и изменение в образе жизни; сокращения расходов государственного бюджета, широко привлекая соседей и жителей сообществ к предоставлению ухода; оказание лицам, осуществляющим неформальный уход соответствующее признание и поддержку; лицам, осуществляющих уход, предусмотреть денежные выплаты и определённые льготы.

1.20.2. Социальная и медицинская политика Республики Казахстан в отношении лиц пожилого возраста.

Основные нормы и принципы социальной политики. В Конституции РК содержатся нормы, закрепляющие права всех граждан независимо от возраста, в том числе, касающиеся пожилых людей. Гарантируются минимальный размер пенсии, социальное обеспечение по возрасту. Никто не может подвергаться какой-либо дискриминации, в том числе, по признаку пола и возраста. С переходом на рыночные экономические отношения, сопровождающийся возрастанием конкуренции на рынке труда, пожилые граждане все чаще становятся жертвами возрастной дискриминации.

Конституцией РК определены гарантии со стороны государства на установление заработной платы и пенсии не ниже минимального размера, а также другие социальные гарантии; статья, обязывающая совершеннолетних трудоспособных детей заботиться о нетрудоспособных родителях; на охрану здоровья, право бесплатного получения гарантированного объема медицинской помощи, включая группу населения пожилого возраста.

2) Законодательство Казахстана и права пожилых людей. В стране не проводится возрастная дифференциация населения, за исключением детей и молодежи. Пожилые люди могут, одновременно, относится к пенсионерам, инвалидам труда, ветеранам Великой Отечественной войны.

Законодательство РК закрепляющее наличие прав пожилых людей, можно разделить на 3 части: нормы, закрепляющие права всех граждан независимо от возраста, в том числе особо значимые для пожилых людей; нормы, непосредственно касающиеся прав пожилых людей; нормы, регулирующие положение особых категорий пожилых людей.

К первой группе относятся нормы, закрепленные в Гражданском кодексе, Законе «О браке и семье», «О труде», Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Ко второй группе можно отнести Законы «О пенсионном обеспечении», «О специальном государственном пособии».

К третьей группе относятся Закон «О государственных социальных пособиях по инвалидности, по случаю потери кормильца и по возрасту», «О реабилитации жертв массовых политических репрессий», «О социальной защите инвалидов», «О льготах и социальной защите участников, инвалидов Великой Отечественной войны и лиц, приравненных к ним» и др.

Сложившаяся ситуация в социальной защите лиц пожилого возраста позволяет сделать вывод, что стране предстоит сделать большую работу в этом направлении. Отсутствует концепция, а также национальный план действий по социальному развитию пожилых людей охватывающий всю совокупность их проблем, в том числе, на медицинские услуги.

1.20.3. Организация медицинской помощи лицам пожилого возраста в Республике Казахстан

Актуальность проблемы организация медицинской помощи лицам пожилого возраста связана с изменениями демографической ситуации в «стареющем» Казахстане, по прогнозам ученых численность лиц старшего населения будет иметь динамику дальнейшего роста. По данным аналитического доклада Министерства экономики и бюджетного планирования РК и Института экономических исследований РК доля лиц пенсионного возраста увеличится до 14% от общей численности населения в 2030 году. Такое увеличение коэффициента демографической нагрузки потребует внесения изменений в модель социального развития нашего общества.

Международный опыт показал, что паллиативная помощь в гериатрической практике является важной частью медико-социальной помощи, которая включает медицинский, социальный, психологический компоненты.

Организация медицинской помощи лицам пожилого возраста в Казахстане определена приказом МЗ РК № ҚР ДСМ-55 от 23 июня 2021 года «Об утверждении Стандарта организации оказания гериатрической и геронтологической помощи в Республике Казахстан».

Геронтологическая помощь – совокупность медицинских, социальных, психологических мероприятий, направленных на обеспечение здорового старения.

Гериатрическая помощь населению – система мероприятий по оказанию долговременных медико-социальных услуг с целью сохранения или восстановления способности к самообслуживанию, частично или полностью утраченного вследствие хронических заболеваний, облегчению реинтеграции пожилых больных в общество, обеспечению независимого существования.

Медицинские организации, оказывающие гериатрическую и геронтологическую помощь населению, осуществляют мероприятия, направленные на профилактику, диагностику, лечение, медико-социальную реабилитацию и улучшение качества жизни лиц старших возрастных групп и с признаками преждевременного старения организма с соблюдением преемственности на всех этапах оказания медицинской помощи. К ним относятся медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), специализированную помощь в амбулаторных, стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому, а также в структуре хосписа, больницы сестринского ухода, в структуре которых имеется врач-гериатр.

Медицинская помощь лицам старших возрастных групп и с признаками преждевременного старения в Республике Казахстан оказывается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования и предоставляется в формах экстренной, неотложной, плановой медицинской помощи и в виде доврачебной, первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской реабилитации, паллиативной медицинской помощи.

Медицинская помощь лицам старших возрастных групп и с признаками преждевременного старения оказывается на всех уровнях оказания медицинской помощи:

ПМСП лицам старших возрастных групп и с признаками преждевременного старения оказывается в:

1) медицинском и фельдшерско-акушерском пункте;

2) врачебной амбулатории (центре семейного здоровья);

3) районной, городской поликлинике;

4) центре ПМСП.

1) первичный уровень – уровень оказания медицинской помощи специалистами первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных, стационарозамещающих условиях и на дому;

2) вторичный уровень – уровень оказания медицинской помощи профильными специалистами, осуществляющими специализированную медицинскую помощь в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, в том числе по направлению специалистов, оказывающих медицинскую помощь на первичном уровне;

3) третичный уровень – уровень оказания медицинской помощи профильными специалистами, осуществляющими специализированную медицинскую помощь с применением высокотехнологичных медицинских услуг, в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, в том числе по направлению специалистов первичного и вторичного уровней.

В рамках ПМСП оказываются следующие виды услуг:

1) профилактические, в том числе профилактические осмотры, формирование и пропаганда здорового образа жизни, предоставление рекомендаций по рациональному и здоровому питанию, динамическое наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями;

2) диагностические, в том числе осмотр специалистом ПМСП, лабораторные и инструментальные исследования;

3) лечебные, в том числе оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, лечебные манипуляции в соответствии с клиническими протоколами, обеспечение отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными или льготными лекарственными средствами в соответствии с Перечнем лекарственных средств и медицинских изделий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лексредствами, медицинскими изделиями и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне.

4) реабилитация лиц старших возрастных групп и улучшение качества их жизни с учетом их окружения (детей, родственников, опекунов) как в условиях стационара, так и на дому;

5) развитие Школы активного долголетия, целью которой является профилактика преждевременного старения, продление активного долголетия и

повышение качества жизни, первичная и вторичная профилактика осложнений различных заболеваний;

6) консультация родственников пациентов по вопросам ухода и организации жизни пациентов, утративших способность к самообслуживанию.

Специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях лицам старших возрастных групп и с признаками преждевременного старения оказывается в кабинете врача-гериатра при:

1) районной, городской поликлинике;

2) консультативно-диагностическом центре в составе многопрофильной больницы.

Гериатрическая и геронтологическая помощь лицам старших возрастных групп и с признаками преждевременного старения на уровне консультативно-диагностической помощи включает:

1) координацию гериатрической помощи обслуживаемого района;

2) консультативно-диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной помощи пациентам старших возрастных групп и с признаками преждевременного старения организма;

3) отбор пациентов из числа старших возрастных групп для оказания специализированной медицинской помощи при наличии гериатрических синдромов и риска развития и (или) развившейся старческой астении;

4) проведение ежегодного мониторинга (гериатрическая оценка) медико-социального положения лиц старших возрастных групп, проживающих на территории обслуживания – их возрастной структуры, состояния здоровья, с учетом социального и психологического статуса, на предмет утраты ими способности к передвижению и самообслуживанию, а также оценку морального статуса, степени когнитивного дефицита и тревожно-депрессивного синдрома, оценка доступности пищи и состояния статуса питания, определение состояния двигательной функции и мышечной силы, походки, качества жизни, синдрома мальнутриции, с применением опросников и шкал, позволяющих оценить состояние самообслуживания;

5) мультидисциплинарный подход к пациентам старших возрастных групп, участие в профилактических осмотрах целевых групп и проведение лечебно-диагностических мероприятий, совместно с врачами смежных специальностей;

6) организацию и проведение мероприятий, направленных на профилактику возрастной патологии различных органов и систем, снижение заболеваемости, смертности от заболеваний, выход на инвалидность, увеличение продолжительности жизни у лиц старших возрастных групп.

1.21. Организация здравоохранения в условиях чрезвычайных ситуаций

Чрезвычайные ситуации (ЧС) – это неожиданные события, которые угрожают жизни и здоровью людей, требуют немедленного реагирования и скоординированных действий различных служб. Организация здравоохранения в таких условиях играет ключевую роль, обеспечивая медицинскую помощь,

предотвращая распространение инфекций и поддерживая общественное здоровье.

Эффективная организация здравоохранения в условиях ЧС основывается на нескольких принципах:

1. Подготовка и планирование – разработка стратегий реагирования, создание резервов медикаментов и оборудования.

2. Координация и сотрудничество – взаимодействие государственных структур, международных организаций и местных сообществ.

3. Оперативное реагирование** – быстрое развёртывание медицинских служб, мобилизация персонала, обеспечение первой помощи.

4. Пропаганда и обучение – информирование населения о мерах безопасности, обучение медицинских работников.

Рассмотрим роль организаций здравоохранения:

Ключевые медицинские организации играют важную роль в управлении кризисами:

- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – определяет глобальные стандарты и координирует международные усилия.

- Министерства здравоохранения – отвечают за национальные стратегии и поддержку пострадавших регионов.

- Общества Красный Креста и Красного полумесяца, гуманитарные организации – предоставляют экстренную помощь и поддерживают инфраструктуру здравоохранения.

Потенциальные проблемы и вызовы. Несмотря на развитие систем реагирования, здравоохранение в условиях ЧС сталкивается с рядом трудностей:

- Недостаток ресурсов – нехватка медикаментов, оборудования и специалистов.

- Логистические ограничения – сложности в доставке помощи в удалённые ипострадавшие районы.

- Психологические последствия – влияние катастроф на психическое здоровье пострадавших и медицинских работников.

Организация здравоохранения в условиях чрезвычайных ситуаций требует комплексного подхода, оперативных решений и слаженной работы всех участников. Укрепление систем реагирования поможет минимизировать потери и защитить здоровье людей в критические моменты.

В условиях чрезвычайных ситуациях операционная роль ВОЗ включает руководство связанными со здравоохранением ответными мерами и их координацию в целях оказания содействия странам, проведение оценки рисков, определение приоритетов и разработку стратегий, предоставление важнейших технических руководств, обеспечение запасами и финансовыми ресурсами, а также мониторинг ситуации в области здравоохранения. Кроме того, ВОЗ оказывает поддержку странам в укреплении их национального потенциала управления рисками в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций в целях предупреждения таковых, реагирования на них и восстановления после чрезвычайных ситуаций, обусловленных каким-либо

фактором, представляющим угрозу для обеспечения безопасности здоровья людей.

Кратко приводим обзор некоторых классификаций ЧС для общего понимания:

Классификация ЧС по характеру происхождения событий

Первая и основная классификация, о которой стоит рассказать, зависит от характера и условий происхождения различных опасных событий. чрезвычайные ситуации понятие виды. Какие же виды чрезвычайных ситуаций здесь можно выделить?

ЧС техногенного характера – относятся транспортные катастрофы, взрывы или угрозы взрывов, некоторые виды пожаров, выброс или угроза выброса различных ядохимикатов, радиоактивных или биологических веществ, разрушение построек, зданий или сооружений. А также аварии и катастрофы, произошедшие на инженерных сетях, угрозы аварий или непосредственные катастрофы на дамбах, плотинах, других водных сооружения и т. д. Виды чрезвычайных ситуаций техногенного характера, многочисленны и обширны. ***Военные ЧС*** – характеризуются массовыми и обширными мероприятиями по разрушению или заражению определенных территорий. Использование оружия массового поражения стоит во главе угла в этой группе. Сюда относятся религиозные, социальные, политические взрывы и волнения, терроризм, противостояние государств и многое другое. ***Социально-политические ЧС.*** Все виды чрезвычайных ситуаций этой группы можно охарактеризовать как антиконституционные и террористические. Сюда относится похищение людей, взятие группы лиц в заложники, незаконная торговля оружием т. д. Социально-политические ЧС характеризуются как опасные явления, возникшие в результате общественных и политических конфликтов. ***Природные ЧС.*** Характеризуются опасными природными явлениями. Все они приводят, как правило, к заболеванию людей, массовым поражениям биологических существ и т. д. Природной - называют сложившуюся на определенной территории обстановку, являющуюся опасной из-за источника, способного повлечь причинение вреда окружающей природной среде, населению, материальной культуре и т. д.

Таким образом, четыре перечисленные выше группы считаются основой всех дальнейших классификаций и подтипов.

Другой пример – **классификация ЧС по территориальному признаку**. Среди них:

ЧС на уровне объекта. Этот вид опасных явлений распространяется на определенные объекты, зоны или небольшие территории. Особенность этой группы заключается в том, что последствия ЧС не выходят за границы самого объекта. В качестве примера можно привести санитарно-защитную зону, на которой произошла авария.

ЧС на уровне местности. Данный тип опасных явлений схож с предыдущим – авария происходит, на определенном объекте. Последствия катастрофы могут выходить далеко за пределы обозначенной зоны. Касаться они могут какого-то процента населения, некоторой части территорий и т. д. ЧС на

уровне местности неизменно влекут за собой бюджетные затраты и ухудшение общего экономического состояния. ***ЧС на уровне региона.*** Схожи с предыдущей группой, однако являются более обширными. Могут развиваться сразу в двух областях или районах (но не более). Основные виды чрезвычайных ситуаций, именующихся региональными, угрожают довольно значительной части населения и распространяются на большие территории и области. ***Общегосударственная ЧС.*** Это последняя и самая серьезная стадия. К данной группе относятся те опасные явления, что распространяются более чем на два территориальных субъекта (область, район, или город республиканского значения).

Разработаны специальные инструменты оценки опасности и уязвимости при ЧС. Они позволяют произвести оценку по степени тяжести в следующем порядке:

- Серьезный,
- Катастрофический,
- Обширный,
- Значительный,
- Умеренный,
- Низкий

Для наилучшего понимания вышесказанного приведем примеры лучших практик в организации здравоохранения для повышения эффективности медицинских услуг, минимизации кризиса и доступ к качественной помощи для всех:

1. Система первичной медицинской помощи (ПМП)

- Обеспечение доступности медицинских услуг на местном уровне.
- Укрепление профилактики заболеваний и пропаганда здорового образа жизни.
- Развитие семейной медицины и программ ранней диагностики.

2. Электронное здравоохранение (eHealth)

- Использование цифровых технологий для хранения и обработки данных.
- Внедрение телемедицины для удаленных консультаций и лечения.
- Автоматизация процессов диагностики и обмена медицинской информацией.

3. Координация медицинских учреждений

- Эффективное взаимодействие больниц, клиник, фармацевтических и страховых компаний.
- Стандартизация протоколов лечения и обмен данных между учреждениями.
- Оптимизация маршрутов пациентов для быстрого получения нужной помощи.

4. Управление чрезвычайными ситуациями

- Разработка планов реагирования на кризисы (пандемии, природные катастрофы).
- Создание резервов медикаментов и мобильных госпиталей.

- Обучение медицинского персонала и населения действиям в экстренных ситуациях.

5.Развитие общественного здравоохранения

- Государственная поддержка программ вакцинации.
- Борьба с распространением хронических заболеваний, таких как диабет и сердечно-сосудистые болезни.
- Продвижение инициатив по охране психического здоровья.

6. Устойчивое финансирование здравоохранения

- Оптимизация бюджетных расходов в медицине.
- Повышение прозрачности закупок медицинских препаратов и оборудования.
- Развитие страховых и социальных программ для пациентов.

Организация здравоохранения в условиях кризиса играет решающую роль в защите населения. Успешное реагирование на чрезвычайные ситуации требует комплексного подхода и слаженной работы различных служб. На основе мирового опыта можно выделить несколько ключевых уроков и рекомендаций:

1. Подготовка спасает жизни – заранее разработанные планы реагирования, обучение персонала и наличие резервов медикаментов и ИМН в значительной степени увеличивают шансы на эффективное управление кризисом.

2. Координация между государственными и международными организациями – тесное сотрудничество национальных органов здравоохранения, ВОЗ, Красного Креста и Полумесяца, других гуманитарных организаций поможет быстро мобилизовать ресурсы и оказать помощь нуждающимся.

3. Цифровые технологии ускоряют работу – системы электронного здравоохранения, технологии и мониторинг данных позволяют оперативно отслеживать ситуацию, распределять медицинские ресурсы и общаться с пациентами.

4. Гибкость и адаптивность к новым вызовам – непредсказуемые факторы (например, мутации вирусов или стихийные бедствия) требуют динамичного подхода, способности быстро менять тактику и вводить новые меры защиты.

5. Психологическая поддержка – кризисы наносят серьезный урон психическому здоровью людей, поэтому программы психологической реабилитации должны быть неотъемлемой частью медпомощи.

6. Инвестиции в устойчивость здравоохранения – укрепление национальной системы здравоохранения, повышение уровня подготовки медицинских работников и развитие инфраструктуры помогут минимизировать ущерб от будущих чрезвычайных ситуаций.

Для эффективного управления ЧС в сфере общественного здоровья в стране создан и функционирует *Центр* управления действиями в чрезвычайной ситуации общественного здравоохранения (РНЕОС), где собирается ответственный персонал для координации информации и ресурсов, необходимых в чрезвычайных ситуациях общественного здравоохранения.

Основные функции центра приведены ниже:

Отвечает за все руководство по достижению целей (включая координацию сообщений о рисках, безопасность и связь)

На месте событий контролирует все действия по реагированию, на более высоких уровнях, осуществляет координацию и техническое руководство

Проводит сбор данных, анализ и планирование будущих действий, основываясь на похожих событиях и имеющихся ресурсах

Приобретает, сопровождает, хранит, обслуживает и распоряжается материальными ресурсами, а также оказывает поддержку мер реагирования

Ведет бюджет, отслеживает стоимость ресурсов, закупает ресурсы, ведет и поддерживает административный учет.

Таким образом, резюмируя сказанное, миссия системы здравоохранения и общественного здоровья состоит в том, чтобы с одной стороны предотвратить ЧС, принять исчерпывающие подготовительные меры, предпринимать адекватные управленческие действия, с другой обеспечить стабильное отправление всех направлений деятельности системы и учреждений для безопасной, доступной и качественной медицинской помощи населению.

Контрольные вопросы:

1. Что такое организация охраны здоровья в условиях чрезвычайной ситуации?
2. Какие классификации ЧС вы знаете?
3. Назовите примеры ЧС?
4. Что такое оценка уязвимости при ЧС и для чего она?
5. Какие уроки из мирового опыта в области организации медицинской помощи в условиях ЧС?
6. В чем важность предварительного планирования и подготовки?
7. Какова роль цифровых технологий?
8. Какова роль координации между ведомствами и организациями?
9. Какая структура в случае ЧС в сфере общественного здоровья координирует все усилия по управлению кризисной ситуацией?

1.22. Спортивная медицина

Спортивная медицина – область медицины, отвечающая за медико-биологическое обеспечение подготовки спортсменов и включающая в себя врачебный и функциональный контроль в спорте, в том числе допуск спортсменов к занятию спортом высших достижений, функциональную и медицинскую реабилитацию спортсменов, повышение спортивной работоспособности, терапию соматических заболеваний спортсменов, спортивную травматологию, медицинскую помощь в неотложной форме в спорте и гигиену спорта (пп. 235) п. 1 ст. 1 Кодекса). Вид деятельности – лицензируемый.

Спортивная медицина играет ключевую роль в обеспечении здоровья и высокой производительности спортсменов, эта отрасль активно развивается, интегрируя современные методы диагностики, лечения и профилактики травм, а

также разрабатывая системы мониторинга физических нагрузок и восстановления.

Система спортивной медицины в Казахстане начала формироваться в советский период, когда были созданы первые специализированные медицинские учреждения, обслуживающие профессиональных спортсменов. После обретения независимости медицинское сопровождение спорта стало более системным, с учетом международных стандартов и передовых технологий.

Ряд организаций спортивной медицины в ведомстве Министерства спорта, региональные управления спорта, а также в ведении Общественного объединения «Национальный Олимпийский комитет Республики Казахстан» и частные центры.

Структура системы спортивной медицины

Спортивная медицина включает несколько ключевых компонентов:

- Научные центры и лаборатории, изучающие влияние физических нагрузок и методики реабилитации.
- Поликлиники и специализированные медицинские центры, диспансеры, оказывающие помощь спортсменам.
- Штатные врачи при спортивных клубах и сборных командах, следящие за здоровьем и формой спортсменов.
- Образовательные учреждения, готовящие специалистов в области спортивной медицины.

Структура организаций спортивной медицины: Врачебно-физкультурный диспансер; Центр спортивной медицины и реабилитации; Медицинский пункт объекта спорта, они относятся к организациям здравоохранения (ст. 144 Кодекса), к ним применяются нормы Кодекса, также в соответствии с Законом РК «О физической культуре и спорте», организации спортивной медицины относятся к субъектам физической культуры и спорта (ст. 10 Закона). Структура и положение о деятельности организаций спортивной медицины определены Приказом Министра культуры и спорта РК от 24.11.2014 № 109 «Об утверждении структуры организации спортивной медицины и положения об их деятельности».

Основные направления работы

1. Диагностика и лечение спортивных травм – оперативное выявление и восстановление спортсменов после повреждений.
2. Физиотерапия и реабилитация – применение методов восстановления, таких как массаж, физиотерапия, кинезиотерапия.
3. Контроль за физическими нагрузками – мониторинг тренировочных программ с учетом индивидуальных особенностей спортсменов.
4. Профилактика заболеваний и травм – программы по укреплению здоровья, правильному питанию и психологической подготовке.
5. Допинг-контроль – соблюдение антидопинговых правил и борьба с запрещенными веществами.

Спорт связан с интенсивными нагрузками, и риск травм неизбежен. Грамотная профилактика и правильный подход к тренировкам помогают минимизировать вероятность повреждений и сохранить здоровье спортсмена.

Основные виды спортивных травм

1. Острая травма

Возникает внезапно в результате удара, падения или резкого движения. К таким повреждениям относятся:

- Разрывы связок и сухожилий (например, разрыв передней крестообразной связки колена);
- Вывихи суставов (чаще всего плечевого и голеностопного);
- Переломы костей (от стрессовых до сложных открытых переломов);
- Ушибы и гематомы (повреждение мягких тканей).

2. Хронические травмы (перегрузочные)

Развиваются постепенно из-за чрезмерных нагрузок или неправильной техники тренировок. Основные примеры:

- Тендинит (воспаление сухожилий, например, "локоть теннисиста");
- Синдром истощения мышц (перегрузка мышечной ткани, ведущая к микротравмам);
- Износ суставов (артроз, вызванный длительными нагрузками).

Причины травм

- Недостаточная разминка перед тренировкой;
- Нарушение техники выполнения упражнений;
- Чрезмерные нагрузки без адекватного восстановления;
- Несоответствующая экипировка (например, неправильно подобранная обувь);
- Недостаточная физическая подготовка (слабые мышцы и связки).

Методы профилактики

1. Разминка и заминка

- Динамическая разминка перед тренировкой (легкие кардиоупражнения, растяжка);
- Статическая растяжка после нагрузки для улучшения гибкости.

2. Правильная техника и дозированная нагрузка

- Использование правильной техники выполнения упражнений (занятия с тренером);
- Постепенное увеличение нагрузок, избегая резких скачков в интенсивности.

3. Адекватное восстановление

- Достаточный отдых между тренировками;
- Массаж, физиотерапия, контрастные ванны для ускорения регенерации.

4. Экипировка и защита

- Ношение спортивной обуви с хорошей амортизацией;
- Использование защитных аксессуаров (наколенники, налокотники, ортопедические стельки).

5. Правильное питание и гидратация

- Баланс белков, жиров и углеводов для укрепления костей и мышц;
- Достаточное количество воды для поддержания эластичности тканей.

Профилактика травм – это системный подход, включающий разумное планирование тренировок, соблюдение техники и полноценное восстановление. Заботясь о своем теле, спортсмен может избежать серьезных повреждений и достичь максимальных результатов в своем виде спорта.

Допинг контроль и Антидопинговая политика

В казахстанском спорте действует антидопинговая программа (утверждена в 2021 году), разработана в соответствии с положениями Всемирного антидопингового кодекса, Законом Республики Казахстан «О физической культуре и спорте», другими нормативными правовыми актами.

Ниже приведены основные принципы программы:

1) соблюдение этики, справедливости и честности;
2) охрана здоровья;
3) высокий профессионализм;
4) повышение уровня образования, в том числе самообразования;
5) преданность и верность обязательствам;
6) соблюдение законов и правил;
7) проявление уважения к себе и к другим;
8) общность и солидарность.

В случае несоблюдения антипинговых правил может наступать:

а) дисквалификация – отстранение спортсмена (тренера) от участия в спортивных соревнованиях, которое осуществляется республиканской спортивной федерацией за нарушение правил вида спорта, положений (регламента) спортивных соревнований, использование допинга, нарушение норм, утвержденных Международными спортивными организациями и (или) республиканскими спортивными федерациями, а также нарушение морально-этических норм поведения и обязанностей, установленных законодательством Республики Казахстан в области физической культуры и спорта;

б) аннулирование – отмена результатов спортсмена в определенном спортивном мероприятии, со всеми вытекающими последствиями, включая изъятие всех наград, очков и призов;

Разработан ряд стандартов в международной практике, которых придерживается и Казахстан: **Стандарт терапевтического использования, Международный стандарт по Защите конфиденциальности и персональной информации** обеспечение того, чтобы организации и лица, участвующие в борьбе с допингом в спорте, применяли надлежащую, достаточную и эффективную защиту конфиденциальности в отношении персональных данных, которые они обрабатывают и **Международный Стандарт по Образованию.**

Современные тенденции и вызовы

Система спортивной медицины в Казахстане развивается с учетом мировых тенденций. Внедряются цифровые технологии, например Цифровая платформа – *https://esport.gov.kz/*. Активно внедряется телемедицина и развиваются биомеханические исследования.

Остаются вызовы, такие как нехватка квалифицированных кадров, необходимость модернизации медицинского оборудования и дальнейшая интеграция международных стандартов.

Спортивная медицина в Казахстане играет важную роль в поддержке здоровья спортсменов и их достижений. Постоянное развитие этой системы позволит повышать уровень национального спорта, обеспечивая безопасные и эффективные методы тренировок и соревнований.

Законодательные основы в Казахстане:

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение спортивной медицины
2. Опишите структуру спортивной медицины в Казахстане.
3. Что такое дисквалификация спортсмена?
4. Что следует за несоблюдением антидопинговых правил?
5. Что такое спортивные травмы?
6. Кем утвержден антидопинговый кодекс?
7. Что такое ВАДА?
8. Назовите методы профилактики травм?
9. Какие направления работы включает спортивная медицина?

ГЛАВА 2. УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.

2.1. Менеджмент в здравоохранении

Понятия «менеджмент» и «управление» традиционно воспринимаются как синонимы. Это отражает их общую природу, основу и единство применения. В широком смысле такой подход не только возможен, но и необходим, поскольку обеспечивает простоту обозначения и основу восприятия социально-экономических процессов.

Управление – всеобщая человеческая деятельность, являющаяся неотъемлемым элементом большинства видов труда, даже если в отношении них данный термин не употребляется, а **менеджмент** – его специфическая область, включающая деятельность профессионалов, специалистов по обеспечению деятельности организации.

Понятие об управлении как искусстве, т.е. способности эффективно применять накопленный опыт на практике, накапливалось в течение всей истории развития менеджмента. Управление как наука имеет предмет изучения, специфические проблемы и подходы к их решению. Научную основу этой дисциплины составляет сумма знаний об управлении, представленная в виде концепций, теорий, принципов, способов и форм управления. Она разрабатывает свою теорию, содержанием которой являются законы и закономерности, принципы, функции и методы целенаправленной деятельности людей в процессе управления [20].

Процесс управления представляет собой определенную совокупность управленческих действий, которые логично связываются друг с другом, чтобы

обеспечить достижение поставленных целей путем преобразования ресурсов на «входе» в продукцию или услуги на «выходе» **системы**.

Система – это совокупность интегрированных и регулярно взаимодействующих или взаимозависимых элементов, созданная для достижения определённых целей, причём отношения между элементами определены и устойчивы, а общая производительность или функциональность системы лучше, чем у простой суммы элементов.

Понятия, характеризующие строение системы:

Элемент – предел членения системы с точки зрения аспекта рассмотрения, решения конкретной задачи, поставленной цели.

Компонент, подсистема – относительно независимая часть системы, обладающая свойствами системы, и в частности, имеющая подцель.

Связь, отношение – ограничение степени свободы элементов: элементы, вступая во взаимодействие (связь) друг с другом, утрачивают часть свойств или степеней свободы, которыми они потенциально обладали; сама же система как целое при этом приобретает новые свойства.

Структура – наиболее существенные компоненты и связи, которые мало меняются при функционировании системы и обеспечивают существование системы и её основных свойств. Структура характеризует организованность системы, устойчивую во времени упорядоченность элементов и связей.

Цель – сложное понятие, в зависимости от контекста и стадии познания имеющее разное наполнение: «идеальные устремления», «конечный результат», «побуждение к деятельности» и т.д. Для многих сложных систем (например, социальных) характерно наличие разных по уровню, часто не согласующихся между собой целей.

Понятия, характеризующие функционирование системы:

Состояние – мгновенная «фотография», «срез» системы; фиксация значений параметров системы на определённый момент времени.

Поведение – известные или неизвестные закономерности перехода системы из одного состояния в другое, определяемые как взаимодействием с внешней средой, так и целями самой системы.

Развитие, эволюция – закономерное изменение системы во времени, при котором может меняться не только её состояние, но и физическая природа, структура, поведение и даже цель.

Жизненный цикл – стадии процесса развития системы, начиная с момента возникновения необходимости в такой системе и заканчивая её исчезновением.

Классификация систем:

Дискретные системы рассматриваются как состоящие из чётко отграниченных (логически или физически) элементов; ***непрерывные*** системы рассматриваются с точки зрения закономерностей и процессов.

По происхождению выделяют ***искусственные, естественные*** **и** ***смешанные*** **системы.**

По степени организованности выделяют класс ***хорошо организованных***, класс ***плохо организованных*** (*диффузных*) систем и класс ***развивающихся*** (самоорганизующихся) систем.

При делении систем на ***простые*** и ***сложные*** наблюдается наибольшее расхождение точек зрения, однако чаще всего сложность системе придают такие характеристики как большое число элементов, многообразие возможных форм их связи, множественность целей, многообразие природы элементов, изменчивость состава и структуры и т. д.

По материальности системы могут быть как ***физическими***, так и ***концептуальными (функциональными)***, либо сочетанием того и другого.

Система здравоохранения – это сложная общественная динамическая, функциональная, открытая и адаптивная система, которую общество на каждом этапе своего развития создает и использует для осуществления комплекса мероприятий, направленных на охрану и улучшение здоровья каждого человека и всего общества в целом.

Управление в широком смысле – процесс поддержания функционирования или перевода системы из одного состояния в другое посредством целенаправленного воздействия на объект управления с целью изменения его состояния.

Стороны управления:

- **Субъект управления** – управляющая подсистема (орган управления, руководитель, менеджер), оказывающий воздействие на объект управления;

- **Объект управления** – управляемая подсистема (организация в целом, подразделение, сотрудники общественные отношения, социальные организации, люди), воспринимающая воздействие со стороны субъекта управления.

Связь между субъектом и объектом управления осуществляется с помощью информации.

Предмет управления – управленческие отношения, технологии и методы управления, тенденции развития.

Управляющая подсистема – подсистема системы менеджмента, в которой регламентируются требования к качеству управленческих решений, и организуется процесс управления по достижению целей и задач системы.

К компонентам управляющей подсистемы относятся:

управление персоналом;

социология и психология менеджмента;

разработка и реализация управленческого решения; анализ и прогнозирование.

Со стороны управляемой подсистемы не всякое воздействие, осуществляемое управляющей системой, вызывает активную деятельность и адекватно соответствует предполагаемому результату.

Существуют различные виды реакции на управленческое воздействие:

- бездействие, формальное безынициативное действие, противодействие.

- активность, дополнительная деятельность, восприимчивость замысла и задач, энтузиазм, организованность, ответственность.

Внутренним называют управление, при котором управляющее воздействие формируются в самой управляемой системе, внутри ее. Орган управления, вырабатывающий управленческие воздействия, образует вместе с управляемой системой единый, хозяйственный комплекс. Органы управления, а также лица, осуществляющие управление, входят при внутреннем управлении в состав управляемой организации, ее штат.

Внешним именуют управление, при котором управляющие воздействия поступают в управляемую систему извне. В этом случае управляющая система не входит в состав управляемой, то есть, выделена в самостоятельный внешний орган. Лица, осуществляющие внешнее управление, не включаются в штат управляемой организацией и не являются ее работниками.

Процесс управления имеет определенную технологию, основанную на определении **целей** (разного характера от идеала до определения конечных результатов в виде показателей), принципов, методов, функций.

Цель – это идеальное и желаемое состояние объекта управления, которое должно быть достигнуто.

Цели делятся на перспективные и непосредственные; общие и частные; промежуточные и конечные.

Посредством **дерева целей** описывается их упорядоченная иерархия, для чего осуществляется последовательная **декомпозиция** главной цели на подцели по следующим правилам:

- общая цель, находящаяся в вершине графа, должна содержать описание конечного результата;
- при развертывании общей цели в иерархическую структуру целей исходят из того, что реализация подцелей каждого последующего уровня является необходимым и достаточным условием достижения цели предыдущего уровня;
- при формулировке целей разных уровней необходимо описывать желаемые результаты, но не способы их получения;
- подцели каждого уровня должны быть независимы друг от друга и невыводимыми друг из друга;
- фундамент дерева целей должны составлять задачи, представляющие собой формулировку работ, которые могут быть выполнены определенным способом и в заранее установленные сроки.

Последовательность действий, приводящих к цели, называют **алгоритмом управления**.

Технология управления – приемы, порядок, регламент выполнения процесса управления. Технология управления представляет собой систему операций и процедур, выполняемых в определенной последовательности.

1. **Линейная технология управления** (в настоящее время не эффективна) - технология управления, характеризующаяся строгой последовательностью отдельных управленческих фаз, вытекающих друг из друга и сменяющихся в соответствии с заранее намеченным планом.

2. **Целевое управление** – технология управления, предусматривающая предвидение возможных результатов деятельности и планирование путей их

достижения. Различают: простое целевое управление; программно-целевое управление; регламентное управление.

3. **Ситуационное управление** - оперативное управление, заключающееся в принятии управленческих решений по мере возникновения проблем в соответствии со складывающейся ситуацией.

4. **Управление по отклонениям** - технология управления, исходящая из того, что незначительные отклонения не требуют корректировки управленческого процесса; и преодоление незначительных отклонений возможно силами самих исполнителей.

5. **Управление по результатам** - технология управления, заключающаяся в том, что в зависимости от степени достижения запланированных результатов на предыдущей фазе, происходит уточнение последующих управленческих действий.

Смысл управления заключается в достижении целей через преодоление проблем. **Проблема** рассматривается как препятствие в достижении цели, противоречие желаемого и действительного. Выявление, ранжирование проблем, выделение среди них приоритетных позволяет сформулировать важнейшие задачи, от решения которых зависит достижение поставленной цели, и правильно распределить ограниченные ресурсы.

Виды управления:

по уровню (человечество; государства; регионы; отрасли, организации, их части (подразделения), группы людей, индивиды);

по сфере (государственное, политическое, хозяйственное и т. п.);

по содержанию (общее управление; управление организацией технологических процессов; управление людьми; управление информацией; управление поведением фирмы на рынке; управление закупками, сбытом, заключением контрактов; управление финансовыми потоками и проч.);

по источнику основополагающих решений – внешнее (навязанное) или внутреннее (инициативное) управление, а также самоуправление;

по способу осуществления управленческого воздействия – личное или доверительное (через посредников, документы);

по методу выработки управленческих решений – научное (решения принимаются на основе специальных исследований) или эмпирическое (исходя из обобщения поверхностных фактов и явлений);

по обусловленности принимаемых решений – ситуационное (с учетом складывающегося положения дел) или стратегическое, реализующее заранее запланированные действия;

по способу взаимодействия со средой – адаптивное (приспосабливающееся к ней) или конкурентное (навязывающее собственную линию);

по направленности (на процесс, на результат, на предотвращение будущих проблем).

Законы управления – это объективно существующие, постоянные, повторяющиеся причинно-следственные связи явлений и процессов

Закон специализации управления: Современное производство характеризуется использованием новейших технологических процессов, высокой степенью организации труда и информационных систем. Такое производство требует узкоспециализированного управления, глубоких знаний, наличия специального образования у менеджеров.

Закон интеграции управления вытекает из единства производства и управления. С одной стороны, это объединение структурных подразделений, цехов, производств в единый производственный организм – предприятие, фирму, с другой – это соединение узкоспециализированных управленческих действий в единый управленческий процесс. В качестве интегрирующих факторов выступают цели, задачи, интересы, потребность поддержания жизнедеятельности организации, требования рынка. Предприятия могут объединяться в концерны, ассоциации и т.п. в соответствии с целями, задачами, интересами, потребностями поддержания жизнедеятельности организации, требования рынка.

Закон экономии времени гласит, что эффективность предпринимаемых управленческих действий определяется скоростью реакции менеджмента на потребности рынка. Принятие решения менеджером в более короткое время по сравнению с конкурирующей фирмой обеспечивает положительное влияние на конечные результаты работы организации. Имеет важнейшее значение в управлении организацией, отраслью экономики, государством в целом.

Закон синергии: Способность организации к деятельности и ее потенциал определяют следующие элементы: производительность, микроклимат в коллективе, заинтересованность, кадровый, научный и технический состав, отношение к внешней среде, перспективы развития, имидж. Синергия – это такое приращение ресурсного ее потенциала в процессе совместной деятельности ее членов для достижения поставленной цели, при котором полученный результат больше или меньше, чем простое сложение используемых ресурсов. Нужны такие альянсы организаций, в которых суммарный доход выше суммы доходов каждой из организаций, работающих в одиночку (за счет тщательного отбора товаров и рынков, новые возможности конкуренции).

Закон самосохранения: Каждая материальная система сознательно или стихийно стремится к сохранению своей качественной определенности и использует для достижения этого весь свой потенциал. Самосохранение организации зависит от внешней среды, параметров внутренней среды, характера ее деятельности и качества управления ресурсами.

Закон информированности – упорядоченности: чем большей информацией о внешней и внутренней среде располагает организация, тем больше вероятность устойчивого функционирования. В управлении организациями применяется экономическая, научно-техническая, общественно-политическая информация. Чем четче сформулированы задачи управления и организована база данных об объектах управления, тем устойчивее функционирование организации.

Закон необходимого разнообразия и быстродействия: Организация должна обладать достаточными и разнообразными внутренними средствами, чтобы быть готовой отреагировать на постоянные изменения внутри себя и во внешней среде, и благодаря этому работать и развиваться.

Закон онтогенеза: Каждая организация проходит в своем развитии следующие фазы жизненного цикла: становление, расцвет и угасание.

Закон оптимальности: Любая система с наибольшей эффективностью функционирует в некоторых пространственных пределах, что диктует необходимость поиска наилучших с точки зрения эффективности размеров организации.

Закон максимизации энергии: В соперничестве с другими системами выживает, сохраняется та из них, которая наилучшим образом способствует поступлению энергии и использует максимальное ее количество наилучшим образом.

Закон внутреннего динамического равновесия: Вещество, энергия, информация и динамические свойства системы, а также ее структура взаимосвязаны настолько, что любое изменение одного из этих компонентов вызывает сопутствующие функционально-структурные количественные и качественные перемены в состоянии отдельных компонентов.

Менеджмент – это процесс планирования, организации, мотивации и контроля, необходимый для того, чтобы сформулировать и достичь целей организации (Майкл Мескон, 1931-2017 гг., американский экономист, теоретик менеджмента, ученый, бизнесмен, писатель, журналист. Соавтор книги «Основы менеджмента», написанной вместе с Майклом Альберт, Франклином Хедоури).

Подходы к менеджменту:

Школа научного управления (1885-1920). Основоположники: Фредерик Уинслоу Тейлор, Френк и Лилия Гидбрет, Генри Ганнт. Основной вклад: Концепция научного управления явилась серьезным переломным этапом, благодаря которому управление стало широко признаваться как самостоятельная область научных исследований. Впервые руководители-практики и ученые увидели, что методы и подходы, применяемые в науке и технике, могут быть эффективно использованы в практике достижения целей организации. важность применения научного анализа для определения наилучших способов достижения целей. Доказали:

- целесообразность отбора и использования работников, наиболее подходящих для выполнения конкретных заданий, обеспечение их последовательного обучения и переобучения;
- необходимость снабжения работников всеми ресурсами, требуемыми для эффективного выполнения поставленных перед ними задач;
- систематическое и правильное использование материального стимулирования для повышения производительности труда.

Классическая (или административная) школа в управлении (1920-1950 гг.). Основоположник: Анри Файоль. Основной вклад:

- концентрация внимания на системе администрации и высших уровнях управленческой системы;
- выделение функций управленческой системы, подлежащих выполнению каждым менеджером (планирование, организация, контроль и др.);
- разработка принципов менеджмента, пригодных для всех типов организаций.

Школа человеческих отношений (1930-1950 гг.), поведенческих наук (с 1950 г. по настоящее время). Основоположники: Мери Паркер Фоллетт, Элтон Мэйо, Крис Арджирис, Ренсис Лайкерт, Дуглас МакГрегор, Фредерик Герцберг, Абрахам Маслоу. Основной вклад:

- необходимость использования приемов управления межличностными отношениями для повышения степени удовлетворенности и производительности;
- важность применения наук о человеческом поведении к управлению и формированию организации таким образом, чтобы каждый работник мог быть полностью использован в соответствии с его потенциалом.

Наука управления или **количественный подход** (1950 г. по настоящее время). Основоположник: Рассел Линкольн Акофф. Основной вклад:

- углубление понимания сложных управленческих проблем благодаря разработке и применению моделей;
- развитие количественных методов в помощь руководителям, принимающим решения в сложных ситуациях;
- разработка теоретических основ создания, внедрения и использования автоматизированных систем управления.

Процессный подход (1920-е годы по настоящее время). Основоположник: Анри Файоль. Управление рассматривается как процесс, т.е. серия непрерывных взаимосвязанных действий.

Системный подход (1950-е годы по настоящее время) – это способ мышления по отношению к организации и управлению как системе.

Ситуационный подход (1920-е годы по настоящее время). Основоположник: Мери Паркер Фоллетт. Ситуация – это конкретный набор обстоятельств, которые сильно влияют на ситуацию в данный конкретный момент времени.

Основные принципы менеджмента:

- **системность управления** означает также, что руководитель должен четко видеть место своей организации и своей деятельности в общей картине социально-экономической и общественно-политической жизни страны, понимать внутреннюю структуру и логику деятельности организации в целом и отдельных ее элементов, характер системных связей между ними;
- **целостность управления** требует рассмотрения объекта управления с позиций его внутреннего единства, автономности, независимости и определенной отдифференцированности от внешней по отношению к нему среды;

- **иерархическая упорядоченность** управленческих процессов в организации заключается в выборе и обосновании иерархической системы целей и задач управления на каждый временной промежуток, определении для каждой из них исполнителей, необходимых ресурсов и адекватных управленческих технологий;

- **единоначалие** – предоставление руководителю органа управления или организации здравоохранения широких полномочий для выполнения его функций, с установлением персональной ответственности за результаты работы;

- **правовая защищенность управленческого решения** требует от руководителя органа управления или отдельной организации здравоохранения знаний и соблюдения законодательства в технологии разработки и реализации управленческих решений.

- **целевая направленность** менеджмента: Цель указывает общее направление, в котором должна двигаться организация для достижения лучшего результата;

- **научная обоснованность и оптимизация** управления: Научную основу менеджмента представляет сумма знаний об управлении в виде концепций, теорий, принципов, способов и форм управления людьми и их группами в процессе производства благ.

- **сочетание централизации и децентрализации** управления – баланс, который устанавливается между централизацией и децентрализацией власти;

- **делегирование полномочий** – передача руководителем части своих функций, подчиненным без активного вмешательства в их действия.

- **демократизация –** всемерное вовлечение коллектива в процессы управления и принятие управленческих решений.

Методы управления:

Организационно-распорядительные методы позволяют, прежде всего, компенсировать просчеты в планировании, оперативно реагировать на изменяющуюся ситуацию и, внося коррективы, выводить объект управления на новые параметры путем директив, приказов, указаний, распоряжений, резолюций, предписаний и т.д. Этими методами достаточно эффективно можно обеспечивать взаимодействие между отдельными структурными элементами системы или организации здравоохранения.

Экономические методы управления включают в себя экономический анализ деятельности организации здравоохранения, методы планирования и прогнозирования, статистического анализа. Особое значение имеют методы экономического стимулирования, позволяющие материально заинтересовать работников здравоохранения, создать мотивацию для оказания высококвалифицированной, качественной медицинской помощи.

Социально-психологические методы управления можно рассматривать как совокупность средств воздействия на коллектив, на происходящие в коллективе процессы в целом и на отдельных работников в частности. Это умение мотивировать работника к эффективному труду, партнерским отношениям, создание благоприятного психологического климата в коллективе.

Общественные или коллективные методы управления подразумевают демократизацию управления, т.е. расширение участия работников в выполнении управленческих функций. При этом используются такие коллективные организационные структуры, как коллегии, медицинские советы, советы медицинских сестер, советы трудовых коллективов, которые создаются при руководителе организации здравоохранения в качестве совещательного органа.

Функции менеджмента:

- **планирование** – это процесс создания детального плана действий, необходимых для достижения конкретной цели;

- **организация –** создание необходимых условий для реализации установленных целей;

- **мотивация –** побуждение работника к той или иной цели, которую перед ним ставят;

- **контроль** – целостная система наблюдения за процессом соответствия действий по выбранным задачам к ранее принятым алгоритмам, заданным параметрам и производственным решениям.

Менеджер – это наемный работник, занятый профессиональной организаторской деятельностью в органах управления и организациях, наделенный субъектом собственности определенными полномочиями.

К числу менеджеров относятся линейные и функциональные руководители организации или ее структурных подразделений.

Как и в любой области деятельности, в менеджменте реализуется принцип разделения труда. Горизонтальное разделение труда в управлении приводит к выделению менеджеров по специализациям, и тогда это будут менеджеры по продажам, менеджеры по закупкам, по управлению персоналом, по логистике, финансовые и пр. Вертикальное разделение труда проводит к образованию уровней управление (иерархии), и тогда появляются менеджеры верхнего звена (топ-менеджеры), среднего звена (мидл-менеджеры) и менеджеры низшего звена (лоу-менеджеры).

Отличие же между ними в том, что уровень их полномочий и размер задач – разный для каждой группы, повышающийся по мере движения вверх по слоям иерархии.

Менеджеры низшего звена обеспечивают решение оперативных, ежедневных задач той функциональной группы, в которую они включены. Такое управление называется оперативным.

Руководители среднего звена отвечают за работу отдельного функционала и решают задачи тактического масштаба, связанные с деятельностью подразделения. Они реализуют тактическое управление.

Менеджеры верхнего звена отвечают за эффективную работу всей системы и главной задачей топ-менеджеров является обеспечение успешного функционирования (деятельности) организации в долгосрочном аспекте (стратегическое управление).

Характеристики эффективного менеджера:

1. Эффективный менеджер может отличить важное дело от срочного.

2. Эффективный менеджер выращивает команду хороших управленцев.

3. Эффективный менеджер не приносит профессионализм в жертву лояльности – даже ценой должности.

4. Эффективный менеджер берет на себя ответственность при данных ему полномочиях.

5. Эффективный менеджер мыслит масштабами всей организации, а не отдельного участка.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятиям «управление» и «менеджмент».
2. Что такое система и как она построена?
3. Дайте определение цели, классификация целей?
4. Какие технологии управления вы знаете?
5. Классификация видов управления?
6. Раскройте содержание законов управления.
7. Перечислите школы менеджмента.
8. Назовите принципы менеджмента.
9. Укажите методы управления.
10. Какие известны функции менеджмента?

2.2. Экономика здравоохранения

Развитие здравоохранения в современных условиях подчиняется общим закономерностям экономики и детерминировано не только возможностями страны, но и внутренними потребностями всего общества, поэтому необходимо учесть особенности проявления законов экономики в здравоохранении.

В новых социально-экономических условиях изменилось отношение к человеческим ресурсам, как к потенциальным источникам качественных и высокопродуктивных производственных факторов, обеспечивающих развитие общества в целом. С этой позиции услуги здравоохранения превращаются в "необходимые потребности" общества с качеством содержания и количественными адекватными затратами. Следовательно, состояние здоровья является экономической категорией.

Узловыми вопросами современной экономической науки являются: поведение людей, которые в реальной жизни выступают как хозяйствующие субъекты, включая в себя и домашние хозяйства, и предприятия (фирмы) на микроуровне, и государство на макроуровне; ограниченность ресурсов и безграничность потребностей человека и общества; создание богатства и механизм его распределения; процессы обмена и потребления материальных благ и услуг; микро - и макроуровни экономической системы; организация производства, труда и управления и социально-экономические отношения между людьми; международная интеграция и мировые экономические связи.

Экономика здравоохранения – это комплекс экономических знаний о формах, методах и результатах хозяйственной деятельности в области медицины, ее организации, управления и развития. Предметом экономики

здравоохранения является изучение комплекса экономических отношений, возникающих по поводу производства и потребления медицинских услуг.

Экономика здравоохранения – самостоятельная научная дисциплина, изучающее действие объективных законов экономики в конкретных условиях предоставления и распределения медицинских услуг, изучение экономических отношений между людьми, различными субъектами, возникающих в процессе осуществления деятельности в условиях ограниченности ресурсов.

Отправной точкой анализа экономических проблем здравоохранения является его рассмотрение как области человеческой деятельности и как отрасли экономики. От решения экономических проблем здравоохранения во многом зависит и степень его реальной гуманности, успех выхода из того кризиса, который здравоохранение переживает в настоящее время вместе с другими отраслями экономики.

Особенности организации медицинской помощи в современных условиях:

1. Широкое внедрение рыночных принципов в здравоохранении
2. Медицинская помощь стала объектом рынка медицинских услуг
3. Организация медицинской помощи на основе Закона спроса и предложения
4. Финансирование медицинских организаций через систему оплаты конкретных видов деятельности и медицинской помощи (услуги)
5. Рыночный характер деятельности основывается на принципах самоокупаемости.

Экономика подразделяется на две основные области: макроэкономику и микроэкономику.

Макроэкономика изучает экономику в целом или такие крупные составные части экономики, как государственный сектор, частный сектор. При этом исследуется общая структура экономики и связи между крупными составными частями экономики в целом. В центре макроанализа - зависимость между агрегированными величинами (валовой продукт, национальный продукт, инфляция, совокупные издержки и др.).

Макроэкономическими показателями здравоохранения могут являться следующие показатели:

1. Государственная политика в области здравоохранения
- система здравоохранения
- финансовая политика
- источники финансирования и их структура
- налоговая политика
- инвестиционная политика
- экономическая политика

2.Показатели, характеризующие уровень финансирования:
- объем в абсолютных показателях
- уровень от ВВП
- на одного жителя в год

3. Показатели обеспеченности населения медицинской помощью:

- больничными койками
- медицинскими кадрами
- уровень госпитализации
- уровень амбулаторно-поликлинической помощи

4.Уровень здоровья населения:

- заболеваемость
- рождаемость
- смертность
- инвалидность
- продолжительность жизни

Микроэкономика изучает сферу функционирования основной экономической единицы (фирмы, предприятия или сфера частного бизнеса).

Рыночный характер микроэкономики в том, что в ее пределах любой вид деятельности выступает как ***источник дохода***.

Современная экономика здравоохранения рассматривает *медицинскую организацию* как:

Во-первых, специфический хозяйствующий субъект, наделенный всеми основными экономическими правами и обязанностями;

Во-вторых, как самостоятельного участника рыночных отношений, взятых во всей их сложности и противоречивости и одновременно с учетом всей специфики здравоохранения.

Новые подходы к экономике здравоохранения.

Переход к рыночным отношениям в здравоохранении существенно изменил принципы организации медицинской помощи населению, ориентиром которых является ряд основополагающих законов рыночной экономики. Медицинская помощь, приобретая свойства товара, стала объектом рынка медицинских услуг, а порядок представления их населению рассматривается через призму закона спроса и предложения. В экономическом смысле, в основе спроса лежит не просто потребность или нужда в том или ином благе, а готовность и способность платить за него.

Формирование спроса на различные товары и услуги зависит не только от цен, но и от ряда неценовых факторов, которые предопределяют поведение потребителей на рынке.

В этих условиях ценовой фактор более значим для производителя, так как для него ведущим является получение экономического результата – обеспечение самоокупаемости затрат и получение прибыли, а во вторую очередь, обеспечение качества медицинской услуги, создание ценности и полезности ее. В условиях сформированного рынка медицинских услуг качество товара и услуг и услуг предопределяет во многом достижения экономического результата. Одновременно известно, что качество товара создается прямыми расходами на него, которые, в свою очередь, влияют на издержки производства.

С экономической точки зрения, любой вид оплаты медицинских услуг – это форма возмещения затрат, которая в теоретическом плане до сих пор плохо разработана. Процесс формирования затрат, его особенности в зависимости от

места образования и назначения услуг, дают большую информацию менеджеру для принятия решения по планированию, управлению и контролю. Для эффективного управления и организации деятельности медицинской организации в современных условиях необходимы знания о структуре затрат, их назначениях и функциях.

Раскрывая экономическую сущность методов оплаты медицинских услуг необходимо отметить их функции, которые существенно влияют на процесс планирования и управления. Следует помнить, что финансирование медицинских организаций через оплату медицинских услуг направлено, во-первых, на обеспечение безубыточности организации, т.е. должна быть достигнута самоокупаемость производства. Это может быть достигнуто рациональным и эффективным использованием ресурсов. Во-вторых, конечной целью деятельности любой медицинской организации является обеспечение населения качественной и доступной медицинской помощью. В-третьих, каждый метод оплаты медицинских услуг включает в себя стимулирующие элементы для потребителя, для производителя и для самих работников. Таким образом, знание экономических основ затрат имеет важное значение для принятия управленческих решений.

2.3. Планирование в здравоохранении

Планирование – это предопределение будущего, построение модели будущего состояния организации при одновременном установлений путей, способов, средств и сроков достижения планируемых действий.

Основные методы планирования здравоохранения являются:

- аналитический;
- сравнительный;
- балансовый;
- нормативный;
- экономико-математические и др.

Стратегическое планирование – это одна из функций управления, которая представляет собой процесс выбора целей организации и путей их достижения.

Стратегия – это план перспективного развития бизнеса с горизонтом планирования 3,4,5 лет, который должен привести организацию к *серьезному успеху* (к ее качественно новому будущему состоянию относительно ее роли и места в расстановке отраслевых сил), это плановый документ, определяющий направление «главного удара» в развитии организации и формирующий рубежи ее качественно новое будущее состояния (в горизонте планирования 3,4,5 лет).

Стратегия должна представлять собой детальный всесторонний план, разработанный с точки зрения всей перспективы системы, а не отдельных ее элементов, иметь четкую адресность.

При разработке алгоритма стратегического планирования предпринимательской деятельности учитывают два ключевых момента:

1) необходимо исходить из природы функционирования предпринимательской структуры, в соответствии с которой стратегическое

планирование представляет собой механизм, используемый субъектом управления в целях противодействия негативным факторам внешней среды. При этом предпринимательская структура, как участник рыночной системы, подчиняется ценовому механизму, колебаниям спроса и предложения;

2) с позиций управленческого подхода, основанного на систематизации исходной информации и включающего выбор и научную разработку целей, определение средств и направлений их достижения возможно посредством сравнительной оценки альтернативных вариантов.

При отсутствии обоснованного планирования неизбежны ошибочные управленческие решения.

Ключевой задачей стратегического планирования должно быть определение направлений развития и использования ресурсного потенциала для улучшения здоровья населения.

Основной принцип стратегического планирования – увязка объемов и структуры медицинской помощи с ожидаемыми финансовыми ресурсами с целью обеспечения уровня доступности медицинской помощи населению.

Организация процесса стратегического планирования.

Четкое и однозначное определение позиций высшего менеджмента в части того, что он ожидает от стратегического планирования, и доведение этой информации до сведения всех работников предпринимательской структуры;

Определение ожиданий и информирование всех вовлеченных в разработку стратегического плана специалистов;

Сбор информации, необходимой для разработки плана, которая должна включать миссию предпринимательской структуры на данный момент, основные перспективные цели, миссию в будущем и т. д.

Опрос основного управленческого состава в части его готовности к грядущим переменам;

Определение цели стратегического плана и периода планирования.

Этапы стратегического планирования.

1. Разработка ориентиров деятельности для данного рынка, предполагающая определение целевых стратегических задач и количественных показателей;

2. Обзор рынка и анализ ситуации, т. е. оценка тенденций развития отрасли, сильных и слабых сторон предпринимательской структуры, анализ динамики и структуры рынка, анализ рыночного окружения (конкуренты, поставщики сырья и оборудования, партнеры, потребители) и т. д.;

3. Интерпретация собранных данных, т. е. своего рода прогнозирование тенденций рынка, его основных рыночных и финансово-экономических факторов (емкость рынка, темпы роста, количество потребителей, норма возврата инвестиций и т. д.);

4. Определение разрыва в планировании, выявляющее точки расхождения между целевыми стратегическими задачами предпринимательской структуры, текущей ситуацией на предприятии и в отрасли, с одной стороны, и прогнозом долгосрочного развития рынка – с другой;

5. Диагностика проблемы, дающая возможность выявить причины разрыва в планировании и наметить альтернативные варианты решений для их устранения;

6. Стратегический выбор, т. е. оценка и выделение приоритетных альтернативных стратегических решений;

7. Оценка стратегий и выбор одной из них, т. е. принятие конкретного стратегического решения.

Внешний анализ:

Роль внешнего анализа заключается в том, чтобы ответить на следующие ключевые вопросы при принятии стратегических решений:

- где конкурировать?
- с кем конкурировать?
- как конкурировать?

Здесь необходимо добавить и еще один ключевой вопрос при принятии стратегических решений − что является основой конкуренции?

Такой вопрос позволяет оценить организации деятельности в сравнении с другими участниками рынка, особенно это важно в условиях расширяющегося внедрения негосударственных медицинских организации в систему обязательного социального медицинского страхования.

Внутренний анализ.

Целью внутреннего анализа является глубокое изучение предпринимательской структуры. В рамках внутреннего анализа изучается эффективность деятельности, а также основные детерминанты стратегии (сильные и слабые стороны, стратегические проблемы). Внутренний анализ, подобно внешнему, в качестве точки отсчета имеет конкретную бизнес-единицу, но может проводиться и на агрегированном уровне, например на уровне подразделений или предприятия. Важнейшим элементом внутреннего анализа является анализ результатов деятельности.

В рамках стратегического планирования представляется целесообразным рассматривать следующие виды ресурсов:

- технические ресурсы (производственное оборудование, инвентарь, производственная инфраструктура и т. п.).
- технологические ресурсы (освоенные технологии, наличие конкурентоспособных идей, научные и технологические заделы и др.).
- кадровые ресурсы (квалификационный, демографический состав работников с учетом их мотивации, их способность адаптироваться к изменению целей предприятия).
- финансовые ресурсы (объем и состав активов, ликвидность, структура задолженности, наличие кредитных линий и пр.).
- ресурсы сырья и материалов (основные и вспомогательные материалы, комплектующие, долгосрочные договора с поставщиками и т. п.).

Особенно важным является анализ нефинансовых показателей:

- удовлетворение потребителей медицинских услуг, их лояльность, напр.

сколько потребителей мы привлекли и какова их лояльность к нашей организации (в сравнении с конкурентами)?

- качество медицинских услуги, удовлетворяют ли наши услуги население, выполняют ли он свои назначения должным образом?

- какие ассоциации вызывает наше предприятие у потребителей в смысле воспринимаемого качества, инновационности, опытности, ориентации на покупателя и т. д.

- разработка и развитие новых видов медицинских услуг. Удалось ли организовать новые виды услуг или модификаций уже существующих видов медицинских услуг, обеспечивающие дополнительные финансовые ресурсы, их источники.

- относительные затраты – умеем ли мы управлять объемом затрат на материалы?

- способности и результаты деятельности работников / менеджеров, достаточно ли у нас хороших работников для осуществления задуманных стратегий?

В стратегическом менеджменте предпочтительно рассматривать три главных варианта (альтернативы) развития:

1. Пессимистический, когда имеет место сложное финансово-экономическое состояние предпринимательской структуры, наличие ресурсов и доходы бюджета не позволяют вести расширенное производство и главная цель заключается в недопущении спада и стагнации в производстве.

2. Реалистичный вариант наиболее целесообразен для положения, когда предпринимательская структура находится в стадии зрелости, на вторых или третьих ролях в отрасли национального хозяйства («пантера») и, несмотря на кризисное состояние экономики, удерживает свои позиции на достигнутом уровне.

3. Оптимистический, когда доходы и наличные ресурсы, твердое финансово-экономическое положение предпринимательской структуры позволяют осуществлять расширенное воспроизводство и проводить агрессивную маркетинговую политику, сохранять лидирующее положение в отдельных отраслях экономики.

Бизнес-планирование – составная часть стратегического планирования. Это система планомерных действий, направленных на максимальное и эффективное использование средств и ресурсов с целью достижения оптимальной результативности при минимальных затратах.

Для чего нужен бизнес-план?

1. Помогает в обеспечении эффективной работы организации для достижения целей:

2. Способствует руководителям ориентироваться в переменах, планировать действия с целью разрешения внутренних проблем;

3. Ориентирует на принятие решений относительно:

- применения стратегии;

- формирование и распределения ресурсов;

- осуществления контроля;

4. Позволяет снижать до минимума неожиданности.

При разработке бизнес-плана необходимо ответить на ряд вопросов:

- какие медицинские услуги будет оказаны?
- какое имеется оборудование для оказания услуг?
- потребность населения в данных видах услуг?
- в чем особенность и конкурентоспособность ваших медицинских услуг?
- каков сервис для пациентов в вашей организации?
- каковы технико-экономические показатели оказания медицинских услуг?
- в каком состоянии находится организация медицинских услуг и перспективы ее развития.

При планировании объемов медицинской помощи используется метод целевого комплексного планирования, главной задачей которого является достижение более рационального и справедливого распределения ресурсов в системе здравоохранения Республики Казахстан с учетом принципов свободного выбора пациентом врача и медицинской организации, формирования конкурентной среды и прозрачности процесса оказания медицинских услуг.

Для прогнозирования (планирования) объемов и видов медицинских услуг местными органами государственного управления здравоохранением и субъектами здравоохранения используется следующие информации:

- данные, получаемые от больниц о коечном фонде, фактически оказанной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара;
- информация о потребности в СМП/ВСМП от амбулаторно-поликлинических организаций (АПО) (реальные заказчики объемов стационарной помощи) с оценкой потребности населения в стационарной помощи по КЗГ, заверенные УЗО;

Кроме того, при планировании учитываются следующие факторы:

- фактически сложившиеся объемы медицинской помощи;
- коечная мощность стационаров;
- уровень заболеваемости, рождаемости.

Планирование объемов стационарной медицинской помощи осуществляют по следующим алгоритмам:

1. Анализ данных о потоках госпитализации населения по каждой медицинской организации за последний год;
2. Анализ сложившихся объемов и их исполнения, выявление зон неэффективности;
3. Анализ коечного фонда по профилям, его динамика, перепрофилизация и т.д.;
4. Оценка неудовлетворенной потребности путем анализа очередей на госпитализацию;
5. Выявление необоснованно госпитализируемых случаев;
6. Определение перечня медицинских услуг, планируемых переместить из стационарного на амбулаторный уровень;

7. Внедрение новых методик оказания амбулаторной помощи, как лечебных, так и организационных (дневной стационар, стационар на дому, активный патронаж и т.п.);

8. Анализ возможностей использования стационарозамещающих и ресурсосберегающих технологий, которые планируется переместить из круглосуточного стационара в стационар дневного пребывания.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «Планирование»?
2. Дайте определение понятию «Стратегическое планирование»?
3. Перечислите требования, предъявляемые к стратегическому планированию?
4. Что включает внешний и внутренний анализ?
5. Этапы стратегического планирования?
6. Перечислите требования, предъявляемые бизнес-плану?
7. Перечислите алгоритм осуществления планирование объемов медицинской помощи?
8. Что включает в себя планируемые объемы специализированной медицинской помощи?

2.4. Финансирование здравоохранения, виды и формы.

Здравоохранение относится к ресурсоемкому сектору экономику. Рост расходов во всем мире заставляет общества во всех странах заняться поисками систем финансирования здравоохранения, которые позволили бы обеспечить, чтобы люди не были лишены возможности получить медицинскую помощь. Во многих странах предоставление такой возможности всем гражданам было на протяжении длительного времени основой политики в области здравоохранения (рисунок 3).

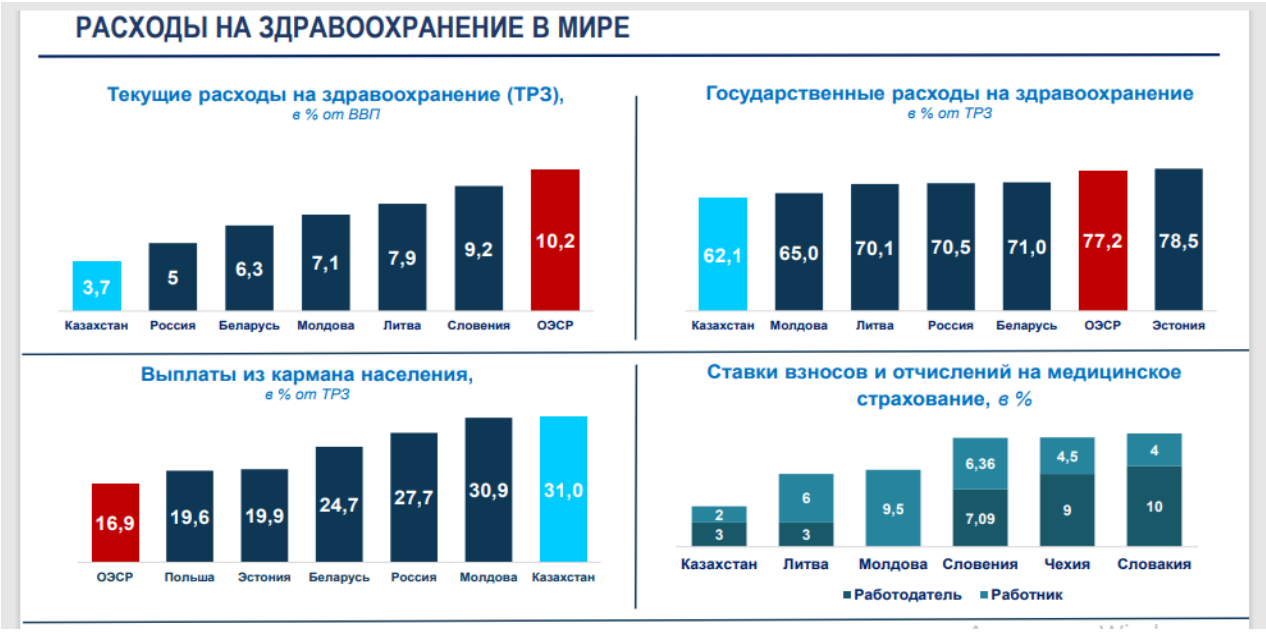

Рисунок 3 – Тенденции формирования затрат на здравоохранение *(статистические данные с базы данных ОЭСР)*[4]

Ожидаемые расходы на здравоохранение в мире на 2017г. - 7,9 - трлн. долл. а к 2030 – до 11 трлн. долларов;

Расходы на душу населения 2021г составили: США– 10,2тыс.$; Швейцария – 7,8тыс.$; Норвегия – 6,7тыс.$;Китай – 1800$;Литва – 1400$; Эстония – 1200$; Россия –541$ (таблица 17);

Таблица 17 – Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранения World Health Organization: Global Health Expenditure 2024.

№	Страны	% от ВВП
1.	США	16,7
2.	Куба	13,8
3	Германия	12.7
4	Франция	12,3
5	Великобритание	11,3
6	Канада	11,2
7	Япония	10,8
9	Чехия	9,5
10	Латвия	9,0
11	Литва	7,5
12	Россия	7,2
13	Азербайджан	4,7
14	Казахстан	3,9

Источник: World Health Organization: Global Health Expenditure 2024.

Общие расходы на здравоохранение — это сумма государственных и частных расходов на здравоохранение. Они включают в себя предоставление медицинских услуг (профилактических и лечебных), мероприятия по планированию семьи, мероприятия по питанию и экстренную медицинскую помощь

Анализ и оценка систем финансирования здравоохранения различных стран мира показывают, что существуют четыре основных источника для финансирования здравоохранения: налогообложение, взносы в систему социального страхования, взносы на добровольное медицинское страхование (частное) и прямые платежи населения.

Эти источники можно характеризовать как обязательные или законодательно установленные (социальное медицинское страхование и налогообложение), или, как добровольное (страхование частное) и прямые

[4] http://stats.oecd.org

платежи. Следовательно, формирование фондов здравоохранения осуществляется при участии населения, государства и предпринимателей. По степени их участия сложились три основные системы экономического функционирования здравоохранения: государственная, страховая и частная.

Государственная система основана на принципе прямого финансирования медицинских организации и гарантирует бесплатную медицинскую помощь населению. В основу страховой системы заложен принцип участия граждан, предприятий или предпринимателей в финансировании охраны здоровья напрямую или через посредничество страховых медицинских организаций. Частная медицина в настоящее время представлена частнопрактикующими врачами, клиниками и больницами, находящимися в индивидуальной собственности.

Финансирование системы здравоохранения через налогообложение является одной из распространенных форм, как экономически развитых, так и слаборазвитых стран. Государства имеют в своем распоряжении целый ряд средств извлечения доходов (или мобилизации ресурсов): прямые и косвенные налоги, сборы с потребителей, полученные субсидии и кредиты, благотворительные пожертвование и представление субсидий в форме дотации государства является еще одним важным источником средств, для системы здравоохранения. Также применяются внутренние и внешние заимствования.

Базовые модели здравоохранения.

Государственно-бюджетная, финансируемая преимущественно (до 90%) из бюджетных источников (Англия, Дания, Ирландия, Португалия, Испания).

Социально-страховая, финансируемая за счет целевых взносов предпринимателей, работающих граждан и субсидий государства (Франция, Бельгия, Австрия, Япония, Германия и др.).

Рыночная или частная (США, Израиль, Ю. Корея).

При финансировании здравоохранения через государственный бюджет использовались различные варианты.

В ряде стран (Англия, Дания, Ирландия, Канада и др.) основная часть фондов здравоохранения (50-90%) формируется государством, действуют государственные формы медицинского обслуживания, финансируемые из общих бюджетных поступлений. В Италии, Швеции, Исландии, Финляндии здравоохранения финансируется за счет целевых взносов на трехсторонней основе, где превалируют государственные субсидии.

В Великобритании действует Национальная система здравоохранения, охватывающая население независимо от социального статуса и финансовых возможностей бесплатной медицинской помощью. Британская служба здравоохранения, занята во всех сферах здравоохранения, начиная с амбулаторного лечения и завершая высокоспециализированными методами лечения в стационаре. Более 50% общественных расходов на здравоохранение тратятся на обеспечение первичной медицинской помощи.

Системы медицинского обслуживания, финансируемые преимущественно за счет бюджета и обеспечивающие всеобщую общественную солидарность

населения на равных основаниях, позволяют избежать некоторых трудностей, которые могут возникнуть при страховании, поскольку здесь отсутствует возможность выбора групп риска.

Социально-страховая модель – основные принципы:

Финансирование: государственный бюджет, взносы работодателей, взносы работников.

Медицинские организации: государственной, частной формы собственности;

Категории населения: все (общедоступность);

Управление здравоохранением: государственное, частичная автономия;

Медицинская помощь для населения: бесплатная (принцип «общественной солидарности») + платная («участие в издержках»);

Экономическая эффективность: высокая;

Использование принципов рыночной экономики: да.

Источники расходов на здравоохранение по видам финансирования в % на 2017г. показаны в таблице 18.

Таблица 18 – Источники расходов на здравоохранение по видам финансирования в % (2017г)

	Страны	Государственные	Частные	ОМС	ДМС
1	Великобритания	79	16		3
2	Дания	84	14		2
3	Италия	74	23		2
4	США	22	20		58
5	Германия	6	13	78	2
6	Франция	5	9	78	7
7	Чехия	13	15	69	
8	Литва	9	32	58	1
9	Эстония	10	24	64	
10	Россия	21	40	36	2

Источник: World Health Organization: Global Health Expenditure 2019.

В большинстве стран важная роль в финансировании системы здравоохранения принадлежит частному сектору. Частным финансированием называют все средства, которые поставщики получают из частных источников в качестве оплаты за оказанные ими медицинские услуги. К частным источникам можно отнести расходы домохозяйств (непосредственные платежи «из кармана»), частные страховые программы, прямая оплата лечебным учреждениям за лечение работников, произведенная работодателем, а также благотворительные пожертвования.

Доля частного сектора значительно различается в зависимости от уровня экономического развития страны. В развивающихся странах почти половина расходов на медицинские услуги покрывается за счет частного сектора. А в странах с развитой рыночной экономикой большую часть затрат на

здравоохранение составляют государственные расходы, при этом государство финансирует здравоохранение через программы государственного страхования или систему обязательного социального страхования.

Анализируя систему финансирования здравоохранения различных стран мира принципиальную схему финансирования, можно представить следующим образом (рисунок 4):

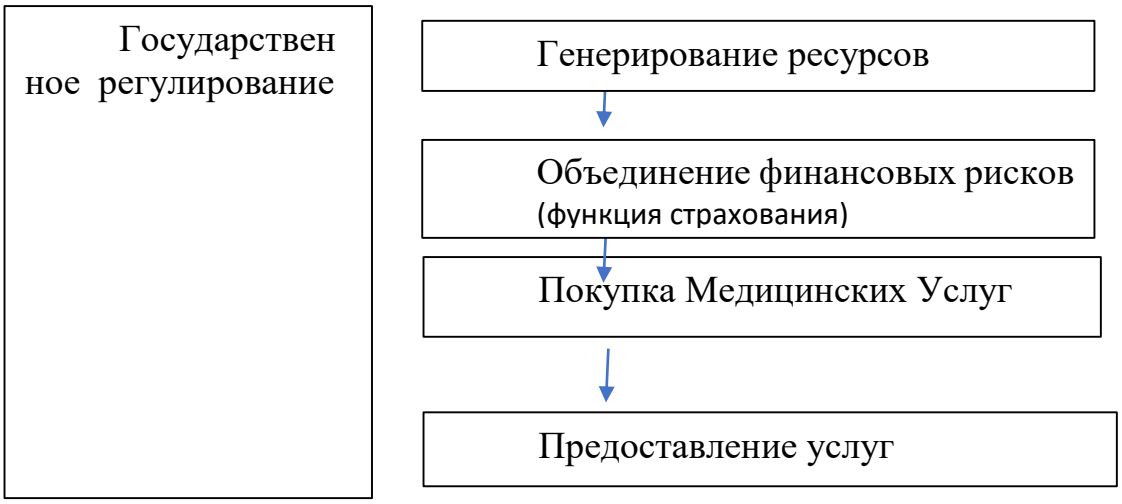

Рисунок 4 – Общий принцип финансирования здравоохранения

Таким образом, для обеспечения стабильности финансирования здравоохранения регулирования необходимо использовать различные источники в совокупности при сохранении государственного регулирования.

В Казахстане установлены следующие источники финансового обеспечения системы здравоохранения:

- бюджетные средства;
- средства добровольного страхования;
- средства, полученные за оказание платных услуг;
- иные источники, не противоречащие законодательству РК.

Основные подходы к совершенствованию системы финансирования:

- поэтапное повышение государственных расходов на здравоохранение до 5% от ВВП.
- переход на модель частичного фондодержания путем разработки и внедрения эффективных финансовых механизмов стационарозамещения в первичном звене.
- поэтапно будет повышаться доля средств, направляемых на оказание ПМСП, в том числе путем предоставления бесплатного и льготного лекарственного обеспечения больных на амбулаторном уровне, по видам заболеваний и отдельных категорий населения.
- методы финансирования должны обеспечивать стимулы для поставщиков различных уровней;
- будут разработаны единые методики формирования тарифов на медицинские услуги, обеспечивающие финансовую устойчивость медицинских

организаций. При этом снижение уровня госпитализации в стационары будет сопровождаться повышением тарифов за данный вид медицинской помощи.

В соответствии с концепцией затрат различают:

1. Статичный бюджет, который разрабатывается на основе предполагаемого уровня объема и прогноза доходов и расходов. Утвержденный таким образом бюджет медицинских организации рассчитан на календарный год и не подлежит изменению.

В условиях внедрения системы оплаты медицинских услуг, данная форма не приемлема по следующим причинам:

- Не учитывает постоянные и переменные расходы;
- "Психологическое" предположение о том, что все затраты неизменны;
- Не позволяет планирования для различных объемов выпуска;
- Не подходит для оценки деятельности менеджера.

2. Гибкий бюджет - предполагает, что некоторые затраты варьируются в зависимости от изменения объемов, тогда как другие неизменны и является основой управления затратами;

Исторически, в рыночно ориентированных странах использовались формы оплаты медицинских услуг, которых можно объединить в следующие виды:

а) для амбулаторно-поликлинических организации:

- оплата за услуги;
- за посещение;
- различные формы комплексной подушевой оплаты.

б) для больничных организации:

- глобальный бюджет (основанный на бюджете предыдущего года);
- за койко-день;
- за пролеченный случай;
- по клинико-затратной группе (КЗГ);

Международный опыт показал, что нет универсальных методов оплаты медицинских услуг, которые соответствовали бы предъявляемым требованиям, поэтому в мировой практике различные вариации.

Методы и формы оплаты медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования утверждены приказом МЗ РК от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-291/2020.

Требования к методам оплаты медицинских услуг.

- Система оплаты медицинских услуг должна сдерживать действие затратного механизма
- должна ориентировать на укрепление сектора амбулаторно-поликлинической помощи, а в ее составе - на повышение роли звена ПМСП
- обеспечить возможности финансирующей стороны целенаправленно формировать наиболее рациональный объем и структуру оказания медицинской помощи
- минимизация административных расходов финансирующей стороны на оплату медицинской помощи

• создание стимулов для улучшения экономической эффективности и качества медицинской помощи

Подушевой норматив – норма затрат необходимая для оказания конкретного объема медицинской помощи, пересматриваемая ежегодно в расчете на одного прикрепленного жителя.

Комплексный подушевой тариф на оказание медицинской помощи населению субъектами здравоохранения – это стоимость комплекса медицинских услуг для обеспечения ГОБМП по установленному уполномоченным органом в области здравоохранения перечню форм медицинской помощи в расчете на одного человека, прикрепленного организации здравоохранении. Комплексный подушевой тариф формируется в зависимости от структуры организаций здравоохранения и включает следующие формы медицинской помощи – первичная медико-санитарная помощь, консультативно - диагностическая помощь,

Для внедрения дифференцированных показателей КПН на территориальном уровне используются следующие коэффициенты:

- Половозрастной поправочный коэффициент;
- Коэффициент плотности населения;
- Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;
- Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона;
- Сумма надбавки за работу в зонах экологического бедствия

Внедрение КПН позволяет расширить объем и виды медицинских услуг, оказываемых на уровне организации ПМСП, что дает им стимул к расширению набора консультативно-диагностических услуг и это способствует расширению деятельности организации ПМСП. Одновременно для достижения и улучшения показателей здоровья прикрепленного населения внедрена дополнительная форма финансирования - стимулирующий компонент подушевого финансирования за каждого прикрепленного жителя.

Цель стимулирующего компонента подушевого норматива (СКПН) – это стимулирование медицинских работников к повышению качества медицинской помощи и усилению профилактической работы среди населения. Показатели деятельности медицинской организации и врачебных участков оцениваются по показателям, при достижении плановых результатов или их улучшении медработники организации имеют право на дополнительную оплату труда.

Оплата стационарных медуслуг по клинико-затратным группам (КЗГ).

Метод КЗГ вызывает интерес во многих странах Европы. Соответствующие национальные версии разработаны в Германии, Нидерландах, Норвегии, Швеции, Франции, Венгрии. В ряде этих стран данный метод используется на практике, главным образом в экспериментальном порядке [21].

КЗГ по существу является классификатором больных. Классификационная единица - собственно клинико-затратная группа – объединяет больных, сходным по клиническим параметрам и затратоемкости.

Формированию КЗГ должен предшествовать этап накопления информации о структуре лечебной работы в больницах, ресурсо - и затратоемкости отдельных

случаев. Первичные данные должны быть достаточно представительными, чтобы на их основе можно было опробовать различные варианты группировки больных в КЗГ и выбрать вариант, наилучшим образом обеспечивающий клиническую состоятельность КЗГ при заданном минимальном пороге затратной однородности каждой из групп.

Для определения справедливого среднерегионального тарифа и пересмотра весовых коэффициентов КЗГ необходимым условием является введение стандартной методики учета затрат. Требуется постоянный контроль со стороны финансирующих органов, и корректировки в связи с развитием новых технологий лечебно-диагностического процесса и изменением цен на необходимые медикаменты и изделия медицинского назначения и т.д.

Развитие системы оплаты медицинских услуг в РК представлен в рисунке 5.

Рисунок 5 – Системы оплаты медицинских услуг в РК (*материалы семинара МЗ РК 2012г.)*.

Ключевым вопросом в системе оплаты медицинских услуг ценообразование. Специфика экономических отношений в здравоохранении определяет особенности ценообразования, обусловленные уровнем государственного регулирования. Влияние цены на происходящие в отрасли экономические процессы проявляются через различные ее функции. Можно выделить следующие функции:

- измерительная – в этом качестве цена выступает как количество денег, который уплачивает покупатель и получает производитель за конкретную услугу;

- соизмерительная – отражает полезность различных видов услуг;

- учетная – дает возможность перевести различные услуги из натурально-вещественной формы в денежную, что позволяет вести единый учет разнородных услуг;

- регулирующая – является инструментом регулирования экономических процессов, позволяет сбалансировать спрос и предложение производимых благ;

- стимулирующая – на конкурентном рынке уровень цены служит стимулов к применению наиболее экономичных методов производства услуг;

- перераспределительная – соотношение цен на разные виды благ ведет к перераспределению доходов между отраслями, производителями и группами потребителей.

При определении цены возможны различные методические подходы.

1. Рыночные методы определения цен ориентируются в основном на спрос.
2. Затратные методы ценообразования, которые могут использоваться на основе определения полных затрат или на основе ориентации на прямые затраты.
3. Нормативный метод ценообразования - расчет цен на основе заранее установленных норм и нормативов, поэтому является одним из эффективных методов управления себестоимостью. Нормативный метод позволяет выявить неэффективно используемые ресурсы и принимать адекватные меры по изменению ситуации (реструктуризация, рациональное использование ресурсов и т.д.).

В здравоохранении в рамках государственных программ предоставления медицинских услуг, при расчете стоимости рекомендуется использовать затратный метод, основанный на определении текущих затрат. Капитальные затраты не включаются в стоимость и покрываются целевым способом.

Контрольные вопросы:

1. Что включает в себя комплексный подушевой тариф?
2. В чем заключается цель внедрения стимулирующего компонента подушевого норматива?
3. Перечислите требования к методам оплаты медицинских услуг?
4. Какие источники финансового обеспечения системы здравоохранения установлены в Республике Казахстан?
5. Каковы уровни и перспективы финансирования здравоохранения в Республике Казахстан?
6. Дайте определение понятию «Бюджет»?
7. В чем заключается функции бюджета?
8. Перечислите принципы бюджетной системы?
9. Перечислите основные принципы планирования бюджета?
10. Какие аспекты включает в себя методика составления бюджета?

2.5. Ресурсный менеджмент, основы, технологии.

Ресурс (от фр. ressource) – источник покрытия нужд, потребностей.

Понятие «ресурс» применяется также как характеристика созданной людьми продукции.

В экономической теории понятие «ресурсы» обозначает совокупность различных элементов производства, которые могут быть использованы в процессе создания материальных и духовных благ и услуг. Ресурсы могут быть материальными и нематериальными.

К материальным ресурсам относятся: физические активы, такие как финансовые ресурсы и человеческие ресурсы, материально-технические ресурсы.

Нематериальные ресурсы могут быть встроены в организационные процедуры или практику, такие как репутация организации, культура, знания или ноу-хау, накопленный опыт, отношения с клиентами, поставщиками или другими ключевыми заинтересованными сторонами.

Обеспечение конкурентоспособности бизнеса в условиях рынка, отягощенной высоким уровнем конкуренции, является непростой управленческой задачей, которая не может быть решена традиционными способами (ОСМС). Одной из главных проблем низкой конкурентоспособ-ности отечественных медицинских организации на рынке можно назвать проблему ресурсного обеспечения не только текущей производственной деятельности, но и стратегического развития.

Консолидация экономических ресурсов, их более эффективная организация делают возможным выявление незадействованных производственных резервов и на их основе создание новой организационной архитектуры, способной изменять корпоративную стратегию, генерируя новые технологические и организационные компетенции.

Проблемы и вызовы: нехватка или избыточность ресурсов, недостаточная прозрачность использования ресурсов, неравномерная загрузка персонала, низкая гибкость в условиях изменений и др.

Ресурсный менеджмент – это процесс планирования, прогнозирования, планирования и оптимизации организационных ресурсов, включая людей, активы, оборудование, финансы и инструменты, для достижения целей проекта и бизнеса. Он направлен на то, чтобы использование ресурсов в процессе производства было результативным и эффективным.

Некоторые виды ресурсного менеджмента:

Менеджмент человеческих ресурсов. Обеспечивает компетентность персонала, включая подбор, развитие и удержание сотрудников.

Менеджмент финансовых ресурсов. Предполагает определение объёма потребности в финансовых ресурсах, поиск их источников, разработку методов максимизации финансового результата.

Менеджмент материально-технических ресурсов. К ним относятся оборудование, инструменты, сырьё, которые нужно использовать в проекте. Управление связано с планированием закупок, контролем сырьевой базы, техобслуживанием и логистикой.

Управление временем. Включает разработку календарного плана проекта, определение критического пути и контроль сроков.

Информационные ресурсы. Это данные и знания, необходимые для реализации проекта.

Современное ресурсное управление – это область науки, представленная научными школами и направлениями, рассматривающими проблему эффективности с различных точек зрения и сторон.

Так называемая идея «черного ящика» предполагает рассмотрение деятельности предприятия исключительно через производственную функцию, под которой понимается технологическая зависимость количества применяемых ресурсов и объемов произведенной продукции. Основой разработки производственных этапов товаров и услуг являются инструменты и технологии операционного менеджмента.

Научные школы ресурсного менеджмента.

1. Технология бережливого производства – Lean Production (LP);
2. Теория ограничений - Theory of constraints (TOC);
3. Ресурсная теория - Resource-Based View (RBV);

Сравнительный анализ их целей показал, что схожие цели – оптимизация затрат и максимизация прибыли – достигаются принципиально по-разному:

- в бережливом производстве путем сокращения производственных потерь;
- в теории ограничений – увеличением пропускной производственной способности;
- в ресурсной теории (ресурсно-ориентированный подход) – созданием ключевых конкурентных преимуществ.

Бережливое производство (от англ. lean manufacturing, lean production или просто lean) – методология, в основе которой лежит идея устранения отходов, лишних трат и оптимизации процесса производства, основателем ее считается японский инженер и директор корпорации Тойота – Оно Тайити.

Бережливое производство (Lean production) – это концепция организации бизнеса, ориентированная на создание привлекательной ценности для потребителя путем формирования непрерывного потока создания ценности с охватом всех процессов организации и их постоянного совершенствования через вовлечение персонала и устранение всех видов потерь.

Можно выделить пять основных целей бережливого производства, которые направлены как на удовлетворение клиента, так и на оптимизацию рабочих процессов:

Улучшение качества продукции.

Избавление от лишних расходов.

Сокращение времени на производство продукта.

Общее снижение затрат компании.

Минимизация рисков.

Таким образом, технология бережливое производство – идеология, концепция менеджмента, основанная на неуклонном стремлении к выявлению и устранению непроизводительных потерь, возникающих в процессе работы, предполагающая повышение качества и сокращение затрат за счет оптимизации

технологии производства, при вовлечении каждого сотрудника и максимальной ориентации на потребителя.

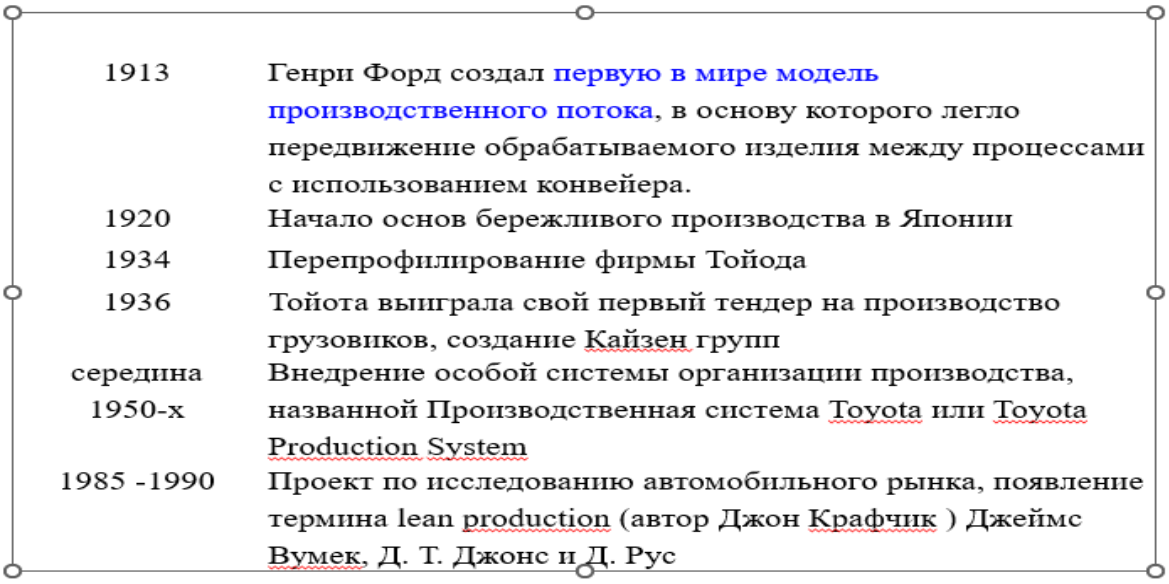

Рисунок 6 – История бережливого производства

Задачи бережливого производства:

- быстрое и эффективное выявление и устранение потерь;
- усиление обмена информацией на всех уровнях организации;
- уменьшение затрат, повышение качества и безопасности при производстве товаров или оказании услуг;
- стимулирование совершенствования производства и предоставление работникам возможности реализовывать улучшения самостоятельно.

Сравнение разных изложений принципов бережливого производства показаны в таблице 19.

Таблица 19 – Сравнение разных изложений принципов бережливого производства (lean)

Дж. Вомак, Д. Джонс. "Бережливое производство" Принципы бережливого производства (основные, в общем виде)	ГОСТ Р 56020-2014 "Бережливое производство. Основные положения и словарь" Принципы бережливого производства (в расширенном виде)
Ценность Поток создания ценности	Ориентация на создание ценности для потребителя Сокращение потерь Приоритетное обеспечение безопасности Принятие решений, основанных на фактах
Организация движения потока	Организация потока создания ценности для потребителя

Вытягивание	Вытягивание
Совершенство	Стратегическая направленность Постоянное улучшение Визуализация и прозрачность Построение корпоративной культуры на основе уважения к человеку Встроенное качество Установление долговременных отношений с поставщиками Соблюдение стандартов

Востребованность принципов бережливого производства объясняется тем, что оно направлено на решение важнейших для любой организации задач: сокращение затрат, рациональное использование ресурсов, оптимальная организация труда, конкурентоспособность и стабильность функционирования в долгосрочной перспективе.

Бережливое производство в здравоохранении

1. Система, создающая стратегии направления в деятельности медицинской организации (МО) для повышения удовлетворенности потребителей медицинских услуг, снижения трудопотерь медицинского персонала, повышения качества и производительности труда.

2. Методология, которая нацеливает на эффективное использование в любом учреждении внутренних резервов, на постоянное совершенствование бизнес-процессов, улучшение организации и условий труда.

Ключевым принципом бережливого производства является непрерывность производственного потока, без задержек и очередей, достигающаяся за счет равномерности загрузки медицинского персонала, рациональной логистики пациентов, информационного сопровождения, оптимальной планировки площадей организации и устранения всех видов потерь.

Главная цель: устранение неоправданных потерь, связанных с: нерациональной организацией рабочих мест;

- лишним ожиданием;
- неправильной организацией техпроцессов;
- транспортировкой;
- дефектами, браком;
- излишними запасами;
- перепроизводством.

Основные инструменты бережливого производства.

1. Повышение продуктивности движений материалов и персонала (основной инструмент – диаграмма Спагетти, используется для повышения продуктивности движения материалов и персонала).

2. Повышение производительности отдельного рабочего места – система Кайзен (основной инструмент – методика 5S, используется для повышения производительности отдельного рабочего места);

3. Повышение производительности процесса (основной инструмент – карта процесса, используется для повышения производительности больших и средних процессов, состоящих из нескольких этапов и уровней) (рисунок 7);

Рисунок 7 – Виды потерь производственного процесса[5].

Карта потока создания ценности (КПСЦ), позволяет описать целевое состояние и выполнить анализ текущего состояния. Поток создания ценности – это совокупность операций (действий), которые совершаются над продуктом на протяжение всего процесса изготовления с целью достижения им требуемых характеристик или необходимого состояния. Выделяют две группы действий: добавляющие ценность продукта и не добавляющие ценность продукта. Перед началом построения КПСЦ рекомендуется провести описание производственного цикла изготовления детали для построения полной картины потока ценности. Описание производственного цикла предприятия – это описание функций, работ и бизнес-процессов, которые поддерживают описанные ранее бизнес-направления. Визуализация бизнес-процессов как поток создания ценности для потребителя является базисом философии бережливого производства.

Картирование потока создания ценности предполагает выполнение ряда несложных шагов, которые позволят быстро создать требуемую модель проекта с заданными параметрами (рисунок 8).

[5] Вялов, А. В. Бережливое производство, уч. пособие 2014г.

Рисунок 8 – Карта процесса работы регистратуры (*схема на примере учебных исследований магистрантов, Куракбаев К., 2025г.)*

На рисунке 9 построено дерево работ, основанное на документации производства, маршрутной карты и регламентирующих документов производства, представляющее из себя иерархически упорядоченный перечень работ.

Рисунок 9 – Структура регистратуры после реорганизации (*схема на примере учебных исследований магистрантов, Куракбаев К., 2025г.)*

Перечень конкретных действий состоит из следующего:
Унификация обязанностей всех регистратур;
Обучение регистраторов основам кассового дела;
Обучение кассиров процессам регистрации;
Увеличение окон регистратур за счет закрытия кассовых окон;

Установление программного обеспечения по приему платежей в окнах регистратур;

Заблаговременное уведомление всех сотрудников о новой схеме регистрации пациентов.

Повышение производительности отдельного рабочего места – система Kaizen. Кайдзен – японская система, направленная на непрерывное совершенствование процессов разработки, производства и управления. Кайдзен в бизнесе – постоянное улучшение, начиная с производства и заканчивая высшим руководством, от генерального директора до обычного рабочего. Система Кайдзен помогает без дорогостоящих вложений получить хорошие результаты: повысить качество производимой продукции, увеличить выработку на каждого работника, значительно уменьшить потери (а, следовательно, себестоимость продукции), адаптировать организационную структуру к требованиям рынка, повысить гибкость организации.

Методика 5S формируется из заглавных букв 5 японских слов:

Seiri (Sort- Сортировка) – удаление неиспользуемых и ненужных предметов, инструментов и материалов на рабочем месте.

Seiton (Set in Order - Соблюдение порядка) – упорядочивание и размещение необходимых предметов, инструментов и материалов для производительности и уменьшения времени на поиск нужных вещей. Каждая вещь лежит на своем месте – где ее используют.

Seiso (Shine- Содержание в чистоте) – очистка и поддержание чистоты рабочего места, что также улучшает безопасность и результативность.

Seiketsu (Standardize- Стандартизация) – стандартизация, чтобы все сотрудники могли работать в соответствии с определенными нормами и стандартами.

Shitsuke (Sustain- Совершенствование) – поддержание постоянного роста и совершенствования рабочей среды, чтобы она оставалась эффективной и продуктивной.

Повышение продуктивности движений материалов и персонала – Диаграмма Спагетти.

Это один из наиболее простых инструментов, позволяющий выявить потери времени из-за излишних (бесполезных) передвижений персонала, клиентов или продукта. Диаграмма Спагетти позволяет понять и документально зафиксировать расстояния, которые сотрудник проходит за смену, или маршрут движения клиента (пациента) или производства продукта. Следующее направление, над которым следует задуматься – как исключить перемещения, передвинув каждую точку или исключив её. Если перемещения нельзя исключить вовсе, необходимо понять, как их можно минимизировать. Вопрос: как можно исключить излишние этапы?

Система Канбан – это система, обеспечивающая организацию непрерывного материального потока при отсутствии запасов: производственные запасы подаются небольшими партиями, непосредственно в нужные точки производственного процесса, минуя склад, а готовая продукция сразу

отгружается покупателям. Сущность системы CANBAN состоит в том, что все производственные подразделения предприятия снабжаются материальными ресурсами только в том количестве и к такому сроку, которые необходимы для выполнения заказа. Заказ на готовую продукцию подается на последнюю стадию производственного процесса, где производится расчет требуемого объема незавершенного производства, которое должно поступить с предпоследней стадии. Аналогично, с предпоследней стадии идет запрос на предыдущий этап производства на определенное количество полуфабрикатов. То есть размеры производства на данном участке определяются потребностями следующего производственного участка.

Схема алгоритмов действий по внедрению принципов бережливого производства показаны на рисунке 10.

Рисунок 10 – Схема алгоритмов действий по внедрению принципов бережливого производства (*Куракбаев К., 2025 г.)*.

Теория ограничений», была разработана и предложена Э. Голдраттом в 1980-е гг.

Теория ограничений систем (TOC, Theory of constraints) – это методология управления системами в различных видах деятельности, суть которой заключается в поиске ключевых ограничений, определяющих успех и эффективность всей системы в целом.

TOC была создана в 1980-х годах израильским физиком и философом Элияху Голдраттом, который прославился как автор нескольких бестселлеров деловой научно-популярной литературы.

Согласно Теории ограничений систем Голдратта, любая система состоит из набора процессов или последовательных задач, как на конвейере. Каждый

процесс имеет определенную мощность или пропускную способность (рисунок 11).

Успех всей системы определяется ключевым ограничением.

На сегодня это популярная методология, которой пользуются во всем мире. Основная идея данной модели состоит в сосредоточении управленческого внимания на самом слабом звене цепи. Имеющаяся ресурсная база должна быть направлена на ликвидацию ограничения самого «слабого звена» производственной системы предприятия. Его ликвидация приведет к тому, что прочность цепи – эффективность деятельности всего предприятия – вырастет, но только до следующего в очереди ограничения, (слабого звена).

Рисунок 11 – 5 шагов теорий ограничения систем[6]

Для преобразования этих шагов в конкретные действия Голдратт предлагает использовать инструменты теории ограничений:

«Что изменить?» – Дерево текущей реальности

«На что изменить?» – Диаграмма разрешения конфликтов и Дерево будущей реальности

«Как осуществить перемены?» – Дерево перехода и План преобразований.

Ресурсная теория (ресурсно-ориентированный подход).

[6] https://www.iksystems.ru/articles/ustoychivoe-razvitie/teoriya-ogranicheniy-goldratta-praktika-primeneniya/

Третья модель современного ресурсного управления – RBV – является новейшей, появившейся в конце XX в.

Ресурсное -ориентированный подход (RBV) – это управленческая структура, используемая для определения стратегических ресурсов, которые фирма может использовать для достижения устойчивого конкурентного преимущества. RBV фокусирует внимание руководства на внутренних ресурсах фирмы, пытаясь определить активы, возможности и компетенции, которые потенциально могут обеспечить лучшие конкурентные преимущества.

Управленческие ресурсы определяются как четыре внутренние ресурсы организации: человеческий капитал, физический капитал, финансовый капитал и организационный капитал (Барни, 1991).

Одним из краеугольных камней RBV является неоднородность ресурсов и

возможностей совокупности фирм, которая дифференцирует конкурентные преимущества каждой фирмы. Неоднородность ресурсов предполагает, что фирма, обладающая уникальными ресурсами, в конкретной ситуации потенциально может быть более квалифицированной для выполнения определенных видов деятельности и создания конкурентных преимуществ.

Ресурсы физического капитала относятся к оборудованию компании, заводу, ее доступу к сырью, географическому положению и включают физические технологии, используемые компанией.

Ресурсы человеческого капитала включают в себя опыт, интеллект, обучение, суждения, отношения и идеи сотрудников, таких как менеджеры и работники компании.

Финансовые ресурсы – это денежные средства и их потенциальные источники (товары, услуги, продажи)

Организационные ресурсы относятся к формальной структуре компании,

формальной и неформальной системе компании, которая включает в себя системы планирования, управления и координации.

Организационные ресурсы также связаны с неформальными отношениями между подразделениями внутри компании и отношениями между компанией и ее бизнес-средой.

Анализ сравнительных характеристик и отличий школ ресурсного менеджмента показан в таблице 20.

Таблица 20 – Анализ сравнительных характеристик и отличий школ ресурсного менеджмента

	Характеристика	LP	TOC	RBV
	Цель	Сокращение производственных потерь	Увеличение пропускной способности	Создание, использование, возобновление конкурентных преимуществ
	Фокус управленческого внимания	Поток создания ценности	Ключевые ограничения	Ключевые компетенции
	Результат	Снижение производственных затрат и повышение качества продукции	Увеличение производственных мощностей	Устойчивые конкурентные преимущества
	Организационное построение предприятия	Удержание функций менеджмента и производственных функций	построение причинно-следственных связей между ресурсами, процессами	Удержание ключевых компетенций вне зависимости от их функционала
	Система управленческого контроля	Встроенный контроль качества процессов	Контроль процессов и элементов системы, содержащих ограничения	Контроль ключевых компетенций

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию «ресурс» в экономической теории. Какие виды ресурсов существуют?
2. Что включает в себя процесс ресурсного менеджмента и какова его основная цель в организации?
3. Перечислите основные виды ресурсного менеджмента и кратко опишите их содержание.
4. Какие проблемы и вызовы наиболее характерны для ресурсного менеджмента в современных организациях здравоохранения?
5. В чем заключается сущность концепции «бережливого производства» (Lean Production) и каковы ее основные цели?
6. Опишите методологию «Теория ограничений» (Theory of Constraints, TOC) и ее ключевую идею.
7. Что представляет собой ресурсно-ориентированный подход (Resource-Based View, RBV) и какие ресурсы он выделяет как стратегические?
8. Назовите пять этапов методики 5S в системе Kaizen и дайте краткую характеристику каждому этапу.
9. Какую роль играет «диаграмма Спагетти» в повышении продуктивности движений материалов и персонала?
10. В чем состоит главная цель бережливого производства в здравоохранении и какие виды потерь она предполагает устранить?

2.6. Рынок медицинских услуг и маркетинг в здравоохранении

Медицинский маркетинг – это неотъемлемая часть современной системы здравоохранения, которая охватывает широкий спектр стратегий и инструментов, направленных на улучшение качества медицинских услуг и удовлетворение потребностей пациентов. В условиях глобализации, цифровизации и повышающихся ожиданий пациентов, значение маркетинга в здравоохранении значительно возрастает. Основы медицинского маркетинга предполагают умение грамотно организовывать и управлять медицинскими услугами, принимать во внимание не только потребности пациентов, но и рыночные условия, конкуренцию и технологические изменения.

Знание основ маркетинга в здравоохранении является критически важным не только для менеджеров, но и для врачей медицинских организации. Врачи, обладая компетенциями в области маркетинга, могут не только качественно предоставлять медицинскую помощь, но и эффективно взаимодействовать с пациентами, понимая их потребности, предпочтения и ожидания. Это способствует установлению доверительных отношений, что особенно важно для сохранения долгосрочных и взаимовыгодных отношений с пациентами. Менеджеры здравоохранения, в свою очередь, должны быть способны использовать маркетинговые инструменты для оптимизации ресурсов, улучшения качества предоставляемых услуг и повышения конкурентоспособности медицинской организации.

Кроме того, маркетинг в здравоохранении помогает создавать и поддерживать имидж медицинских организаций, привлекать новых пациентов и удерживать старых. Это особенно важно в условиях жесткой конкуренции на рынке медицинских услуг, где успешные организации используют маркетинговые подходы для улучшения качества обслуживания, повышения доступности услуг и создания новых форм взаимодействия с пациентами.

Особое значение знание основ медицинского маркетинга приобретает в контексте развития рынка медицинских услуг в Казахстане. В последние годы этот рынок переживает значительные изменения, что связано с как с внедрением новых технологий и улучшением качества обслуживания, так и с развитием частного сектора здравоохранения. В Казахстане государственное здравоохранение все еще сталкивается с проблемами недостаточного финансирования, дефицита квалифицированных кадров и недостаточной доступности медицинских услуг, особенно в сельских и удаленных районах. Однако рост частных медицинских организации, развитие телемедицины и внедрение электронных сервисов в здравоохранение создают новые возможности для улучшения качества и доступности медицинских услуг.

Перспективы развития рынка медицинских услуг в Казахстане включают расширение частного сектора, развитие системы обязательного медицинского страхования, а также внедрение современных медицинских технологий и инновационных решений, таких как искусственный интеллект и роботизация. Тем не менее, существуют и проблемы, требующие решения: высокая нагрузка на систему здравоохранения, неравномерное распределение медицинских ресурсов по регионам, а также необходимость повышения качества медицинского обслуживания и доступности для всех слоев населения.

Таким образом, в условиях динамично развивающегося рынка медицинских услуг, знание и применение основ медицинского маркетинга становятся неотъемлемой частью эффективного управления здравоохранением. Это знание помогает не только привлечь и удержать пациентов, но и способствует решению актуальных проблем, таких как повышение качества медицинской помощи, доступности и эффективности предоставляемых услуг в условиях текущих вызовов и возможностей.

Когда мы говорим о маркетинге в сфере здравоохранения, важно учитывать, что со временем меняется не только само понимание маркетинга, но и специфические подходы, применяемые в медицине. В начале 20 века, когда маркетинг в медицинской сфере только начал развиваться, акцент делался в основном на распространении информации о медицинских услугах и заведениях. С развитием технологий и изменений в общественных ценностях, маркетинг в здравоохранении претерпел значительные изменения.

В конце 20 века и начале 21 века произошел переход от традиционных методов маркетинга, таких как реклама в СМИ, к более сложным и многогранным подходам, таким как цифровой маркетинг, таргетинг, использование аналитики данных для улучшения качества обслуживания и удовлетворенности пациентов. Современный маркетинг медицинских услуг стал

более ориентирован на потребности пациентов, их поведение и предпочтения. Он акцентирует внимание на создании ценности для пациентов, на предоставлении высококачественных услуг и улучшении их доступности.

Таким образом, маркетинг медицинских услуг с течением времени стал значительно более комплексным и ориентированным на взаимодействие с пациентами. Время сыграло роль в развитии маркетинга, сделав его более персонализированным, основанным на данных и на новых технологиях. Это также связано с изменением самой природы здоровья и медицинских услуг, которые становятся все более индивидуализированными, высокотехнологичными и связанными с долгосрочным результатом.

Множество определений маркетинга и их развитие с течением времени является следствием эволюции самой дисциплины и изменений в социально-экономической и технологической среде. В области медицинских услуг маркетинг имеет свою специфику и развивается в ответ на потребности общества, вызовы здравоохранения и внедрение новых технологий. Таким образом, каждый исторический момент и каждая отрасль требуют уточнений и изменений в определении маркетинга, что и объясняет разнообразие трактовок этой важной дисциплины.

Рынок медицинских услуг и маркетинговые вопросы для медицинских организации. Рынок медицинских услуг представляет собой комплексную и многогранную сферу, включающую в себя не только медицинские технологии и фармакологические средства, но и организацию работы медицинских организации, методы профилактики и врачебного воздействия. Это пространство, в котором взаимодействуют потребности и спрос со стороны населения, предложения со стороны медицинских организаций, а также экономические и социальные факторы, влияющие на развитие этой сферы.

Маркетинговые вопросы для медицинских организации включает в себя анализ того, как медицинские организации могут воздействовать на потребности пациентов. Важно учитывать не только профессиональные аспекты (например, квалификация врачей), но и психологические и маркетинговые аспекты. К примеру, правильно выстроенная рекламная кампания может привлечь внимание к новым услугам или медицинским технологиям, а создание доверительных отношений с пациентами через персонализированное обслуживание повысит лояльность. Психологические аспекты также важны: клиенты должны чувствовать уверенность в выборе, понимать, что они получат высококачественные услуги и заботу о своем здоровье. Важно понимать, что маркетинг в сфере медицины играет не менее значимую роль, чем в других отраслях, так как он непосредственно влияет на качество обслуживания, доступность и удовлетворенность пациентов.

Медицинский маркетинг и рынок медицинских услуг: сходства и различия. Медицинский маркетинг и рынок медицинских услуг — это два связанных, но не идентичных понятия. Оба термина играют ключевую роль в сфере здравоохранения, но каждый из них имеет свою область применения и

фокус. Чтобы более четко разобраться в их различиях и сходствах, давайте рассмотрим эти понятия более подробно.

Рынок медицинских услуг — это экономическая категория, которая представляет собой совокупность различных медицинских услуг и продуктов, предлагаемых различными поставщиками (государственными и частными медицинскими организациями, аптечными сетями) для потребителей — пациентов. Этот рынок включает в себя не только непосредственно услуги, такие как лечение, диагностика, профилактика, но и продукты, такие как медицинские изделия, фармацевтические средства и медицинская техника. Таким образом, рынок медицинских услуг можно охарактеризовать как место, где спрос и предложение на медицинские товары и услуги пересекаются.

Особенности рынка медицинских услуг:

1. Комплексность: Он включает в себя широкий спектр элементов: от медицинских технологий и фармацевтических продуктов до инфраструктуры здравоохранения и кадров.
2. Регулирование: Рынок медицинских услуг часто подвержен строгому государственному регулированию, что связано с особенностями обеспечения безопасности и качества здоровья граждан.
3. Особенности спроса: Спрос на медицинские услуги отличается от спроса на обычные товары. Он часто обусловлен не желанием потребителя, а необходимостью (заболевания, неотложные случаи, профилактика).
4. Разделение на сегменты: Рынок можно разделить на несколько сегментов, таких как первичная медицинская помощь, специализированные клиники, госпитали, фармацевтический рынок и рынок медицинской техники.

Медицинский маркетинг, с другой стороны, представляет собой систему методов и стратегий, направленных на продвижение медицинских услуг и товаров на рынке. Он охватывает все аспекты, связанные с привлечением и удержанием клиентов (пациентов) и повышением их удовлетворенности от полученных медицинских услуг. Основная цель медицинского маркетинга — эффективно представить медицинские услуги и товары потребителям, выстроив доверительные отношения и обеспечив их высокое качество.

Особенности медицинского маркетинга:

1. Фокус на потребности пациента: Медицинский маркетинг направлен на то, чтобы удовлетворить потребности пациентов, обеспечить их информацией, создать удобные и понятные каналы взаимодействия.
2. Привлечение и удержание пациентов: в отличие от традиционного маркетинга, где акцент делается на продаже товаров, в медицинском маркетинге особое внимание уделяется привлечению пациентов, выстраиванию с ними долгосрочных и доверительных отношений.
3. Этика и ответственность: из-за специфики медицинской деятельности маркетинг в здравоохранении должен быть этичным и ориентированным на благополучие пациента, а не на коммерческую выгоду любой ценой.

4. Использование разных инструментов: включает рекламу, PR, социальные медиа, цифровой маркетинг, работу с отзывами, брендинг медицинских организации и т. д.

Концепции маркетинга и их применение в медицине.

Маркетинг, как научная дисциплина и стратегический инструмент, охватывает различные концепции, которые используются для создания, продвижения и продажи товаров или услуг. Эти концепции развивались и совершенствовались в ответ на изменения в потребительских предпочтениях, рынке и технологиях. В медицинской сфере, как и в других отраслях, маркетинг играет важную роль в обеспечении качества обслуживания, повышении доступности и эффективном взаимодействии с пациентами.

В литературах вы можете встретить разных видов Концепции маркетинга. В данном учебнике мы – авторы постарались представить широкий спектр Концепции маркетинга, и в некоторых даже объединить, а в некоторых разъединить более детально, чтоб было понятно читателям с медицинским образованием. Давайте теперь рассмотрим основные концепции маркетинга и их применение в медицине.

1. Концепция производственной ориентации (Production Concept)

Основная идея: Эта концепция основывается на предположении, что потребители предпочтут те товары и услуги, которые доступны в большом количестве и по низкой цене. В соответствии с этим, компания ориентируется на массовое производство и снижение издержек, чтобы предоставить потребителям доступные товары.

Применение в медицине: В медицине эта концепция может применяться в ситуациях, когда целью является массовое предоставление медицинских услуг для широких слоев населения.

Однако стоит отметить, что эта концепция может не всегда быть актуальной в сфере здравоохранения, так как качество медицинских услуг также имеет решающее значение, а не только их доступность.

2. Концепция товарной ориентации (Product Concept)

Основная идея: Эта концепция предполагает, что потребители будут выбирать более качественные товары или услуги. Предприятие должно ориентироваться на улучшение характеристик продуктов, их технологическое совершенствование и инновации.

Применение в медицине: В медицине концепция товарной ориентации может проявляться в стремлении медицинских организации или компаний, предоставляющих медицинские услуги, использовать новейшие технологии и инновационные подходы. Например, внедрение высокотехнологичного оборудования, таких, как магнитно-резонансные томографы (МРТ) или системы телемедицины, улучшение качества диагностики и лечения, могут стать конкурентным преимуществом организации. Пациенты часто выбирают клиники, которые предлагают передовые методы лечения и диагностики, что становится важной составляющей для медицинских организации, стремящихся поддерживать свой статус.

3. Концепция продажи (*или Концепция интенсификации коммерческих усилий*) (Selling Concept)

Основная идея: согласно этой концепции, потребители не всегда осознают свои потребности, и задача предприятия – убедить их в необходимости покупки товаров или услуг. Фокус в данном случае делается на агрессивной рекламе и продаже через стимулирование спроса.

Применение в медицине: В сфере здравоохранения эта концепция может быть использована, например, в продвижении услуг, которые пациенты не всегда осознают, как необходимые, такие как услуги пластической хирургии, эстетические процедуры, специализированные консультации или профилактические обследования. В таком случае медицинские организации используют активные маркетинговые кампании, чтобы заинтересовать клиентов и создать у них осознание необходимости в этих услугах. Однако важно, чтобы такие маркетинговые усилия оставались этичными и не навязывали пациентам ненужные или необоснованные услуги.

4. Концепция чистого маркетинга (Marketing Concept)

Основная идея: Эта концепция основывается на потребности и желаниях потребителей. Организация должна определить эти потребности и желания, а затем эффективно удовлетворить их, чтобы обеспечить долгосрочные отношения с клиентами и достигнуть успеха. Важно понять, что удовлетворение потребностей клиентов должно стоять в центре всего маркетингового процесса.

Применение в медицине: В медицинском контексте концепция маркетинга акцентирует внимание на удовлетворении потребностей пациентов. Это требует от медицинской организации тщательного анализа потребностей пациентов, создания и предоставления услуг, которые соответствуют этим потребностям, а также построения доверительных и долгосрочных отношений с клиентами. Например, больницы и клиники могут улучшить качество обслуживания, предлагать персонализированные медицинские услуги, разрабатывать программы для повышения осведомленности пациентов и внедрять системы обратной связи для улучшения качества услуг. Концепция чистого маркетинга утверждает, что залогом успеха является выявление потребностей целевых рынков, чем у конкурентов, т.е. необходимо производить то, что нужно потребителю, а не пытаться продать то, что произвели

5. Концепция социального маркетинга (Societal Marketing Concept)

Основная идея: Концепция социального маркетинга выходит за рамки удовлетворения потребностей клиентов и ориентируется на долгосрочные интересы общества в целом. Это означает, что организация должна заботиться о потребностях потребителей, но при этом учитывать влияние своих действий на общество и, например на экологию. Важным аспектом является этичность и социальная ответственность бизнеса.

Применение в медицине: Эта концепция особенно актуальна в здравоохранении, где этика и социальная ответственность играют ключевую роль. Медицинские организации должны не только стремиться удовлетворить потребности пациентов, но и принимать во внимание общественные интересы.

Например, программы профилактики заболеваний, такие как антикурительные кампании, акции по донорству крови, профилактические осмотры для выявления заболеваний на ранней стадии, являются примерами социального маркетинга в медицине. Важным аспектом является также доступность медицинских услуг для всех слоев населения, включая уязвимые группы.

6. Концепция цифрового маркетинга (Digital Marketing Concept)

Основная идея: Цифровой маркетинг ориентирован на использование современных технологий и цифровых каналов для взаимодействия с клиентами. Это включает в себя использование интернета, мобильных приложений, социальных сетей, онлайн-рекламы и контент-маркетинга.

Применение в медицине: в последние годы цифровой маркетинг стал важным инструментом в здравоохранении. С помощью онлайн-платформ и мобильных приложений медицинские организации могут взаимодействовать с пациентами, предоставлять им информацию о своих услугах, записывать на прием, отправлять напоминания и проводить консультации через видеосвязь. Социальные сети также играют важную роль в продвижении медицинских услуг, создании имиджа и доверительных отношений с пациентами. Важно, чтобы цифровые каналы использовались этично и с соблюдением конфиденциальности данных пациентов.

Каждая из концепций маркетинга имеет свои особенности и может быть применена в медицине в зависимости от ситуации, потребностей пациентов и целей медицинской организации. Важно отметить, что успех маркетинга в медицине напрямую зависит от этичности, профессионализма и ответственности, так как здесь речь идет не о продаже товаров, а о предоставлении услуг, от которых зависят жизни и здоровье людей. С учетом этих факторов, концепции маркетинга в медицине помогают организациям не только привлекать пациентов, но и создавать долгосрочные, доверительные отношения, основанные на высоком качестве и социальной ответственности.

Виды, функции и типы маркетинга в здравоохранении.

Маркетинг в здравоохранении включает в себя использование стратегий и инструментов для удовлетворения потребностей и желаний пациентов, при этом обеспечивая высокий уровень качества медицинских услуг.

Маркетинг в здравоохранении можно разделить на различные типы, виды и функции, которые эффективно используются в этой сфере. Рассмотрим их более подробно.

Любому начинающему менеджеру здравоохранения нужно знать три традиционных, основных видов маркетинга, такие как:

Маркетинг, ориентированный на продукт. Маркетинг, ориентированный на продукт, применяется, когда основным фактором конкуренции является постоянный вывод на рынок новых товаров. Естественно, выпуск нового изделия, не имеющего близких аналогов, требует нового подхода к маркетингу.

Маркетинг, ориентированный на потребителя. Маркетинг, ориентированный на потребителя, используется, если предприятие способно реагировать на постоянно меняющиеся потребности, исходящие

непосредственно от рынка. При этом важнейшая задача маркетинга – получение знаний о рынке.

Маркетинг – интегрированный. Сущность интегрированного маркетинга заключается в том, что продукт и потребительский спрос на него должны создаваться одновременно. Задачи интегрированного маркетинга – адаптация новых товаров к реальным потребностям рынка.

В зависимости от состояния спроса определяют следующие типы маркетинга:

1. Конверсионный маркетинг. Цель: изменить негативное отношение к продукту или услуге на положительное, убедить пациента в безопасности и пользе медицинских решений. Пример в медицине: если существует недоверие к вакцинации, маркетинговые усилия направлены на популяризацию научно подтверждённых данных, повышение доверия через выступления врачей, видеоролики, инфографику и истории выздоровления. Этот подход также используется при продвижении психотерапии, которой нередко боятся из-за стереотипов.

2. Развивающий маркетинг. Цель: формировать новый спрос на услугу или продукт, который ещё неизвестен широкой аудитории. Пример: продвижение телемедицины, особенно в отдалённых и сельских регионах. Также может включать популяризацию ДНК-тестов, персонализированной медицины или мобильных приложений для контроля хронических заболеваний.

3. Стимулирующий маркетинг. Цель: активизировать пассивный интерес или увеличить низкий спрос. Пример: проведение кампаний по раннему выявлению онкологических заболеваний, напоминания о необходимости плановых осмотров через SMS или email, стимулирование участия в профилактических программах через бонусы, купоны, льготы.

4. Ремаркетинг. Цель: восстановить интерес к утраченной или временно приостановленной услуге. Пример: возвращение пациентов, прекративших лечение, путём персонализированных предложений, напоминаний о следующем визите, бонусов за лояльность. Часто используется стоматологиями и косметологическими клиниками.

5. Синхромаркетинг. Цель: сбалансировать сезонный или переменный спрос, чтобы равномерно распределить нагрузку на ресурсы. Пример: организация вакцинации от гриппа до наступления пика эпидемии, равномерное распределение пациентов по времени, продвижение летней диспансеризации, когда в клиниках меньше нагрузка.

6. Поддерживающий маркетинг. Цель: сохранять устойчивый интерес и доверие к уже востребованным услугам. Пример: регулярное обновление информации о качестве медицинских услуг, размещение отзывов, рассказов от благодарных пациентов, наличие открытых отчётов о результатах. Это особенно важно для частных и премиум-клиник.

7. Демаркетинг. Цель: уменьшить чрезмерный спрос на ресурсы, ограничить обращаемость к перегруженным подразделениям. Пример: перенаправление

пациентов в альтернативные учреждения, установка электронных очередей, временное ограничение записи на не экстренные процедуры при эпидемической нагрузке. Также используется при нехватке кадров.

8. Противодействующий маркетинг. Цель: устранение вредного или неэтичного спроса, борьба с дезинформацией. Пример: антикампании против самолечения, отказ от приёма антибиотиков без рецепта, развенчание мифов о нетрадиционной медицине через научные публикации, интервью с экспертами, видеоролики с разоблачением фейков.

Особенности рынка медицинских услуг: спрос и предложение

Рынок медицинских услуг – это особая сфера экономики, где взаимодействуют потребности населения и способности организаций (медицинских организации) удовлетворить эти потребности. Он отличается от других рынков, поскольку предоставляет не только товары, но и нематериальные услуги, часто связанные с жизнью и здоровьем человека. Рассмотрим особенности рынка медицинских услуг, выделив две ключевые составляющие: спрос и предложение.

1. Спрос на медицинские услуги

Спрос на медицинские услуги определяется потребностями населения в различных видах медицинской помощи. Эти потребности могут варьироваться от базовых профилактических услуг до специализированных, дорогостоящих вмешательств. Спрос на медицинские услуги имеет несколько специфических характеристик:

1.1 Неэластичность спроса

Спрос на медицинские услуги в значительной степени неэластичен, что означает, что изменения в ценах на медицинские услуги не всегда приводят к значительному изменению в объеме потребляемых услуг. Это связано с тем, что медицинские услуги необходимы для сохранения здоровья и жизни, и в большинстве случаев люди не могут отказаться от необходимой медицинской помощи, независимо от ее стоимости. Например, для пациента, нуждающегося в неотложной помощи или срочной операции, цена услуги имеет второстепенное значение. Это делает медицинские услуги, особенно экстренные, менее чувствительными к изменениям в цене.

1.2 Зависимость от демографических и социальных факторов

Спрос на медицинские услуги напрямую зависит от возрастной структуры населения, уровня здоровья, распространенности заболеваний, а также социального статуса и уровня доходов. Например, пожилые люди имеют более высокий спрос на медицинские услуги, так как с возрастом возрастает количество хронических заболеваний и необходимость в медицинском обслуживании. Например, в странах с более стареющим населением наблюдается рост спроса на услуги гериатрии, кардиологии и реабилитации.

1.3 Психологические и социальные факторы

Люди могут стремиться к улучшению качества своей жизни, что влияет на их спрос на медицинские услуги. Например, повышенный интерес к профилактическим медицинским услугам, таким как регулярные осмотры,

вакцинации, психологическое здоровье, популяризация здорового образа жизни. Например, в последние годы увеличился спрос на услуги эстетической медицины и пластической хирургии, что также связано с изменением общественных предпочтений и акцента на внешность и здоровье.

1.4 Неопределенность и риск

В отличие от других рынков, где покупатель заранее осознает потребность в товаре (например, в покупках одежды или еды), в сфере здравоохранения потребности могут проявляться внезапно. Пациенты не всегда могут заранее предсказать, когда им потребуются медицинские услуги. Например, в случае заболевания человек часто обращается к врачу уже после появления симптомов, а не по заранее запланированному графику.

2. Предложение медицинских услуг

Предложение на рынке медицинских услуг включает в себя всех поставщиков, которые предоставляют медицинскую помощь, включая больницы, поликлиники, частные клиники, аптеки, медицинские лаборатории и другие организации. Особенности предложения медицинских услуг:

2.1 Зависимость от качества и доступности ресурсов

Предложение на рынке медицинских услуг зависит от наличия медицинских работников, их квалификации, а также от доступности медицинского оборудования и технологий. Например, наличие квалифицированных врачей и современных диагностических средств напрямую влияет на качество и количество предлагаемых услуг. Например, в сельских или удаленных регионах предложение медицинских услуг ограничено из-за дефицита специалистов, оборудования и инфраструктуры, что снижает доступность услуг для населения.

2.2 Регулирование и государственные гарантии

Рынок медицинских услуг часто регулируется государством, что оказывает значительное влияние на предложение. Государственные программы, финансирование здравоохранения, лицензирование медицинских организации – все эти аспекты влияют на объем и качество предлагаемых услуг. Например, в странах с системой обязательного медицинского страхования (ОМС) государство часто регулирует стоимость и доступность базовых медицинских услуг для граждан.

2.3 Инновации и новые технологии

Постоянное развитие медицинской науки и технологий ведет к появлению новых методов диагностики, лечения и профилактики, что увеличивает предложение на рынке. Развитие телемедицины, внедрение роботизированных операций и использования искусственного интеллекта в диагностике — все это расширяет предложение на рынке. Например, в последние годы появились новые методы лечения рака с использованием генетической терапии и таргетных препаратов, что значительно расширяет спектр доступных медицинских услуг.

2.4 Частный и государственный сектор

Предложение медицинских услуг на рынке разделяется на два основных сектора: государственный и частный. В государственных организациях услуги часто предоставляются на основе государственных гарантий или бюджетного

финансирования, а в частных клиниках – за счет коммерческой деятельности. Развитие частных клиник и медицинских центров позволяет расширить ассортимент услуг и повысить их качество, в то время как государственные организации ориентированы на обеспечение базовых потребностей населения. Например, частные медицинские клиники могут предложить более широкий спектр услуг, например, эстетическую хирургию, услуги по обследованию с использованием новейших технологий, более удобные условия для пациента, тогда как государственные организации могут обеспечивать доступность базовых медицинских услуг.

2.5 Гибкость предложения

Медицинские организации могут адаптировать свои услуги в зависимости от потребностей рынка. Например, в условиях пандемий или эпидемий спрос на определенные медицинские услуги (например, тестирование на инфекции или лечение) может значительно возрасти. Это требует гибкости и готовности организаций быстро реагировать на изменяющиеся условия. Например, во время пандемии COVID-19 многие клиники и лаборатории значительно расширили предложения по тестированию на вирус и по лечению инфекционных заболеваний.

Рынок медицинских услуг представляет собой сложную экосистему, в которой взаимодействуют спрос и предложение, и каждый из этих факторов обладает рядом особенностей. Спрос на медицинские услуги в первую очередь обусловлен потребностями населения, такими как возрастные и социальные факторы, а также психологическими и культурными особенностями. Предложение на рынке зависит от доступности медицинских ресурсов, качества и технологий, а также от регулирования со стороны государства. Понимание этих факторов важно как для потребителей (пациентов), так и для поставщиков медицинских услуг, так как позволяет эффективно реагировать на изменения на рынке и оптимизировать деятельность.

Рыночные механизмы управления в медицине зависят от множества факторов, которые влияют на предложение, спрос, доступность, качество и стоимость медицинских услуг. Эти факторы могут быть как внешними, так и внутренними, и они формируют условия для эффективного функционирования рынка медицинских услуг. Так же механизмы управления в медицине в рыночных условиях зависят от целого ряда причин, включая государственное регулирование, экономические условия, технологические инновации, демографические и социальные характеристики, а также конкуренцию и поведение потребителей. Все эти факторы взаимосвязаны и влияют друг на друга, создавая уникальную динамику на рынке медицинских услуг, которая требует адаптивного подхода к управлению для обеспечения доступности, качества и устойчивости здравоохранения.

Контрольные вопросы:

1. Что такое медицинский маркетинг и какую роль он играет в современном здравоохранении?

2. Каковы основные характеристики спроса на медицинские услуги и что такое неэластичность спроса?

3. Какие демографические и социальные факторы влияют на спрос на медицинские услуги?

4. Каковы ключевые особенности предложения медицинских услуг на рынке?

5. Как государственное регулирование и лицензирование медицинских организации влияют на предложение медицинских услуг?

6. В чем заключается важность инновационных технологий для рынка медицинских услуг?

7. Как частный и государственный сектор влияют на разнообразие и качество медицинских услуг?

8. Какие факторы определяют поведение потребителей в отношении выбора медицинских услуг?

9. Каковы основные типы маркетинга в здравоохранении и их применение?

10. Как маркетинговые стратегии могут повлиять на доступность и качество медицинских услуг?

2.7. Оказание платных медицинских услуг

В системе здравоохранения любого государства, наряду с механизмами государственного финансирования и социального страхования, существует сектор платных медицинских услуг. Платные медицинские услуги – это виды медицинской помощи, профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и иных услуг, которые предоставляются пациентам на возмездной основе, то есть за счет их личных средств, средств работодателей, систем добровольного медицинского страхования (ДМС) или иных источников, не относящихся к государственному бюджету или фонду социального медицинского страхования.

В Республике Казахстан, где функционирует смешанная система финансирования здравоохранения, платные услуги играют важную роль, дополняя Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и пакет услуг в рамках Обязательного социального медицинского страхования (ОСМС). Они предоставляют населению более широкий выбор и доступ к определенным видам помощи, а медицинским организациям – дополнительный источник финансирования для развития.

Платные медицинские услуги могут осуществляться за счет следующих источников:

1. Личные средства граждан.
2. Средства работодателей (в рамках договоров с медицинскими организациями на обслуживание сотрудников).
3. Средства систем добровольного медицинского страхования (ДМС).
4. Иные источники, не запрещенные законодательством РК.

Основания для оказания услуг на платной основе:

- Медицинские услуги по желанию пациента (или его законного представителя). В том числе диагностические и лечебные услуги, не имеющие строгих медицинских показаний, но желаемые пациентом (например, косметологические процедуры, пластические операции).
- Предоставление сервисных услуг повышенной комфортности (например, индивидуальная палата, дополнительное питание, уход, не обусловленный медицинскими показаниями).
- Медицинское освидетельствование, не связанное с обеспечением безопасности жизнедеятельности и здоровья граждан. Например, освидетельствование на право ношения оружия, управления транспортным средством (если оно не покрывается ГОБМП/ОСМС), для выезда за границу и т.д.
- Оказание медицинской помощи в рамках добровольного медицинского страхования (ДМС). Услуги предоставляются в соответствии с программой ДМС и договором между страховой компанией и медицинской организацией.
- Оказание медицинской помощи иностранцам и лицам без гражданства. Если иное не предусмотрено законодательством РК или международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан.
- Оказание медицинской помощи по договорам с организациями. Предприятия могут заключать договоры с медицинскими организациями на обслуживание своих сотрудников.

Правовые основы оказания платных медицинских услуг в РК заложены в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс о здоровье), в частности, статьей 199. Медицинские организации, как государственные, так и частные, имеют право предоставлять платные услуги при соблюдении требований законодательства, направленных на обеспечение качества, безопасности и защиту прав пациентов.

Прежде всего, любая медицинская организация, предоставляющая услуги на возмездной основе, должна обладать действующей лицензией на соответствующие виды медицинской деятельности.

Ключевым аспектом является полное и достоверное информирование пациента до момента оказания услуги, как того требует статья 200 Кодекса о здоровье. Организация обязана в доступной форме предоставить сведения о перечне платных услуг и их точной стоимости, наличии утвержденного и доступного прейскуранта, условиях предоставления и получения услуг, а также о квалификации и сертификации привлекаемых специалистов. Пациента также информируют о применяемых методиках диагностики и лечения, используемых лекарственных средствах и медицинских изделиях, возможных рисках, побочных эффектах, ожидаемых результатах и имеющихся альтернативных методах лечения. Важно, чтобы пациенту разъяснили возможность получения аналогичных или схожих услуг в рамках ГОБМП или ОСМС, если он имеет на это право. Неотъемлемым условием перед началом оказания любой медицинской услуги, включая платную, является получение информированного

добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство или его официального отказа.

Все платные медицинские услуги формализуются путем заключения письменного договора между медицинской организацией (исполнителем) и пациентом или его законным представителем (заказчиком/потребителем), который должен соответствовать нормам Гражданского кодекса РК и Кодекса о здоровье, подзаконным НПА.

В части ценообразования и оплаты, медицинские организации самостоятельно устанавливают цены (тарифы) на платные услуги, при этом утвержденный прейскурант должен быть доступен для ознакомления. Расчеты за платные услуги требуют обязательного применения контрольно-кассовых машин с функцией фиксации и передачи данных, а пациенту должен выдаваться фискальный чек.

Особое внимание уделяется качеству и безопасности услуг, платные медицинские услуги должны неукоснительно соответствовать стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам, утвержденным в Республике Казахстан, и сам факт платности не освобождает организацию от этой обязанности. При оказании услуг должны использоваться только зарегистрированные в РК лекарственные средства и медицинские изделия.

Не менее важно и надлежащее ведение медицинской документации: на каждого пациента, получающего платные услуги, в обязательном порядке заводится и ведется медицинская документация (амбулаторная карта, история болезни и т.д.) согласно утвержденным формам и правилам, с обеспечением полноты и достоверности записей. Пациент имеет право по своему требованию получить копию медицинской документации или выписку из нее.

Законодательство также обеспечивает защиту прав потребителей при оказании платных медицинских услуг, на которые распространяется действие Закона РК «О защите прав потребителей», гарантирующего пациенту право на качественную и безопасную услугу, полную информацию и возмещение вреда. Также, медицинская организация несет полную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, а также за любой вред, причиненный жизни или здоровью пациента в процессе оказания платных услуг, в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

В заключение следует отметить, что платные медицинские услуги играют важную роль в современной системе здравоохранения Республики Казахстан, выполняя несколько ключевых функций. Прежде всего, они существенно дополняют возможности ГОБМП и ОСМС, предоставляя населению доступ к тем услугам, которые не входят в эти государственные пакеты. Это, в свою очередь, значительно расширяет выбор для пациентов, позволяя им обращаться в предпочитаемые ими клиники, к конкретным специалистам, а также получать услуги с повышенным уровнем сервиса и комфорта. Все это повышает доступность медицинской помощи, возможность ее оперативного получения без дополнительных этапов согласований специалистов ПМСП и профильных

специалистов, не ожидать в очереди на портале Бюро госпитализации. Кроме того, платные услуги служат важным дополнительным источником финансирования как для государственных, так и для частных медицинских организаций. Полученные средства дают им возможность модернизировать свою материально-техническую базу, внедрять новые медицинские технологии и более эффективно мотивировать персонал. Наконец, развитие сектора платных медицинских услуг стимулирует здоровую конкуренцию на рынке, что объективно может способствовать повышению качества и эффективности медицинской помощи в целом по стране.

Вместе с тем, для гармоничного развития этого сегмента и защиты интересов граждан, необходимо четкое государственное регулирование и эффективный контроль. Такой подход призван обеспечивать защиту прав пациентов, предотвращать необоснованный перевод услуг из гарантированных государством пакетов в категорию платных, гарантировать качество и безопасность оказываемой медицинской помощи, а также поддерживать фундаментальные принципы справедливости и доступности здравоохранения для всех слоев населения. Именно эффективный баланс между государственными гарантиями и цивилизованным рынком платных услуг является залогом устойчивого и прогрессивного развития всей национальной системы здравоохранения Казахстана.

Контрольные вопросы.

1. Дайте определение понятию «платные медицинские услуги» и укажите источники их финансирования.
2. Назовите основания, по которым медицинские услуги могут предоставляться на платной основе в Республике Казахстан.
3. Какой основной нормативный правовой акт Республики Казахстан закладывает правовые основы оказания платных медицинских услуг?
4. Перечислите, какую информацию медицинская организация обязана предоставить пациенту в доступной форме до оказания платной медицинской услуги, согласно статье 200 Кодекса о здоровье.
5. Каковы требования к оформлению договорных отношений при оказании платных медицинских услуг между медицинской организацией и пациентом в РК?
6. Должны ли платные медицинские услуги соответствовать стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам, утвержденным в РК? Обоснуйте свой ответ.
7. Какие требования предъявляются к ведению медицинской документации при оказании платных услуг, и какие права имеет пациент в отношении этой документации?
8. Действие какого закона РК распространяется на отношения, возникающие при оказании платных медицинских услуг, в части защиты прав пациентов?

9. Опишите не менее трех ключевых функций, которые платные медицинские услуги выполняют в современной системе здравоохранения Республики Казахстан.

10. Почему для гармоничного развития сектора платных услуг и защиты интересов граждан необходимо четкое государственное регулирование и эффективный контроль?

2.8. Основы предпринимательства в здравоохранении. Понятие и сущность предпринимательства в здравоохранении

Согласно ч. 1 ст. 2 Предпринимательского кодекса РК: «Предпринимательством является самостоятельная, инициативная деятельность граждан, кандасов и юридических лиц, направленная на получение чистого дохода путем использования имущества, производства, продажи товаров, выполнения работ, оказания услуг, основанная на праве частной собственности (частное предпринимательство) либо на праве хозяйственного ведения или оперативного управления государственного предприятия (государственное предпринимательство). Предпринимательская деятельность осуществляется от имени, за риск и под имущественную ответственность предпринимателя».

Следует понимать, что применение этой концепции к сфере здравоохранения имеет существенные особенности. Здравоохранение является социальной деятельностью, что отражено в ряде нормативных правовых актов, в том числе и Налоговом кодексе РК, предоставляющего льготный режим налогообложения деятельности в области здравоохранения.

Таким образом, предпринимательство в здравоохранении – это деятельность, направленная на создание и реализацию решений (продуктов, услуг, технологий, бизнес-моделей) для удовлетворения потребностей пациентов, медицинских работников и системы здравоохранения в целом, с целью улучшения здоровья населения, повышения качества и доступности медицинской помощи, при обеспечении экономической устойчивости субъекта предпринимательства.

Ключевыми отличительными чертами предпринимательства в сфере здравоохранения являются:

1. Высокая социальная значимость и этическая нагрузка – деятельность напрямую затрагивает здоровье и жизнь людей, что накладывает особые морально-этические обязательства. Приоритет блага пациента должен превалировать над исключительно коммерческими интересами.

2. Строгое государственное регулирование – отрасль жестко регулируется законодательством в части лицензирования, стандартов качества и безопасности, требований к человеческим ресурсам (медицинским и фармацевтическим работникам), ценообразования (особенно в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи – ГОБМП и обязательного социального медицинского страхования – ОСМС), регистрации и оборота ЛС/ИМН/МТ, рекламы и защиты данных.

3. Сложность и наукоемкость – многие инновации требуют глубоких медицинских и научных знаний, длительных исследований, разработок и клинических испытаний.

4. Множество заинтересованных сторон (стейкхолдеров) – субъект предпринимательства взаимодействует не только с пациентами, но и с врачами, медицинскими организациями, страховыми компаниями (в т.ч. Фондом социального медицинского страхования - ФСМС), регуляторными органами (Министерством здравоохранения РК и его комитетами, территориальными департаментами), другими государственными органами, пациентскими сообществами и профессиональными ассоциациями.

5. Длительные инвестиционные циклы – принимая во внимание необходимость больших капитальных затрат на здания и сооружения организаций здравоохранения, оснащение и медицинскую технику, необходимость обеспечения соответствия всем регуляторным требованиям, в сочетании с невысокими ценами на медицинские услуги как на платные услуги, так и оказываемых в рамках ГОБМП/ОСМС, как привлечение, так и возврат инвестиций занимает длительное время.

Основы и ключевые принципы предпринимательской деятельности в здравоохранении

Принимая во внимание отмеченную ранее специфику сферы здравоохранения – ее высокую социальную важность, этическую чувствительность и сложное нормативное регулирование может показаться, что классические законы бизнеса здесь отходят на второй план. Однако это не совсем так. Успешное предпринимательство в этой сложной отрасли, хотя и требует особого набора компетенций, глубокого понимания контекста и приверженности этическим нормам, все же прочно опирается на ряд фундаментальных, универсальных предпринимательских принципов.

Ключевое отличие заключается не в отказе от этих принципов, а в их глубокой адаптации и применении сквозь призму ценностей, приоритетов и ограничений, диктуемых медициной и заботой о здоровье людей. Именно последовательное применение этих адаптированных принципов позволяет новаторам и руководителям медицинских организаций эффективно идентифицировать незакрытые потребности, разрабатывать и внедрять востребованные инновации, генерировать реальную ценность для пациентов и системы здравоохранения, и при этом обеспечивать экономическую устойчивость и долгосрочную жизнеспособность своих начинаний.

К таким основополагающим, адаптированным к здравоохранению принципам, обеспечивающих устойчивость и успешность предпринимательской деятельности в области здравоохранения относятся:

1. Выявление неудовлетворенных потребностей – поиск реальных проблем и "болевых точек" у пациентов, врачей или в системе здравоохранения (например, недостаточная доступность определенных услуг в регионах Казахстана, длительное ожидание, неэффективные процессы, отсутствие удобных цифровых сервисов).

2. Инновационность – предложение новых или значительно улучшенных решений – будь то новые методы диагностики или лечения, медицинские приборы, цифровые платформы (телемедицина, МИС), модели оказания помощи (клиника "у дома", выездные службы) или оптимизация процессов.

3. Создание ценности – предложение должно создавать очевидную ценность для ключевых стейкхолдеров: улучшать здоровье или качество жизни пациентов, повышать эффективность работы врачей, снижать затраты системы здравоохранения или страховой компании.

4. Принятие просчитанного риска – любое предпринимательство связано с риском (финансовым, репутационным, технологическим), но в здравоохранении добавляются риски клинические и регуляторные. Важна способность оценивать и управлять этими рисками.

5. Мобилизация ресурсов – привлечение необходимого финансирования (собственные средства, инвесторы, гранты, кредиты, фондовый рынок), формирование компетентной команды, построение партнерских отношений.

6. Ориентация на рынок и пациента - понимание своей целевой аудитории, конкурентной среды, но при обязательном сохранении фокуса на нуждах и безопасности пациента.

7. Экономическая устойчивость – разработка жизнеспособной бизнес-модели, обеспечивающей не только покрытие затрат, но и возможность для реинвестиций и развития. В условиях Казахстана это часто связано с возможностью работы в системе ГОБМП/ОСМС.

Этические императивы предпринимательства в здравоохранении

В отличие от многих других сфер бизнеса, в здравоохранении долгосрочный успех, репутация и устойчивость предпринимательской деятельности неразрывно связаны с безусловным соблюдением высоких этических стандартов. Здесь этика – это не внешний ограничитель, не пункт в списке требований регулятора и не просто элемент корпоративной социальной ответственности. Она выступает как интегральная часть самой бизнес-модели и фундамент доверия, без которого невозможно построить долгосрочные отношения с пациентами, медицинским сообществом и обществом в целом.

Это обусловлено самой природой медицинской деятельности, связанной с уязвимостью пациента, неизбежной асимметрией знаний и информации, а также высочайшей ценностью объекта деятельности – человеческой жизни и здоровья. Поэтому любой предпринимательский проект в этой области – будь то частная клиника, разработка медицинского ПО или производство оборудования – должен изначально строиться на прочной этической основе и руководствоваться не только коммерческими целями, но и моральными императивами.

Ключевые принципы, формирующие эту основу и служащие нравственным ориентиром для принятия решений в медицинском предпринимательстве, должны основываться на следующем:

Приоритет блага пациента *("Не навреди" – Primum non nocere*) - безопасность, здоровье и интересы пациента всегда должны стоять на первом

месте, выше коммерческой выгоды. Это включает добровольное информированное согласие, соблюдение конфиденциальности, недопустимость навязывания ненужных услуг.

Справедливость и доступность – стремление к тому, чтобы инновационные продукты и услуги были доступны максимально широкому кругу нуждающихся, избегая создания новых барьеров или усугубления существующего неравенства в доступе к медицинской помощи. Это касается и вопросов ценообразования.

Честность и прозрачность – ведение бизнеса открыто и честно. Предоставление достоверной информации о своих услугах и продуктах (включая ограничения и риски) пациентам, партнерам, инвесторам и регуляторам. Недопустимость недобросовестной рекламы. Прозрачное управление конфликтами интересов.

Профессиональная ответственность – деятельность должна основываться на принципах доказательной медицины, соблюдении клинических протоколов и стандартов.

Социальная ответственность – осознание своего вклада в систему здравоохранения и здоровье нации. Ответственное использование ресурсов, содействие достижению целей общественного здравоохранения.

Правовое регулирование предпринимательства в здравоохранении Республики Казахстан

Предпринимательская деятельность в сфере здравоохранения РК регулируется системой нормативных правовых актов (НПА), включающей как общие, так и специальные нормы:

Общее законодательство о предпринимательстве:

1.1. Предпринимательский кодекс РК – определяет общие правовые, экономические и социальные условия и гарантии, обеспечивающие свободу предпринимательства, регулирует взаимодействие субъектов предпринимательства и государства, устанавливает формы и виды бизнеса.

1.2. Гражданский кодекс РК (Общая и Особенная части) – регулирует имущественные и личные неимущественные отношения, договорные обязательства, вопросы собственности и др.

1.3. Закон РК «О разрешениях и уведомлениях» – определяет порядок получения лицензий и разрешений, необходимых для осуществления медицинской и фармацевтической деятельности.

1.4. Закон РК «О персональных данных и их защите» – устанавливает требования к сбору, обработке и защите персональных данных, включая медицинскую информацию как чувствительную категорию.

1.5. Закон РК «О государственно-частном партнерстве» – предоставляет правовую основу для реализации совместных проектов государства и бизнеса в здравоохранении (например, строительство и управление клиниками, диагностическими центрами).

2. Специальное законодательство в сфере здравоохранения:

2.1. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (от 7 июля 2020 года) – ключевой отраслевой закон. Устанавливает основы

госрегулирования, права и обязанности пациентов и медработников, требования к качеству и безопасности медпомощи, порядок лицензирования медицинской деятельности, правила рекламы медицинских услуг, основы ГОБМП и ОСМС, регулирует обращение лекарственных средств и медизделий, электронное здравоохранение и др.

2.2. Отраслевые правила и стандарты, регулирующие процесс оказания медицинской помощи, обращение лекарственных средств и медизделий, правила проведения экспертизы, обучение и сертификацию медицинских работников, электронное здравоохранение и др.

3. Система ОСМС:

3.1. Закон РК «Об обязательном социальном медицинском страховании» – определяет принципы и механизмы функционирования системы.

3.2. Подзаконные НПА, регулирующие правила закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, порядок оплаты, мониторинга и т.д.

4. Налогообложение:

4.1. Налоговый кодекс РК – определяет налоговые режимы, ставки и объекты налогообложения, возможные льготы для субъектов здравоохранения или малого/среднего бизнеса.

Роль и значимость предпринимательства для системы здравоохранения и экономики Казахстана

Развитие предпринимательства в сфере здравоохранения играет многогранную и возрастающую роль в социально-экономическом прогрессе страны, внося существенный вклад как в совершенствование системы оказания медицинской помощи населению, так и в укрепление национальной экономики.

Одним из ключевых аспектов является значительное повышение доступности и расширение вариативности медицинских услуг для граждан. Частные медицинские центры, современные диагностические лаборатории, аптечные организации и специализированные клиники (например, стоматологические, офтальмологические) эффективно дополняют мощности государственной системы здравоохранения. Их деятельность способствует сокращению времени ожидания на востребованные консультации и процедуры, а также предлагает пациентам более широкий спектр сервисных опций и подходов к лечению, тем самым обеспечивая реальную возможность выбора поставщика медицинских услуг в соответствии с индивидуальными потребностями и предпочтениями. Эта тенденция характерна не только для крупных городских агломераций, но и для региональных центров, где частная инициатива зачастую способствует заполнению существующих ниш в оказании специализированной помощи.

Далее, частный сектор часто выступает катализатором внедрения инноваций и передовых медицинских технологий. Обладая большей управленческой гибкостью и оперативностью в принятии инвестиционных решений по сравнению с государственными структурами, предприниматели активнее осваивают новейшее диагностическое и лечебное оборудование,

современные клинические протоколы и сервисные модели. Они также являются пионерами во внедрении цифровых решений, таких как системы MedTech и Digital Health (включая телемедицину, интегрированные электронные медицинские карты, мобильные приложения для мониторинга здоровья пациентов). Успешные инновации, апробированные и доказавшие свою эффективность в частном секторе, впоследствии могут быть адаптированы и масштабированы в рамках всей национальной системы здравоохранения.

Появление и развитие частных медицинских организаций неизбежно стимулирует формирование конкурентной среды, что является мощным драйвером повышения общего уровня качества и эффективности медицинской помощи. В условиях конкуренции как частные, так и государственные учреждения здравоохранения мотивированы к совершенствованию качества предоставляемых услуг, улучшению сервиса, повышению квалификации персонала и оптимизации внутренних управленческих и клинических процессов. Такая среда способствует формированию более пациентоориентированного подхода во всей отрасли.

Немаловажным социально-экономическим эффектом является создание значительного числа новых рабочих мест. Частный сектор здравоохранения обеспечивает занятость для широкого круга специалистов: высококвалифицированных врачей различных профилей, среднего и младшего медицинского персонала, а также административных работников, инженеров по медицинскому оборудованию, ИТ-специалистов, маркетологов и вспомогательного персонала, что вносит вклад в обеспечение занятости населения и повышение уровня его доходов.

Кроме того, предпринимательские проекты в сфере здравоохранения служат важным каналом для привлечения частных инвестиций в отрасль. Это касается как внутренних, так и прямых иностранных инвестиций, направляемых на создание новых медицинских объектов, модернизацию существующей материально-технической базы, закупку современного высокотехнологичного оборудования и финансирование научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ (НИОКР) в области медицины. Это особенно актуально в условиях ограниченности государственных бюджетных ассигнований на развитие инфраструктуры здравоохранения.

Экономический вклад предпринимательства в здравоохранении также весьма существенен и многоаспектен. Помимо прямых фискальных поступлений в бюджет от деятельности медицинских организаций и их сотрудников, развитие частного сектора стимулирует рост и модернизацию целого ряда смежных отраслей национальной экономики, таких как фармацевтическая промышленность, производство и дистрибуция медицинского оборудования и расходных материалов, разработка специализированного программного обеспечения, строительство и инжиниринг, а также сфера профессионального медицинского образования, создавая выраженный мультипликативный эффект.

Наконец, частные медицинские организации, особенно те, которые активно интегрированы в систему обязательного социального медицинского страхования

(ОСМС) и участвуют в выполнении государственного заказа в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), как это реализуется в Республике Казахстан, способствуют оптимизации нагрузки на государственный сектор здравоохранения. Принимая на себя оказание значительной части плановой и консультативно-диагностической помощи, они позволяют государственным учреждениям более эффективно использовать свои ресурсы, концентрируясь на оказании экстренной помощи, лечении социально значимых заболеваний, сложных и редких патологий, а также на развитии научного и образовательного потенциала.

Таким образом, целенаправленная государственная политика, направленная на поддержку и развитие предпринимательства в сфере здравоохранения, при условии обеспечения надлежащего регулирования и контроля качества, является важным фактором построения современной, эффективной, инновационной и пациентоориентированной национальной системы охраны здоровья.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение предпринимательства в здравоохранении и перечислите не менее трех ключевых отличительных черт этой деятельности по сравнению с предпринимательством в других сферах.
2. Назовите и кратко опишите не менее четырех основополагающих принципов, на которых базируется успешная предпринимательская деятельность в области здравоохранения, адаптированных к специфике отрасли.
3. Почему этический компонент считается интегральной частью бизнес-модели в медицинском предпринимательстве, а не просто внешним ограничителем? Перечислите и раскройте содержание не менее трех ключевых этических императивов.
4. Какие основные группы нормативных правовых актов (НПА) регулируют предпринимательскую деятельность в сфере здравоохранения Республики Казахстан? Приведите примеры конкретных кодексов или законов для каждой группы.
5. Какова роль Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» в регулировании предпринимательства в медицинской отрасли Казахстана?
6. Объясните значимость системы Обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) для предпринимателей в сфере здравоохранения Казахстана, включая аспекты финансирования и взаимодействия.
7. Каким образом развитие частного сектора в здравоохранении способствует повышению доступности и расширению выбора медицинских услуг для населения Казахстана?
8. Опишите роль частного сектора как катализатора внедрения инноваций и передовых технологий в систему здравоохранения, включая цифровые решения (MedTech, Digital Health).
9. Раскройте социально-экономическую значимость предпринимательства в здравоохранении для Казахстана, упомянув не менее трех аспектов (например,

создание рабочих мест, привлечение инвестиций, стимулирование смежных отраслей).

10. Как частные медицинские организации, участвующие в системе ГОБМП и ОСМС, способствуют оптимизации нагрузки на государственный сектор здравоохранения в Казахстане?

2.9. Корпоративное управление

Корпоративное управление играет ключевую роль в обеспечении эффективности, прозрачности и устойчивости организаций. В зависимости от формы собственности и структуры управления, компании используют различные подходы к принятию стратегических решений, контролю деятельности и взаимодействию с заинтересованными сторонами.

Для социальной сферы, в частности здравоохранения нам важно познакомиться с двумя наиболее часто встречающимися моделями корпоративного управления – акционерные общества (АО) с советом директоров и государственные предприятия (ГП) с наблюдательными советами – обладающими уникальными характеристиками и механизмами регулирования.

Акционерные общества и роль совета директоров регулируются «Законом об акционерных обществах».

Структура и функции совета директоров – главного органа управления АО, назначаемый акционерами для контроля стратегического развития компании, ключевые задачи:

- Формирование стратегии развития организации;
- Контроль за финансовыми показателями и отчетностью;
- Надзор за исполнительной властью (CEO, топ-менеджмент);
- Принятие решений о распределении прибыли, инвестициях и рисках.

Преимущества корпоративного управления в АО

- Четкая структура ответственности: акционеры делегируют полномочия совету директоров, минимизирует конфликты интересов.
- Защита прав инвесторов: механизм голосования и прозрачности обеспечивает справедливое распределение влияния.
- Гибкость и адаптивность: позволяет оперативно реагировать на изменения рынка.

Проблемы корпоративного управления в АО

- Возможность конфликта интересов между акционерами и менеджментом.
- Риск злоупотреблений полномочиями и неэффективного управления.
- Долгосрочные стратегии иногда уступают краткосрочным интересам инвесторов.

Государственные предприятия (регулируются и Гражданским кодексом и Законом РК «О государственном имуществе») и наблюдательные советы. Структура и роль наблюдательного совета

Наблюдательный совет (НС) – это надзорный орган, контролирующий деятельность государственного предприятия (ГП) и обеспечивающий

выполнение его социально-экономических функций. В отличие от совета директоров, играет более регуляторную и стратегическую роль, нежели оперативную.

Функции наблюдательного совета включают:

- Контроль соответствия политики предприятия государственным интересам;
- Оценка эффективности работы руководства и ключевых проектов;
- Мониторинг соблюдения законодательства и антикоррупционных стандартов;
- Аудит финансовых и операционных показателей организации.

Особенности корпоративного управления в ГП

- Ориентация на общественные интересы: стратегические цели ГП часто включают социальные, экономические и экологические аспекты.
- Подотчетность государственным органам: решения должны соответствовать госпрограммам и нормативным актам.
- Устойчивость, но меньшая гибкость: долгосрочные планы часто задаются внешними регуляторными органами, что ограничивает возможность оперативных изменений.

Проблемы корпоративного управления в ГП

- Возможность политического влияния на принятие решений.
- Бюрократические барьеры, замедляющие внедрение инноваций.
- Ограниченные рыночные механизмы мотивации и конкуренции.

Сравнительные характеристики СД и НС показана в таблице 21.

Таблица 21 – Сравнительные характеристики СД и НС

Фактор	Акционерное общество (совет директоров)	Государственное предприятие (наблюдательный совет)
Основная цель	Генерация прибыли и рост стоимости	Социальные, государственные интересы
Гибкость управления	Высокая, адаптация к рынку	Средняя, зависимость от госпрограмм
Прозрачность	Высокая (финансовая отчетность перед акционерами)	Средняя (регулируется государством)
Риск политического влияния	Низкий	Высокий
Мотивация руководства	Рыночные механизмы (бонусы, опционы)	Государственные стимулы

Таким образом, корпоративное управление в АО и ГП имеет принципиальные различия, определяемые природой собственности и

стратегическими приоритетами. Оба формата требуют эффективных механизмов контроля и прозрачности для устойчивого развития бизнеса и общества.

Модели корпоративного управления различаются в зависимости от экономических, политических и культурных факторов в каждой стране. В целом, можно выделить несколько ключевых подходов:

1. Особенности англо-американской модели (США, Великобритания, Канада, др.)

- Ориентация на акционеров: главная цель – увеличение стоимости компании и прибыли для инвесторов.
- СД с независимыми членами контролирует деятельность менеджмента.
- Рыночные механизмы контроля: активное влияние фондового рынка, слияний и поглощений.
- Прозрачность и защита прав миноритарных акционеров.

Пример: В США компании подчиняются строгим требованиям по финансовой отчетности (например, Sarbanes-Oxley Act), а инвесторы активно участвуют в управлении через акции.

2. Особенности континентальной модели (Германия, Франция, Нидерланды):

- Ориентация не только на акционеров, но и на сотрудников, клиентов и общество.
- Двухуровневая система управления: наблюдательный совет (контроль) + правление (операционное руководство).
- Сильное участие государства и банков в финансировании и управлении.
- Долгосрочные стратегии, устойчивость бизнеса важнее краткосрочной прибыли.

Пример: В Германии широко используется модель участия сотрудников (Mitbestimmung), когда представители рабочих занимают места в наблюдательных советах.

Особенности Азиатской модели (Япония, Китай, Южная Корея):

- Корпоративное управление основано на долгосрочных отношениях и иерархии.
- Влияние семейных или правительственных структур на стратегические решения.
- Государственное регулирование играет ключевую роль (особенно в Китае).
- Финансирование через банки, (не через рынок капитала).

Пример: В Японии широко распространена система «кейрецу» – сети взаимосвязанных компаний, работающих вместе и контролируемых крупными банками.

Особенности латиноамериканской модели (Бразилия, Аргентина, Мексика):

- Сильное влияние семейного бизнеса и конгломератов.
- Низкая защита миноритарных акционеров, высокие риски корпоративного конфликта.

- Государственное вмешательство в экономику остается значительным.
- Развитие механизмов корпоративного управления уступает развитым странам.

Пример: В Бразилии семейные компании нередко доминируют на рынке, а корпоративное управление часто зависит от ключевых владельцев, а не независимых советов директоров.

Каждая модель управления отражает исторические и экономические реалии страны. В англо-американской системе основной акцент на финансовую прозрачность и права акционеров, в европейской учитывают интересы всех заинтересованных сторон, в азиатской важны традиции и долгосрочные связи, а в латиноамериканской доминируют семейные бизнесы и государственное регулирование.

В заключение подчеркнем особенности корпоративного управления в сфере здравоохранения, поскольку в этой отрасли сочетаются коммерческие интересы, общественное благо, государственное регулирование и этические стандарты.

1. Регулирование и подотчетность. Здравоохранение – одна из самых строго регулируемых отраслей. Государственные органы устанавливают стандарты качества, лицензирование, протоколы лечения и нормы безопасности.

Комплаенс (соблюдение законов и этических норм) играет ключевую роль. Например, предприятия должны соответствовать стандартам качества медицинских услуг.

Прозрачность деятельности – важный фактор, особенно для страховых компаний, фармацевтических предприятий и больниц.

2.Двухуровневая структура управления. В корпоративном управлении медицинских учреждений часто применяется двухуровневая модель:

- Совет директоров (наблюдательный совет) – определяет стратегию развития, финансовые приоритеты, инвестиции и партнерства.
- Исполнительный орган (правление, топ-менеджмент) – отвечает за оперативное управление клиниками, больницами и исследованиями.

В государственных медицинских предприятиях может быть дополнительный уровень – общественные и экспертные советы, следят за доступностью и качеством услуг.

3. Баланс между коммерцией и социальной миссией: Медицинские организации должны находить баланс между: Финансовой устойчивостью – управление расходами, инвестициями, стоимостью услуг и Общественным благом – доступность медицины для населения, бесплатные госпрограммы, страховые механизмы. Частные клиники и фармкомпании стремятся к максимизации прибыли, а государственные учреждения – к эффективному распределению бюджетных средств.

4. Управление рисками и инновациями. Риски:

- Юридическая ответственность (медицинские ошибки, судебные иски).
- Финансовые кризисы (зависимость от страховых компаний и госбюджета).
- Репутационные угрозы (этические скандалы, качество лечения).

Инновации:

- Цифровизация здравоохранения (электронные медкарты, телемедицина).
- Искусственный интеллект для диагностики и персонализированного лечения.
- Новые модели финансирования (гибридные страховые схемы, частно-государственные партнерства).

Корпоративное управление в сфере здравоохранения требует особого подхода, поскольку включает экономические, этические и социальные аспекты. Основными задачами остаются обеспечение качества медицинских услуг, финансовая устойчивость, инновации и соблюдение этических норм.

Контрольные вопросы:

1. Чем регулируется деятельность органов корпоративного управления в АО, ГП?
2. Каковы особенности корпоративного управления в здравоохранении
3. Что такое наблюдательный совет?
4. В чем особенности корпоративного управления для государственных предприятий
5. Назовите примеры исполнительных органов?
6. В чем отличие американской модели корпоративного управления от континентальной?
7. Перечислить основные проблемы корпоративного управления в АО.
8. Перечислить основные проблемы корпоративного управления в ГП.
9. Где больше гибкость корпоративного управления в АО или ГП?
10. К чьим функциям относится контроль за финансами и отчетностью при корпоративном управлении в АО?

2.10. Корпоративная культура

Корпоративная (или организационная) культура – это совокупность общих ценностей, убеждений, норм поведения, установок и традиций, которые разделяются членами организации и определяют, как они взаимодействуют друг с другом и с внешним миром (пациентами, партнерами, обществом).

Корпоративная (или организационная) культура действует как невидимый, но мощный регулятор повседневной деятельности любой организации, определяя ее общие ценности, неписаные правила, нормы и стиль взаимодействия как внутри коллектива, так и с внешним миром. Однако именно в сфере здравоохранения, где цена ошибки измеряется человеческими жизнями и здоровьем, где крайне важны эмпатия, доверие и этичность, а эффективная работа зачастую невозможна без слаженного взаимодействия множества различных специалистов в условиях высокого стресса, организационная культура приобретает фундаментальное, стратегическое значение. Она перестает быть просто "атмосферой в коллективе" и становится критическим

фактором, напрямую формирующим важнейшие результаты и аспекты работы медицинской организации, включая:

1. *Безопасность пациентов:* культура, поощряющая открытое сообщение об ошибках без страха наказания («справедливая культура», «некарательный аудит (non-blaming audit)»), позволяет выявлять и устранять системные проблемы, предотвращая вред для пациентов.
2. *Качество медицинской помощи:* культура, ориентированная на пациента, командную работу, непрерывное обучение и использование доказательной медицины, способствует повышению качества диагностики, лечения и ухода.
3. *Опыт пациентов:* уважительное, эмпатичное отношение персонала, основанное на ценностях организации, формирует положительный опыт у пациентов и их семей.
4. *Моральный дух, вовлеченность и удержание персонала:* позитивная, поддерживающая культура снижает уровень выгорания, повышает удовлетворенность работой и лояльность сотрудников, что особенно важно в условиях дефицита кадров.
5. *Эффективность и инновации:* культура, поощряющая сотрудничество, инициативу и готовность к изменениям, способствует оптимизации процессов и внедрению новых технологий и методов лечения.

Формирование корпоративной культуры в организациях здравоохранении.

Корпоративная культура медицинской организации — не возникает сама по себе, она постоянно формируется, поддерживается и развивается под влиянием целого ряда взаимодействующих внутренних и внешних сил. Это динамичная система, отражающая как сознательные управленческие решения, так и устоявшиеся неформальные нормы, исторический опыт и внешние воздействия. Понимание этих ключевых факторов имеет решающее значение для целенаправленного построения, изменения и поддержания позитивной и эффективной рабочей среды, способствующей достижению целей организации в области качества и безопасности медицинской помощи. К элементам, оказывающим наиболее существенное влияние на формирование и развитие организационной культуры, относятся:

1. *Лидерство:* руководители всех уровней играют ключевую роль. Их ценности поведение, стиль общения, принимаемые решения, то, на что они обращают внимание и что поощряют – все это задает тон для всей организации. Лидеры должны быть ролевыми моделями желаемой культуры.
2. *Миссия, видение и ценности организации:* официально декларируемые принципы работы. Важно, чтобы они не оставались лозунгами, а были интегрированы в повседневную деятельность и процессы принятия решений.
3. *История и традиции:* устоявшиеся практики, прошлые успехи и неудачи, "неписаные правила" – все это формирует культурный фон. Традиции могут быть как силой, так и препятствием для изменений.

4. *Организационная структура:* иерархия, степень централизации/децентрализации, разделение на департаменты/отделения или работа в междисциплинарных командах – структура влияет на потоки информации, скорость принятия решений и уровень сотрудничества.

5. *Кадровая политика:* процессы найма (учитывается ли соответствие ценностям?), системы оценки и вознаграждения (что поощряется – индивидуальные достижения или командная работа?), программы адаптации и обучения (делается ли акцент на культуре безопасности, этике?).

6. *Системы коммуникации:* насколько открыто и прозрачно общение? Существуют ли эффективные каналы обратной связи (вверх и вниз по иерархии)? Как обсуждаются ошибки и проблемы?

7. *Физическая среда и ресурсы:* состояние помещений, доступность оборудования и материалов, эргономика рабочих мест – все это влияет на моральный дух и взаимодействие.

8. *Внешние факторы:* требования регуляторов, система финансирования, ожидания общества, конкуренция – внешнее окружение также оказывает давление на формирование культуры.

Рассмотренные в предыдущем абзаце элементы формирования корпоративной культуры должны быть учтены в непосредственном процессе ее формирования и поддержания. Этот процесс представляет собой не спонтанное или интуитивное явление, а стратегическую управленческую задачу, требующую системного подхода, долгосрочного видения и последовательных интервенций на различных уровнях организации. Как показал опыт, простое декларирование миссии и ценностей оказывается недостаточным; для реальных изменений необходима их интеграция в операционную деятельность, системы управления персоналом и повседневные практики. Эффективное культивирование желаемой корпоративной культуры или ее изменение опирается на применение комплекса следующих ключевых методов и инструментов организационного развития:

1. *Демонстрация приверженности руководством:* лидеры должны не только говорить о ценностях, но и последовательно действовать в соответствии с ними ("Walk the talk").

2. *Четкая и постоянная коммуникация:* Регулярное донесение миссии, видения, ценностей и ожидаемых норм поведения через разные каналы (собрания, информационные рассылки, внутренние порталы, стенды). Демонстрация историй успеха, иллюстрирующих желаемую культуру.

3. *Подбор и адаптация персонала:* при найме уделять внимание не только профессиональным навыкам, но и соответствию ценностям организации. С первых дней знакомить новых сотрудников с культурными нормами и ожиданиями.

4. *Обучение и развитие:* проведение тренингов по коммуникативным навыкам, культуре безопасности, этике, управлению конфликтами, стресс-менеджменту. Развитие лидерских компетенций у руководителей с акцентом на формирование культуры.

5. *Системы оценки и вознаграждения:* приведение систем аттестации, карьерного роста и поощрения в соответствие с желаемыми культурными нормами (например, вознаграждение за командную работу, сообщение об ошибках, положительные отзывы пациентов). Реагирование на поведение, не соответствующее культуре.

6. *Разработка и внедрение политик и процедур:* политики должны поддерживать культуру (например, политика некарательного сообщения об ошибках, четкий алгоритм реагирования на деструктивное поведение).

7. *Создание ритуалов и символов:* регулярные собрания команд, церемонии награждения лучших сотрудников, празднование успехов, использование символики, отражающей ценности.

8. *Вовлечение и расширение прав и возможностей сотрудников:* предоставление сотрудникам большей автономии, привлечение их к принятию решений, сбор обратной связи (опросы, фокус-группы) и реагирование на нее.

9. *Измерение и мониторинг:* регулярная оценка состояния корпоративной культуры (например, с помощью опросов по культуре безопасности, удовлетворенности рабочим местом) и использование полученных данных для корректировки действий.

Основные принципы и правила позитивной корпоративной культуры в здравоохранении.

Несмотря на то, что каждая медицинская организация, несомненно, обладает своей спецификой и уникальным путем развития, сложившейся культурой и традициями, анализ деятельности ведущих и наиболее уважаемых клиник как в нашей стране, так и в международной практике позволяет выявить общие, основополагающие принципы, формирующие фундамент их позитивной и высокоэффективной корпоративной культуры. В контексте реформ и модернизации системы здравоохранения Казахстана, направленных на повышение качества, безопасности и пациентоориентированности медицинской помощи, эти международно признанные принципы приобретают особую актуальность и служат ключевыми ориентирами для развития отечественных медицинских организаций. Эти принципы не являются изолированными лозунгами, они тесно взаимосвязаны и должны воплощаться в ежедневных нормах поведения, процессах и решениях, напрямую влияя на безопасность пациентов, качество помощи и благополучие персонала. К числу таких определяющих принципов, важность которых для казахстанской медицины постоянно возрастает, относятся:

1. *Приоритет безопасности пациентов ("Справедливая культура"):* Безопасность – не просто цель, а фундаментальная ценность. Поощряется добровольное и открытое сообщение об ошибках и инцидентах без обвинений (фокус на анализе системных причин). Различается непреднамеренная ошибка, рискованное поведение и злонамеренное действие. Внедренное в недавнее время вмененное страхование профессиональной ответственности медицинских работников должно стать прочным фундаментом для внедрения принципов безопасности пациента, анализе и систематизации причин страховых случаев и

медицинских инцидентов, разработке системных решений для их предотвращения, искоренению обвинительного уклона в отношении медицинских работников и карательных практик.

2. *Пациенто-ориентированность:* в центре всех решений и действий – нужды, ценности и предпочтения пациента. Проявление эмпатии, уважения, вовлечение пациентов и их семей в процесс лечения.

3. *Командная работа и сотрудничество:* преодоление барьеров между отделениями и специальностями. Взаимное уважение, эффективная коммуникация (например, использование стандартизированных протоколов и стандартов операционных процедур), совместное принятие решений.

4. *Уважение и вежливость:* создание атмосферы взаимного уважения между всеми сотрудниками, независимо от должности, а также по отношению к пациентам и их семьям. Нулевая терпимость к буллингу, притеснениям и деструктивному поведению.

5. *Открытая коммуникация и психологическая безопасность:* сотрудники чувствуют себя в безопасности, высказывая опасения, сообщая об ошибках или предлагая улучшения, не боясь негативных последствий. Руководство активно запрашивает мнения и обеспечивает обратную связь.

6. *Непрерывное обучение и совершенствование:* культура любознательности, стремления к повышению качества, основанного на данных и доказательной медицине. Готовность анализировать свою работу, учиться на ошибках и внедрять улучшения.

7. *Ответственность и подотчетность:* каждый сотрудник и команда несут ответственность за свои действия и результаты работы в рамках "Справедливой культуры". Приверженность профессиональным стандартам.

8. *Забота о благополучии персонала:* признание высокого уровня стресса в профессии. Предоставление ресурсов и поддержки для поддержания физического и психического здоровья сотрудников, профилактика выгорания.

9. *Этика и честность:* неукоснительное соблюдение профессиональных этических кодексов, прозрачность в принятии решений, честность во взаимодействии.

Примеры корпоративной культуры в здравоохранении.

Рассмотренные ранее основополагающие принципы позитивной организационной культуры (такие как приверженность безопасности, пациентоориентированность, командная работа и взаимное уважение) – это не просто теоретические построения. Они обретают реальное воплощение и проявляются на практике в ежедневных взаимодействиях сотрудников, установленных рабочих процессах и, особенно ярко, в том, как организация реагирует на возникающие проблемы, сложные ситуации и неизбежные ошибки. Чтобы наглядно продемонстрировать, как различные культурные установки выглядят в действии, и к каким принципиально разным, порой контрастным, результатам для пациентов, персонала и самой организации они приводят, рассмотрим несколько типичных примеров. Эти сценарии иллюстрируют как позитивные проявления здоровой культуры, так и деструктивные последствия

"токсичной" среды, и могут быть узнаваемы в различных медицинских учреждениях, в том числе и в реалиях современного казахстанского здравоохранения (таблица 22).

Таблица 22 – Примеры корпоративной культуры в здравоохранении.

Аспект Культуры	**Проявления ПОЗИТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ**	**Проявления НЕГАТИВНОЙ ("Токсичной") КУЛЬТУРЫ**
Отношение к ошибкам / Культура безопасности	**Фокус на безопасности** ***Системные мероприятия:*** внедрена система сообщений об ошибках/инцидентах (можно анонимно) ***Обучение на ошибках:*** проводится системный анализ причин (условия работы, процессы, оборудование), а не поиск виновного. ***Улучшения:*** по результатам анализа внедряются изменения (новые протоколы, обучение, тех. решения) ***Открытость:*** руководство поощряет сообщения, благодарит за бдительность. Проводятся "пятиминутки безопасности". ***Результат:*** атмосфера, где ошибка = сигнал к улучшению системы; риски снижаются.	**Культура обвинения** ***Фокус на личности***: за ошибку следует публичное порицание, дисциплинарное взыскание. ***Игнорирование причин:*** системные факторы (усталость, нехватка персонала, нечеткие инструкции) не анализируются. ***Сокрытие проблем:*** сотрудники боятся сообщать об ошибках (своих и чужих). ***Страх:*** коммуникация закрытая, царит атмосфера недоверия и страха наказания. ***Результат:*** проблемы скрываются, системные риски растут, безопасность пациентов под угрозой.
Командное взаимодействие / Уважение в коллективе	**Фокус на командной работе** ***Сотрудничество:*** создаются и поддерживаются междисциплинарные команды	**«Разделяй и властвуй»** ***Разобщенность и иерархия:*** существует жесткая неформальная

	(врач, медсестра, соцработник и др.) для совместного ведения пациентов. ***Коммуникация:*** регулярные встречи команды для обсуждения планов лечения, обмена информацией (в т.ч. через общие ИС). ***Взаимное уважение:*** мнение всех членов команды ценится. ***Результат:*** улучшенная координация помощи, преемственность лечения, рост удовлетворенности пациентов и персонала.	иерархия, неуважение к коллегам (особенно младшим или среднему персоналу). ***Плохая коммуникация:*** мнение части команды (например, медсестер) игнорируется. Распространены сплетни, интриги, пассивная агрессия. ***Низкая мораль:*** атмосфера недоверия и неуважения. ***Результат:*** высокая текучесть кадров, низкий моральный дух, ошибки из-за плохой координации и коммуникации.

Таким образом, становится очевидно, что корпоративная культура в организациях здравоохранения – это гораздо больше, чем просто неуловимая "атмосфера в коллективе". В условиях высочайшей ответственности за жизнь и здоровье людей, сложнейших этических дилемм и необходимости слаженной командной работы, она является несущей конструкцией безопасной и качественной медицинской помощи и мощным инструментом стратегического управления, во многом определяющим долгосрочный успех или стагнацию медицинской организации.

Формирование и поддержание позитивной культуры, в центре которой – безопасность пациента, уважение к личности (как пациента, так и сотрудника), принципы командной работы и постоянное стремление к совершенству, требует осознанных, системных и неустанных усилий. Это прямая ответственность руководства, которое своим примером, решениями и коммуникацией задает тон и определяет приоритеты, но это и совместная задача всего коллектива, требующая вовлеченности, открытости и приверженности каждого сотрудника на своем месте.

Важно понимать, что построение здоровой культуры – это не разовый проект с четкой датой завершения, а непрерывный марафон, предполагающий постоянное внимание, измерение достигнутого (например, через опросы по культуре безопасности), честный анализ обратной связи и готовность к своевременной корректировке курса в ответ на внутренние и внешние вызовы.

Однако инвестиции времени, ресурсов и лидерского внимания в сильную, позитивную культуру – это, возможно, самые ценные и оправданные вложения для любой медицинской организации, особенно в контексте целей развития здравоохранения Казахстана. Они многократно окупаются не только повышением качества и безопасности медицинской помощи, ростом доверия и лояльности пациентов, снижением текучести высококвалифицированных кадров и профилактикой выгорания, но и укреплением репутации учреждения, повышением его устойчивости к кризисам, способности к инновациям и, в конечном счете, значимым вкладом в улучшение здоровья населения. Это путь к созданию организаций, где и получать помощь безопасно и эффективно, и работать – ценно, уважительно и осмысленно.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «корпоративная (организационная) культура» и объясните, почему она приобретает фундаментальное и стратегическое значение именно в сфере здравоохранения.
2. Каким образом корпоративная культура в медицинской организации напрямую влияет на безопасность пациентов? Опишите концепцию «справедливой культуры» в этом контексте.
3. Перечислите и кратко охарактеризуйте не менее трех ключевых факторов, оказывающих существенное влияние на формирование и развитие организационной культуры в медицинском учреждении.
4. Какова роль руководства (лидерства) в формировании желаемой корпоративной культуры в организации здравоохранения?
5. Назовите и опишите не менее трех методов или инструментов организационного развития, используемых для целенаправленного формирования или изменения корпоративной культуры.
6. Какие ключевые принципы лежат в основе пациентоориентированной корпоративной культуры и как они проявляются на практике?
7. Объясните важность принципа «открытой коммуникации и психологической безопасности» для формирования позитивной корпоративной культуры в здравоохранении.
8. Какое влияние оказывает позитивная, поддерживающая корпоративная культура на моральный дух, вовлеченность и удержание персонала в медицинских организациях?
9. Приведите один пример проявления позитивной корпоративной культуры с фокусом на командную работу и один пример проявления негативной («токсичной») культуры, связанной с отсутствием уважения и сотрудничества. Опишите их возможные последствия.
10. Почему формирование и поддержание здоровой корпоративной культуры в здравоохранении описывается как «непрерывный марафон», а не «разовый проект», и какие выгоды приносят инвестиции в культуру медицинской организации?

Глава 2.11 Лидерство в системе общественного здоровья и здравоохранении

Лидерство в общественном здравоохранении играет ключевую роль в формировании эффективных стратегий, обеспечении доступности медицинских услуг и реагировании на кризисы. Наиболее значительную роль играет лидерство в создании, внедрении инноваций в технологии управления, клинической деятельности, науки и повышении человеческого потенциала.

Настоящий лидер способен не только управлять процессами, но и вдохновлять профессионалов на достижение общих целей по улучшению здоровья населения.

Ключевые качества лидера в общественном здравоохранении. Лидер в этой сфере должен обладать рядом навыков и качеств:

1. Стратегическое мышление – умение анализировать ситуацию и разрабатывать долгосрочные планы.
2. Командная работа – способность организовать эффективное взаимодействие между различными специалистами.
3. Коммуникационные навыки – донесение идей и мобилизация ресурсов через сотрудничество с государственными и частными структурами.
4. Гибкость и адаптация – готовность к изменениям и быстрым решениям в условиях кризиса.
5. Этика и ответственность – стремление к равноправному распределению медицинских услуг и защите прав пациентов.

Роль лидеров в улучшении системы здравоохранения в способствовании внедрению эффективных реформ и умении успешно противостоять вызовам:

- Развитие профилактических программ – инвестиции в здоровый образ жизни, вакцинацию и профилактику заболеваний.
- Стабильность медицинских учреждений – обеспечение финансирования и улучшение инфраструктуры.
- Кризисное управление – реагирование на пандемии и стихийные бедствия с минимальными потерями.
- Цифровая трансформация – внедрение инновационных решений для ускорения диагностики и обмена медицинскими данными.

Лидерство в общественном здравоохранении – это не только управление, но и способность вдохновлять специалистов, объединять сообщества и стремиться к устойчивому улучшению здоровья людей. Сильные лидеры создают системы, способные противостоять глобальным вызовам и обеспечивать медицинскую помощь каждому.

В настоящее время налицо некоторое смешение понятий общественное здоровье, здравоохранение, организация здравоохранения и даже менеджмент здравоохранения и так далее. Поэтому важно показать в основные отличительные особенности Лидерства в системе здравоохранения и в общественном здоровье, тем более что они имеют схожие цели.

Отметим: обе роли критически важны, но, если говорить проще: лидер в здравоохранении заботится о больных людях, а лидер общественного здоровья

работает над тем, чтобы люди не болели. Есть детали и различия в масштабах, задачах и методах управления. Разберем основные отличия с разных позиций:

1. Масштаб ответственности

- Лидер здравоохранения управляет отдельными медицинскими учреждениями (больницами, клиниками), контролирует качество предоставляемых услуг и отвечает за внутреннюю эффективность.
- Лидер общественного здоровья работает на более глобальном уровне, разрабатывает стратегии для улучшения здоровья всего населения и внедряет профилактические меры.

2. Основные задачи

- Лидер здравоохранения фокусируется на лечении пациентов, управлении медицинским персоналом, финансовом обеспечении больниц и внедрении технологий в клиническую практику.
- Лидер общественного здоровья занимается предотвращением заболеваний, продвижением здорового образа жизни, эпидемиологическим мониторингом и государственными инициативами.

3. Фокус на индивидуальном vs. коллективном здоровье

- Здравоохранение ориентировано на лечение конкретных пациентов, улучшение работы медицинских служб и создание современных условий для оказания помощи.
- Общественное здоровье направлено на защиту и укрепление здоровья больших групп людей через профилактику, исследования и общественные программы.

4. Инструменты и методы работы

- Лидер здравоохранения использует административное управление, инновации в медицине, кадровую политику и финансовое планирование.
- Лидер в системе общественного здоровья опирается на статистику, социальные исследования, правовые инициативы и просветительские кампании.

5. Реакция на кризисы

- Лидер здравоохранения принимает экстренные меры в рамках конкретного учреждения для лечения пациентов во время кризиса.
- Лидер общественного здоровья организует стратегические инициативы на государственном или международном уровне для контроля распространения заболеваний и минимизации рисков.

Пожалуй, одно из главных составляющих успешного лидерства сегодня - ИИ выявит эффективных лидеров. Невозможно представить себе современных лидеров здравоохранения (и лидерство) без искусственного интеллекта (ИИ). Начнем с того, что ИИ может оценивать лидерские качества лучше любого HR. Так, новое исследование от Harvard Kennedy School взорвало представления о том, как можно идентифицировать лидеров, не начальников по формальным полномочиям, а именно командных лидеров, наиболее эффективно мотивирующих и ведущих за собой людей.

Еще раз заострим ваше внимание на том, что лидеры, в отличие от начальников, обладают поведенческими моделями, которые способствуют

сотрудничеству, и в основе которых тип социально-эмоционального интеллекта, называемый некогнитивными или «мягкими» навыками – сотрудничество, командная работа, адаптивность, письменная и устная коммуникация.

Главная трудность с некогнитивными навыками – с ними оказывается куда сложнее, чем с когнитивными. Ведь измерять их – все равно, что измерить человеческую душу – нечто эфемерное и неуловимое.

Исследование предлагает и экспериментально подтверждает эффективность кардинально нового метода определения и развития лидерских качества в эпоху ИИ. Лидерство не зависит от резюме или формальных регалий. Настоящий лидер – тот, кто задает вопросы, обеспечивает участие каждого члена команды и использует объединяющие "мы" и "нас" в своей речи. Эти паттерны (примеры) универсальны – неважно, общаетесь вы с человеком или алгоритмом.

Также исследование предвещает революцию в корпоративной культуре.

• Вместо субъективных собеседований – динамическая оценка реального поведения в полевых условиях руководства командой искусственных коллег.

• Вместо общих тренингов – точечное развитие коммуникационных привычек в ходе все тех же полевых условий.

Ну и еще один вывод: ИИ не может в полной мере распознать эмоциональную сторону взаимодействия в коллективе. Когда лидеры проявляли эмпатию и энтузиазм при работе с людьми, это повышало эффективность работы команды. Именно здесь проходит новая граница – эмоциональный интеллект и стратегическое мышление остаются территорией людей.

Контрольные вопросы:

1. Что вы понимаете под лидерством в здравоохранении?
2. Основные качества лидера
3. На чем фокус у лидера в сфере здравоохранения?
4. Роль лидера в системе общественного здоровья
5. Перечислите инструменты лидера в здравоохранении
6. Что такое масштаб ответственности в лидерстве?
7. Назовите инновации в системе охраны общественного здоровья.
8. Каковы возможности искусственного интеллекта в совершенствовании лидерства в охране общественного здоровья?

ГЛАВА 3. Социальное медицинское страхование

3.1. Основы медицинского страхования, виды, международный опыт

Страхование – это равномерное распределение рисков среди всего застрахованного населения для “смягчения” возможных экономических, социальных, финансовых и психологических последствий.

Социальное страхование – это система социальной защиты, задача которой состоит в обеспечение конституционного права экономически активных граждан на материальную помощь в старости, в случае болезни, полной или частичной утрате трудоспособности, потери кормильца, безработицы.

Составной частью социального страхования является обязательное медицинское страхование граждан.

Медицинское страхование – это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, выражающаяся в гарантии оплаты медицинской помощи при возникновении страхового случая за счет накопленных страховщиком средств. Есть 2 вида медицинского страхования: обязательное и добровольное.

Обязательное медицинское страхование – это вид системы социального страхования, создаваемых государством мер, направленных на обеспечение, при наступлении страхового случая, гарантий оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств страхователей, в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Основные черты обязательной страховой модели здравоохранения:

- Участие в формировании страхового фонда государства, работодателей и работников;
- Государственное управление страховым фондом;
- Распределение средств страхового фонда равномерно независимо от заработка застрахованного и от размера их взносов;
- Соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья человека;
- Приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан; доступность медико-социальной помощи;
- Ответственность органов государственной власти и управлений предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья;
- Устойчивость финансовой системы здравоохранения на основе эквивалентности страхового обеспечения;

Государственное социальное страхование, введенное в Германии в 1883 году в рамках социальных реформ, проводимых канцлером Бисмарком, стало первым в истории законодательным решением вопроса социальной защиты населения. Поначалу обязательная медстраховка предназначалась для тех, кто занимался тяжёлым физическим трудом, например, работал на фабриках, заводах или в шахтах. Со временем сфера действия GKV расширилась: в закон о медстраховании включали всё больше категории работников.

Статус Государственного обязательного медицинское страхование в Германии приобрело в 2005 году, после реформы здравоохранения.

В результате эволюционного развития произошло модернизация ее в систему Государственного медицинского страхования (GKV), принятый в 2003 году, в соответствии с которой взнос застрахованного лица составляет фиксированный процент от его дохода

Законом обозначена ставка в примерно 16,6% (2023г. это 18,5%, в зависимости от больничной кассы). Половину этого взноса покрывает работодатель (9,25%). Страховка включает неработающих членов семьи.

Есть некоторые ограничения для застрахования в GKV, обязывающие сменить государственную страховку на частную, когда годовой доход превышает установленный лимит (в 2020 году это примерно 62 000 евро). Все граждане страны, чей доход не превышает эту сумму в год должны застраховаться в одной из «больничных касс».

В государственных структурах застраховано около 73 млн человек (примерно 88% населения страны). В общей сложности система GKV насчитывает более 110 больничных касс. В 2023 таких страховых компаний зарегистрировано 95.

Особенности Германской системы СМС:

• Полный охват и широкий перечень гарантированной медицинской помощи.

• Ограниченное участие государства, система СМС реализуется саморегулируемыми некоммерческими организациями. Свободный выбор страхователя (131 больничная касса).

• В финансировании системы СМС **участвуют государство работодатель и работник**.

• Каждый гражданин обязан иметь медицинскую страховку.

• 87 % населения имеют страховку в системе социального медицинского страхования.

• Процент отчислений от заработной платы утверждается Парламентом.

• Министерство здравоохранения устанавливает общие правила и осуществляет правовой надзор (вмешивается только в случае нарушения правовых норм).

Социальный кодекс Германии определяет набор медицинских услуг государственного медицинского страхования, включающий:

- профилактику заболеваний, охрану здоровья на рабочем месте;
- медицинские обследования с целью выявления заболеваний;
- лечение (амбулаторная, стационарная, стоматологическая помощь, лекарственные средства, услуги специалистов, смежных с медициной профессий, медицинские приспособления, сестринский уход на дому, некоторые виды восстановительного лечения, социальная терапия);
- неотложную помощь, перевозку больных при определенных состояниях;
- некоторые другие услуги, например, информирование пациентов.

В Нидерландах одновременно существуют три страховые системы:

первая – это страхование чрезвычайных медицинских расходов, охватывающее все население;

вторая – объединяет разные типы страхования – обязательное страхование в ФМС для тех, чей доход ниже определенного уровня, и частное страхование (как правило, добровольное);

- Те, у кого годовой доход не превышает установленного потолка (в 2004 г. 32 600 евро), и все, кто получает пособия социального обеспечения, до возраста 65 лет охвачены этой системой. На 2004 г. почти 63% голландцев входит в систему ФМС;

третья - добровольное дополнительное страхование.

Особенность медицинского страхования Нидерланды: Застрахованные имеют право на базовую медицинскую страховку после оплаты франшизы;

Собственный риск (eigen risico, франшиза) – это пороговая сумма, которую застрахованное лицо в возрасте от 18 лет должно оплатить, прежде чем получит после обращения за медицинской помощью, покрываемые базовой страховкой.

Правительство ежегодно определяет размер требуемой по Закону франшизы. Она была установлена в современном контексте с 2011 года в сумме 170 евро, и, начиная с 2016 года по 2021 год включительно, ее рост остановился на отметке в 385 евро на одного застрахованного;

После выплаты франшизы из собственного кармана при первом посещений, он имеет право на дальнейшее покрытие услуг базовой страховкой до конца календарного года.

Франция. В настоящее время практически 100% населения страны охвачено тремя основными программами медицинского страхования:

- общей программой медицинского страхования работников торговли и промышленности и членов их семей (примерно 84% населения), а также малоимущих, бесплатно застрахованных по закону о всеобщем медицинском страховании (1,6% населения);
- программой страхования занятых в сельском хозяйстве - охватывает фермеров, наемных работников и их семьи (примерно 7,2%);
- программой страхования самостоятельно занятых лиц, охватывает кустарей, лиц свободных профессий, в том числе юристов и др. (около 5% населения);

В среднем около 75% услуг покрывается из фонда обязательного страхование пациента, а остальные 25% могут быть покрыты, если гражданин заключит договор на добровольное медицинское страхование. Данная система действует так: при обращении к врачу пациент самостоятельно оплачивает услугу, а некоторое время спустя получает компенсирование средств от фонда добровольного, если с таковым есть контракт, и обязательного страхования. В 100% объем покрываются расходы на рожениц и стационарное наблюдение беременных, амбулаторное наблюдение после 5-го месяца беременности, а также инвалиды и пенсионеры и дома престарелых.

В 80% покрываются операционные вмешательства, в 70% – это расходы на амбулаторное лечение и стоматологические услуги, 60% уходит на лабораторные анализы, 16% на лекарства.

Добровольное страхование, увеличивающее спектр возможных услуг – 88% граждан Франции прибегают к нему.

Общественное страхование захватывает мигрантов, людей с низким экономическим и социальным статусом и нелегальных граждан, которым может быть оказана первая медицинская помощь, экстренная помощь. 7% населения таких людей.

Турция. Система ОМС внедрена как часть системы социального страхования в 1985 году, функционировала в составе Министерства социальной защиты;

В 2008г. после реформы системы социального обеспечения, путем объединения 3-х социальных фондов внедрена всеобщая система ОСМС (фонд в составе Министерства социальной защиты). Охвачены 99% населения. Страховой полис мужа будет покрывать расходы всей семьи.

Обучающиеся на территории Турецкой Республики должны быть застрахованы, о регистрации в системе обязательного страхования позаботится само учебное заведение. Иностранцы, пребывающие на территории Турецкой Республики более одного года обязаны иметь государственную страховку.

Существуют различные модели обязательного медицинского страхования.

Смешанную модель страхования выбрали более 30 стран мира (Германия, Франция, Япония, Корея, страны Восточной Европы). В Германии она существует больше века, со времен правления канцлера Бисмарка.

В Чехии 80% затрат на здравоохранение покрывается за счет взносов в обязательное медстрахование, во Франции – 75%, в Эстонии – 72%, Германии - 66% и т.д.

Наиболее распространенными по принципам управления, охвата населения и степени социально-ориентированности являются две модели.

1. Всеобщее обязательное медицинское страхование (континентальная модель). При данной модели государство для обеспечения гарантированной медицинской помощью большинства населения законодательно обязывает как работодателей, так и граждан в обязательном порядке отчислять часть доходов на медицинское страхование. Медицинские организации, на основе страховых полисов обеспечивают населения медицинской помощью в рамках государственных обязательств – программы ОМС при посредничестве страховых организации. Данная модель управления предоставления медицинской помощью также именуется «концепцией Эйтховена» или континентальной моделью.

Внедрение общенациональных систем ОМС в большинстве развитых стран мира позволило обеспечить населения гарантированной медицинской помощью, повысить эффективность здравоохранения и регулировать затраты.

2. Всеобщее государственное медико-социальное страхование (прямая модель). В этой модели роль государства расширенная: непосредственно

координирует систему взаимоотношений, обеспечивает сбор страховых взносов, предусматривает участие государственных медицинских организации, расширение медико-социальных принципов в организации медицинской помощи. Такая форма управления в здравоохранении также называется «прямая модель Хехста».

Данная система наиболее экономическая и рациональная модель в организации населения доступной и качественной медицинской помощью. Фактически это модель XXI века для стран, стремящихся ограничить расходы на здравоохранения, не потеряв в эффективности и качестве. Государственное регулирование включают основы заключения договоров об организации медицинской помощи застрахованным, гарантированной (бесплатной) государством и самоуправлениями, о деятельности по обеспечению, управлению, поддержке здравоохранения, основы ответственности за нарушения правовых норм по защите оздоровления, прав и обязанностей субъектов деятельности оздоровления.

В системе основных организационных принципов ОМС лежат следующие:

1. Всеобщность – все граждане независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг включенных в программу ОМС. Нормы ОМС распространяются на работающих граждан с момента заключения с ними договора.

2. Государственность – средства ОМС находятся в государственной собственности. Государство является непосредственным страхователем для неработающей части населения (учащиеся, студенты, пенсионеры). Государство осуществляет контроль за сбором, перераспределением и использованием средств ОМС. Государство обеспечивает финансовую устойчивость системы ОМС, гарантирует выполнение обязательств перед застрахованными.

3. Некоммерческий характер – средства ОМС не могут стать доходом или прибылью юридических и физических лиц, являющихся учредителями страховых медицинских компаний. ОМС нерентабельно и не одна страховая компания не занимается только медицинским страхованием. Как правило, страховые компании занимаются добровольным медицинским страхованием, могут заниматься и немедицинским страхованием.

4. Общественная солидарность и социальная справедливость – все граждане имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств ОМС. Страховые платежи по ОМС уплачиваются за всех граждан, но востребование финансовых ресурсов осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью. Срабатывает принцип - здоровый платит за больного. Номенклатура и объем предоставляемых услуг не зависит от размера платежа по ОМС, и граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение медицинских услуг. Срабатывает принцип – богатый платит за бедного.

Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание лечебно-диагностических услуг при возникновении страхового случая. Экономическая база медицинского страхования – априорно формируемый фонд денежных средств, из которых оплачиваются услуги. Величина разового страхового взноса зависит от состояния здоровья страхуемого и его возраста, детерминирующих вероятность заболевания в тот или иной период жизни пациента. Учитываются также динамика и степень влияния неблагоприятных факторов окружающей среды (производственных и бытовых условий, экологической обстановки и т.д.), особенности образа жизни страхуемого (курение, злоупотребление спиртными напитками, занятие спортом и т.д.).

Система медицинского страхования предусматривает административно-хозяйственную самостоятельность лечебно-профилактических организации, бездефицитность их финансирования и обеспечения социальных гарантий при оказании услуг социально незащищенных слоев населения.

Обязательное медицинское страхование строится на системе договоров между субъектами страхования, отражающих права, обязанности и ответственность сторон. Пациент получает возможность выбора независимого защитника своих интересов при получении медицинской помощи.

Каждому застрахованному или страхователю в порядке, установленном договором обязательного медицинского страхования, страховой медицинской организацией выдается страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования.

3.2. Обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС) в РК.

В условиях дальнейшего развития здравоохранения, направленного на обеспечение устойчивых показателей здоровья населения, эффективности деятельности медицинских организации, развития рынка медицинских услуг. С внедрением Единой национальной системе здравоохранения (ЕНСЗ) в республике с 2010 года создан Единый плательщик медицинских услуг, получило развитие конкурентная модель здравоохранения, созданы базовые структуры и принципы взаимодействия субъектов будущей системы. В период 2011 -2015гг с привлечением экспертов ВБ и ВОЗ проводилась разработка институциональной реформы здравоохранения, которая завершилась принятием Закона РК от 16 ноября 2015 года № 405-V ЗРК. «Об обязательном социальном медицинском страховании. Внедрение системы ОСМС явилась новым уровнем развития здравоохранения республики и предусматривала:

- рыночно-ориентированную систему управления и организации медицинской помощи;
- солидарную ответственность за здоровья каждого;
- финансовую стабильность системы здравоохранения и независимость от государственного бюджета страны;
- формирования института защиты прав застрахованных.

Подготовительный период проводился с 2016 по 2019 гг. и был связано с различными социально-экономическими факторами. В этот период проводилась большая работа по формированию нормативно-правовой базы, широкомасштабная информационно-разъяснительная работа среди населения, работодателей, подготовка медицинских организации и медицинских работников, формирование финансовой базы системы. С 1 января2020г. – по настоящее время: внедрение системы ОСМС.

Анализ развития обязательного медицинского страхования в РК.

Внедрение обязательного социального медицинского страхования в Казахстане являлась составной частью Концепции развития здравоохранения в рыночных условиях.

Фонд является некоммерческой организацией в организационно-правовой форме акционерного общества, единственным учредителем и акционером которого является Правительство Республики Казахстан. В нашей республике при формировании бюджета ОСМС были определены три основных источника поступления страховых взносов: от работодателей (в 3% от ФОТ), то работников (в 2% от заработной платы), от местного бюджета за неработающие отдельные социальные группы население трудоспособного возраста. Государство платить страховые взносы за 15 социальных категории населения.

Вместе с тем, система ОСМС явилась реальным рычагом для реформы здравоохранения, ускорило разработку мероприятий по ее оптимизации и реструктуризации, способствовало внедрению и развитию аккредитации и лицензирования медицинских организаций. Были заложены основы формирования рыночно ориентированных экономических отношений в здравоохранении:

- создан рынок медицинских услуг; получил развитие негосударственный сектор здравоохранения;
- впервые реализованы механизмы социальной защиты прав застрахованных;
- создана основа для внедрения современных информационных систем.
- были разработаны условия для перехода к способам оплаты медицинских услуг, более адекватно соответствующие к специфике деятельности медицинских организаций;

За период 2020-2023гг уровень финансирования здравоохранения увеличилась в 2,5 раза, в систему ОСМС расширилось оказание медицинской помощи населению негосударственной структурой, доля договоров с ними составили около 56%, значительно увеличилась доступность населению консультативно-диагностических услуг, ВТМУ и реабилитационных услуг и восстановительного лечения (рисунок 12).

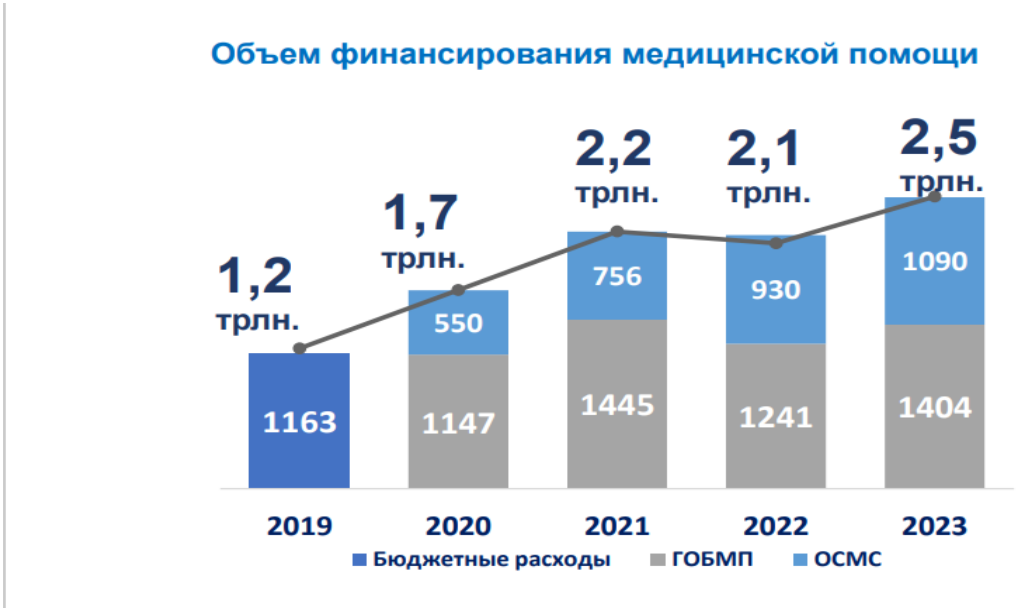

Рисунок 12 – Объем финансирования медицинской помощи[7]

При внедрении системы ОСМС в Республике Казахстан, не удалось решить ряда серьезных задач. Прежде всего, система ОСМС не обеспечила повышения надежности и эффективности использования финансовых ресурсов, равнодоступности и качества медицинской помощи и не оказало в конечном итоге позитивного влияния на состояние здоровья населения и доверия населения к новой системе.

Рисунок 13 – Количество субъектов здравоохранения[8]

[7] годовой отчет о деятельности НАО «Фонд социального медицинского страхования» 2023г.
[8] годовой отчет о деятельности НАО «Фонд социального медицинского страхования» 2024г.

В силу макроэкономических барьеров в достижении запланированных объёмов финансовых поступлений произошло серьезное отклонение от первоначально запланированных параметров системы ОСМС. Так, одобренные в 2015 году подходы к реформе ОСМС предполагали солидарную ответственность государства, работодателей и граждан через уплату взносов по ставкам 7%, 5% и 7% соответственно. Однако первоначальные ставки взносов снижены до 2%, 3% и 5% вследствие чего произошло существенное недофинансирование системы здравоохранения.

В результате сокращения ставок, и, несмотря на номинальный рост расходов, совокупный дефицит финансирования отрасли продолжает увеличиваться.

Вместе с тем, на рост расходов финансирования на здравоохранение влияют следующие факторы:

- рост населения на 10%;
- рост заболеваемости неинфекционными хроническими заболеваниями;
- удорожание стоимости лечения и внедрение новых медицинских технологий и услуг;
- повышение заработной платы медицинского и немедицинского персонала;
- повышение стоимости лекарственных средств и др.

Вышеуказанные факторы являются причинами снижения качества и доступности медицинской помощи для населения, в том числе в системе ОСМС.

Рисунок 14 – Результаты внедрения ОСМС в РК[9].

Одним из актуальных проблемных вопросов в части обеспечения доступности медицинской помощи является охват населения системой ОСМС, поскольку 3,3 млн. человек или 16,5% от численности населения страны находятся вне системы ОСМС, системой ОСМС охвачены порядка 83,5% населения. Основными проблемами по-прежнему остаются отсутствие уполномоченного органа по контролю за своевременностью и полнотой уплаты

[9] годовой отчет о деятельности НАО «Фонд социального медицинского страхования» 2024г.

взносов самостоятельными плательщиками, а также недостаточный контроль со стороны органов государственных доходов ввиду отсутствия полной информации по задолженности взносов и отчислений работодателями за работников и информации о льготных категориях в ОСМС.

Недостаточное финансирование медицинской помощи приводит к невозможности проведения масштабной модернизации системы ОСМС, одним из ключевых элементов которой является формирование Единого пакета медицинской помощи, и реализации комплексных мер для укрепления здоровья нации и перезагрузки системы социальной поддержки граждан.

Для реализации данной модели медицинской помощи увеличение охвата населения системой ОСМС и финансовая устойчивость системы являются важнейшими условиями. Без достаточного уровня охвата системой ОСМС и финансирования невозможно обеспечить высокий уровень медицинского обслуживания, необходимый для всех граждан Казахстана.

В результате социально-экономических трудностей в целом в мире, произошло снижение ставок обязательных взносов. От государства тариф меньше в 3,5 раза первоначальных параметров, отчисления работодателя ниже почти в 2 раза, а индивидуальные предприниматели отчисляют почти в 1,5 раза меньше от необходимой суммы. Все это явилось причиной недофинансирования системы здравоохранения, формирования высокого уровня частных расходов на здравоохранение, не полному охвату системой ОСМС населения и недоступность медицинских услуг для незастрахованной части населения.

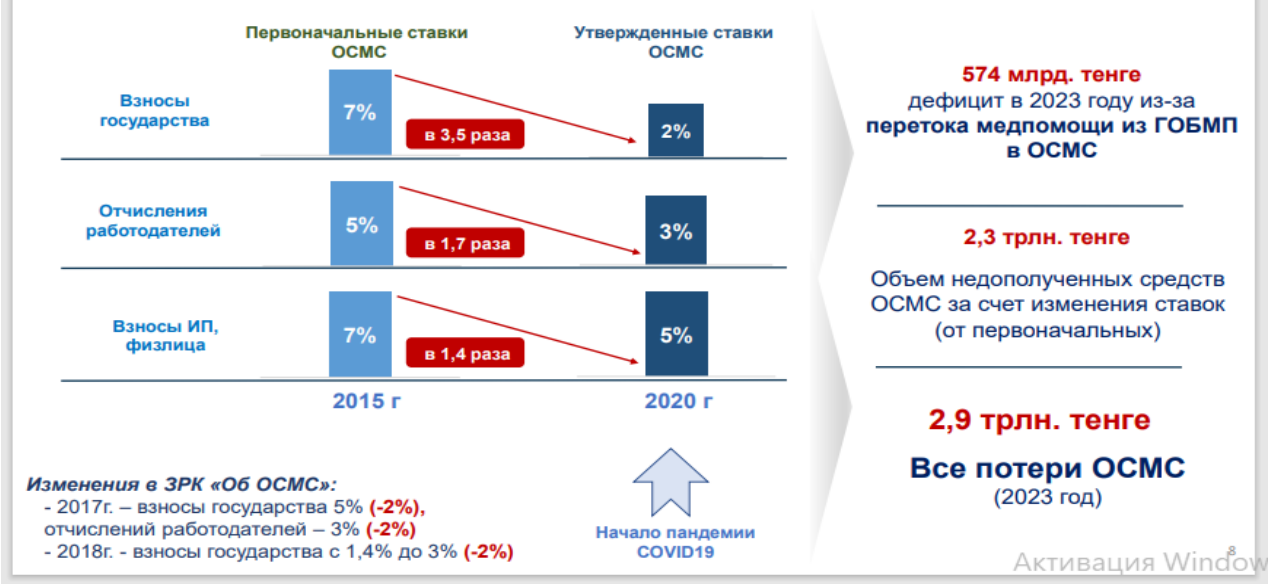

Рисунок 15 – Снижение ставок обязательных взносов[10]

[10] https://kaztag.kz/ru/news/aymagambetov-raskritikoval-ispolnenie-byudzheta-osms-bolnitsy-nedopoluchili-t550-mlrd

Несмотря на постоянное внимание Правительства в результате влияния различных социально-экономических факторов не охваченными системой ОСМС оставались около - 3,0 млн. населения, 1,5 млн. – непродуктивно самозанятые и безработные, что привело к дополнительным мерам. Для решения проблеем социальной защиты отдельных категорий населения предложены новые подходы поддержки населения в зависимости от социально-экономического статуса. На сегодняшний день около 3,3 млн. человек остаются вне системы ОСМС, из них 2,3 млн. граждан с благополучным и удовлетворительным уровнем жизни, а 1 млн. – это граждане, относящиеся к кризисным (Д) и экстренным (Е) уровням социального благополучия, т.е. с низким уровнем дохода, с трудом покрывающие базовые потребности семьи. Обязательство за уплату взносов в ОСМС за социально-уязвимые категории граждан предлагается возложить с 2026 года на местные исполнительные органы по факту обращения этих граждан за медицинской помощью, обеспечивая им доступ к необходимым медицинским услугам, согласно международной практике.

Кроме того, учитывая прямую ответственность МИО за снижение уровня безработицы и содействие занятости населения, предлагается возложить расходы на уплату взносов на ОСМС за официально зарегистрированных безработных на местные бюджеты.

Рисунок 16 – Уровни социального благополучия населения[11]

В целях охвата иностранцем, временно пребывающих в РК внедрено оказание медицинской помощи в рамках вмененного медицинского страхования. Вмененное медицинское страхование является видом медицинского страхования для иностранцев, временно пребывающих в Республике Казахстан, в соответствии с Законом Республики Казахстан «О миграции населения» и международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан,

[11] https://news.mail.ru/politics/65941308/

позволяющим получать медицинские услуги на условиях, определенных типовым договором вмененного медицинского страхования, утвержденным уполномоченным органом по согласованию с уполномоченным органом по регулированию, контролю и надзору финансового рынка и финансовых организаций.

3.3. Добровольное медицинское страхование в РК

Добровольное медицинское страхование (ДМС) – это вид медицинского страхования, направленное на обеспечения населения медицинской помощью путем объединения рисков на добровольной, частной основе. Добровольное медицинское страхование аналогично обязательному, и преследует ту же социальную цель – предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. Однако эта общая цель достигается двумя системами разными средствами. Отличительным признаком ДМС от ОМС является необязательность и неограниченность страховых взносов на основе охвата определенных групп населения на основе степени риска здоровья и финансовых возможностей.

Экономическими предпосылками возникновения ДМС являются следующие факты:

1. Добровольное страхование является отраслью коммерческого страхования, а не социального.
2. ДМС появляется и успешно развивается там и тогда, где и когда возникает необходимость оплаты медицинских услуг. Если медицинская помощь оказывается бесплатно и полностью финансируется государством или системой ОМС, то потребность в дополнительном медицинском страховании отсутствует;
3. Потребность в ДМС напрямую зависит от того, в какой части риск заболевания покрывается обязательными системами медицинского страхования.
4. Спрос на частное медицинское страхование определяется во многих случаях желанием получить гарантию не только лечения, но и высокого уровня обслуживания в медицинском учреждении (отдельная палата, сиделка, лечение у ведущих специалистов и некоторые другие услуги).
5. Потребность в ДМС становится весьма актуальной при выезде за рубеж, особенно в те страны, где получение визы невозможно без предъявления медицинской страховки на время поездки.

Основные формы добровольного медицинского страхования

1. Единственный или основной источник финансирования медицинской помощи, развита с странах с частным здравоохранением (США) или с низким уровнем экономического развития
2. Дополняющее – полностью или частично покрывает услуги, исключенные из государственной системы, или системы ОМС или лишь частично покрываемые ею (большинство стран).
3. Добавочное (или расширяющее выбор) - расширяет потребительский выбор гарантирует более высокий уровень удобств и ускоренный доступ к

лечению (Великобритания, Греция, Италия, Португалия), в основном в странах с государственными системами здравоохранения.

4. Обе системы являются страховыми, обязательное медицинское страхование основано на принципе страховой солидарности, а добровольное – на принципе страховой эквивалентности.

Участие в программах договора добровольного медицинского страхования не регламентируется государством и реализует потребности и возможности каждого отдельного гражданина или профессионального коллектива.

Влияние ДМС на систему здравоохранения:

- расширяет потребительский выбор;
- может способствовать новациям и повышению эффективности и «катализировать» реформы в государственном секторе ввиду своей гибкости и нацеленности на получение прибыли;
- удовлетворяет потребность относительно состоятельных людей (за собственные средства) и, потенциально, может способствовать снижению роста государственных затрат на здравоохранение.

Определенные трудности развития здравоохранения в республике (как и во многих государств постсоветского пространства) предопределили новый этап в развитии добровольного медицинского страхования. Страховой рынок предлагает собственный продукт – пакеты добровольного медицинского страхования (ДМС). Стоит отметить, что в 2019 году, до пандемии, добровольным медицинским страхованием было охвачено более 1,2 млн. человек, из них 420 тыс. человек приобрели добровольное медицинское страхование в рамках бюджета работодателей. То есть почти 785 тыс. граждан самостоятельно купили добровольное медицинское страхование (Рис. 17).

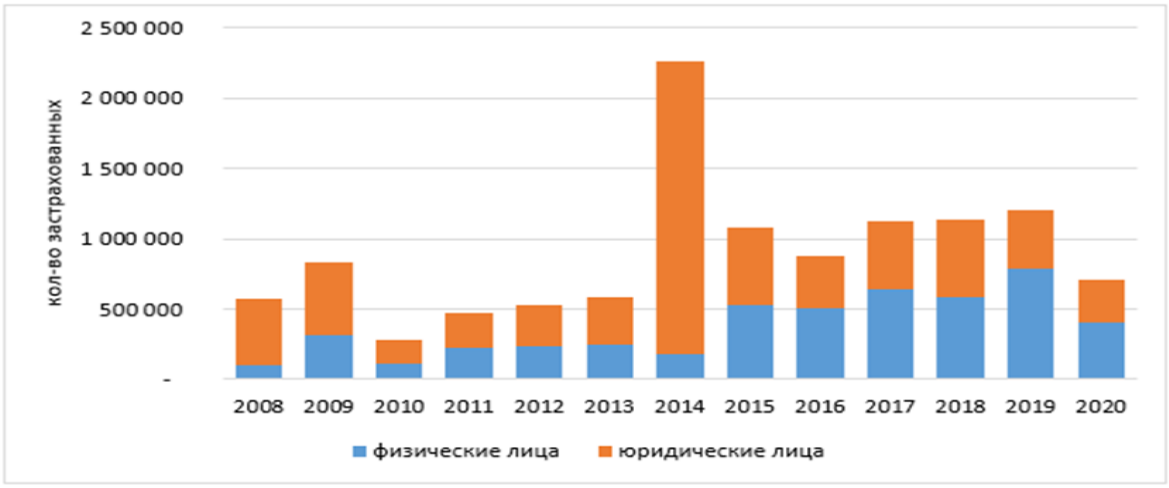

Рисунок 17 – Динамика застрахованного населения в рамках добровольного медицинского страхования[12]

[12] Рынок добровольного медицинского страхования в Казахстане: анализ и перспективы развития - Современные технологии управления, 2021. № 3 https://sovman.ru/article/9604/

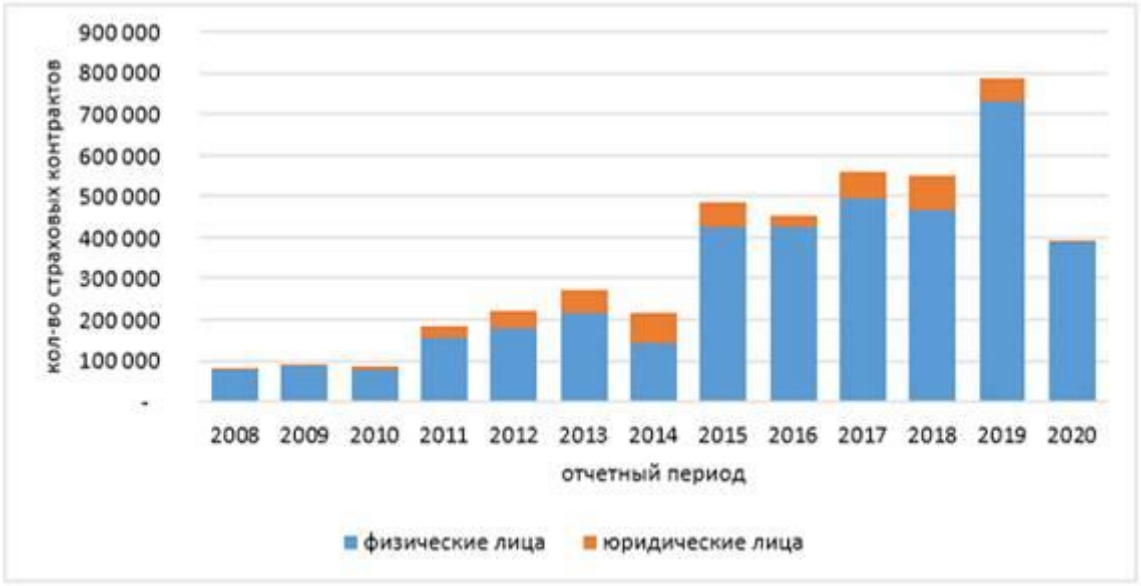

Рисунок 18 – Динамика страховых контрактов на 2008-2020 гг[11].

В 2020 году, в период пандемии, физические и юридические лица заключили почти 395 тыс. договоров медицинского страхования на общую сумму 31,7 млрд. тенге. Значительная часть договоров страхования заключена с физическими лицами, а именно 387,7 тыс. договоров. Юридические лица заключили 7310 договоров в 2020 году, при этом застрахованный персонал, т.е. работники компаний медицинские расходы которых покрываются в рамках страхования составил более 300 тыс. человек.

В период введения ОСМС и наступления необходимости перечисления средств в ФСМС, премии по ДМС значительно сократились, так как работодатели не хотели платить за медицину дважды. Но за последнее время ДМС восстановило объемы на фоне неэффективности ОСМС для отдельных категорий лиц. Работодатели приобретают для своих сотрудников полисы ДМС, так как им важно, чтобы те получали качественную и своевременную медицинскую помощь, что в конечном итоге влияет на производительность. Сложившаяся ситуация в массовом здравоохранении позволяет страховым компаниям активнее продвигать ДМС как дополнительный продукт, предоставляющий доступ к медуслугам без очередей.

По состоянию на 01 июля 2021 года лицензии на осуществление добровольного медицинского страхования имеют 22 страховые организации. Всего страховых организаций в стране насчитывается 27. За первое полугодие 2021 года по добровольному медицинскому страхованию было получено 25.6 млрд. тенге страховых премий. Т.е. в первом полугодии 2021 года застраховано более 441 тыс. физических лиц, из них почти 202 тыс. физических лиц являются работниками предприятий.

Рисунок 19 – Показатели развития ДМС за период 2020 -2024 годы[13]

Данные рисунка показывают, несмотря на имеющиеся тенденции к увеличению выплат, добровольное медицинское страхование заняло несущественную долю страхового рынка. Объем премий за 2024 год в добровольном страховании составил около 60 миллиардов тенге. Количество застрахованных– около 130 тысяч человек. В настоящее время по ДМС практика такова, что все СК, как правило, сотрудничают с крупными сетями частных медицинских центров.

Опыт зарубежных стран показывает, что добровольное медицинское страхование имеет также недостатки: охват страхованием немногочисленных видов медицинской помощи; жесткий выбор страхователей по критериям вероятности осуществления страховых выплат; затратный порядок финансирования; зависимость объема медицинской помощи от платежеспособности клиента или финансового состояния работодателя [22].

Основные проблемы добровольного медицинского страхования в Казахстане:

1. Одной из главных причин является то, что все отчисления по медицинскому страхованию осуществляются в Фонд медицинского страхования, и ни работодатель, ни работник не могут направить часть отчислений на добровольное медицинское страхование. В связи с тем, что

[13] https://forbes.kz/articles/sistema-medstrahovaniya-v-kazahstane-v-glubokom-krizise-kak-eto-ispravit

работодатель платит взносы по ОМС, добровольное медицинское страхование для него становится неприлично дорогим и не все работодатели могут пойти на такие расходы.

2. Многие молодые люди до 30 лет не стремятся покупать полисы ДМС, а для лиц старшей возрастной группы страховые премии являются довольно дорогими. В странах Западной Европы, в странах с развитой системой государственного здравоохранения, частным (добровольным) медицинским страхованием охвачено не менее 12-15 % населения.

3. Система регулирования страхового рынка со стороны государства в Казахстане в отличие от систем регулирования развитых странах мира и даже России, совершенно не учитывает специфику медицинского страхования;

В развитых странах мира добровольное медицинское страхование ведется специализированными страховыми компаниями, в Казахстане такая специализация весьма проблематична из-за несоразмерных регуляторных требований и, следовательно, исключительно низкой эффективности капитала, вкладываемого в такие компании;

Необходимо учесть, что ДМС – высокозатратный и дорогостоящий вид, предусматривающий одновременно с затратами на страховые выплаты, также дополнительные расходы, связанные с развитием соответствующей сервисной инфраструктуры, и выплатами сторонним организациям (клиникам различного профиля, аптекам). Выполнение условий договоров ДМС и обеспечение качества медицинских услуг требуют значительных затрат на содержание и расширение инфраструктуры медицинского ассистанса; медицинских клиник, оборудования, машин скорой помощи, содержание медицинского и административного персонала и других расходов.

Несмотря на то, что ДМС часто ведет к увеличению расходов на здравоохранение, но, тем не менее, многие аналитики считают, что международный опыт и различные научные исследования позволяют сделать вывод о возможности использования ее в качестве инструмента сокращения издержек, повышения эффективности медицинских организации и прогресса медицинских технологии.

Для замещающего страхования необходима устойчивая и давно функционирующая медицинского страхования, система, где обязательно решены вопросы распределения и финансирования медицинских организаций, а также сформирована «культура страхования» - устойчивая социальная норма, широко распространенная в обществе и отражающая осознание необходимости быть застрахованным каждому члену обществ, и конечно же, соответствующий уровень доходов населения.

Несмотря на то, что ДМС и ОСМС представляют собой разные виды услуг, включая их содержание, наполнение и источники финансирования, в то же время их объединяет единство целей и задач, состоящих в улучшении здоровья населения, повышении качества и доступности медицинских услуг. Несмотря на определенные вызовы и проблемы, следует отметить достаточно высокий потенциал рынка ДМС Казахстана [23, 24].

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «социальное страхование».
2. Перечислите 3 формы организации систем социального страхования.
3. Какова краткая история становления социального страхования в Европе?
5. Дайте определение «обязательному социальному страхованию» в соответствии с Законом РК «Об обязательном социальном страховании».
6. Кто является участниками обязательного социального медицинского страхования в РК?
7. Какие виды обязательного социального страхования существуют в РК?
8. Перечислите основные принципы обязательного социального страхования в РК?
9. Дайте определение понятию «медицинское страхование».
10. Перечислите основные виды медицинского страхования.
11. Перечислите основные принципы ОМС?
12. Основные черты обязательной страховой модели здравоохранения?
13. Какие особенности Германской системы СМС?
14. Основные формы добровольного медицинского страхования?
15. Перечислите основные проблемы добровольного медицинского страхования в РК.

ГЛАВА 4. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1 Понятие и критерии качества медицинской помощи

Качество медицинской помощи является ключевым фактором, определяющим эффективность работы системы здравоохранения, уровень здоровья населения и доверие к медицинским учреждениям (*особенно в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСУД)*). В последние десятилетия, с развитием медицины и технологий, концепция качества медицинской помощи выходит за рамки простого лечения заболеваний и приобретает более комплексный и многогранный характер. Сегодня важнейшими задачами системы здравоохранения являются обеспечение высокого уровня качества всех аспектов медицинской помощи: от доступности и эффективности до безопасности и удовлетворенности пациентов.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2025), от 5,7 до 8,4 миллиона случаев смерти ежегодно в СНСУД обусловлены неадекватным качеством медицинских услуг, что составляет до 15% всех летальных исходов в этих странах. Примерно 60% всех смертей от состояний, требующих медицинского вмешательства, происходят не из-за отсутствия доступа, а из-за низкого качества оказанной помощи. Остальная часть смертей – следствие уклонения населения от обращения в систему здравоохранения, обусловленного в том числе утратой доверия к ней. Особенно тревожной является ситуация среди пациентов с хроническими заболеваниями: четыре из десяти таких пациентов не доверяют системе здравоохранения своей страны. Данный кризис доверия непосредственно коррелирует с неудовлетворительным качеством обслуживания и является отражением негативного личного опыта получения медицинской помощи [25].

В условиях сегодняшней, нашей отечественной практики (до 2025 года) качество медицинской помощи можно понимать как степень соответствия результатов медицинской деятельности заранее установленным стандартам и требованиям, направленным на удовлетворение потребностей пациентов и достижение положительных клинических исходов. Так как уровень качества оказания медицинской помощи мы оцениваем преимущественно на основе соответствия заранее определённым критериям, индикаторам, стандартам, правилам и инструкциям, закреплённым в нормативно-правовых актах, клинических протоколах и методических рекомендациях. Такой подход позволяет формализовать процессы оценки, обеспечивать управляемость системы и сопоставимость результатов, однако при этом не всегда охватывает субъективные аспекты восприятия качества со стороны пациентов, в том числе их удовлетворённость, доверие и опыт взаимодействия с медицинской системой.

В свою очередь, Кодекс о здоровье РК от 7 июля 2020 года № 360-VI представляет понятию аналогичное описание: "Качество медицинской помощи – это уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам оказания медпомощи". Иными словами, под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее

способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки, а доступность медицинской помощи – это реальная возможность получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания [26].

В целом, оценка качества медицинской помощи осуществляется через несколько ключевых критериев, включая эффективность, безопасность, доступность, непрерывность и удовлетворенность пациентов. Каждый из этих критериев имеет важное значение для формирования системы здравоохранения, которая нацелена на максимальную пользу для пациента. Поскольку страны привержены реализации концепции «Здоровье для всех», необходимо тщательно анализировать качество медицинской помощи и услуг здравоохранения.

Например, ВОЗ качеству медицинской помощи дает следующее определение: качество медицинской помощи – это степень, в которой услуги здравоохранения для отдельных лиц и населения повышают вероятность достижения желаемых результатов в отношении здоровья. Оно базируется на профессиональных знаниях, основанных на фактических данных, и имеет решающее значение для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения [27].

Значение качества медицинской помощи в системе здравоохранения. В системе здравоохранения качество медицинской помощи имеет стратегическое значение, так как оно напрямую влияет на здоровье населения и общие социальные показатели. Высокое качество медицинской помощи способствует не только улучшению здоровья пациентов, но и снижению затрат на лечение заболеваний, поскольку профилактика, правильная диагностика и эффективное лечение помогают предотвратить развитие серьезных заболеваний и их осложнений. К тому же качество медицинской помощи является важным индикатором для мониторинга работы медицинских учреждений, эффективности использования государственных и частных ресурсов, а также критерием, по которому пациенты выбирают медицинское учреждение для обращения.

Основные критерии оценки качества. Критерии оценки качества здравоохранения – глобальные показатели в области здравоохранения, служащие для оценки качества работы системы здравоохранения и социального обеспечения. Эффективность – этот критерий определяет, насколько результаты медицинской помощи соответствуют установленным целям и улучшению здоровья пациента. Эффективность включает в себя правильность диагностики, адекватность назначения лечения и достижение положительных исходов при минимальных медицинских и экономических затратах. Безопасность – безопасность медицинской помощи означает минимизацию рисков для здоровья пациентов в процессе лечения и диагностики. Это включает как предотвращение медицинских ошибок, так и снижение вероятности возникновения побочных эффектов от лечения, инфекций и других осложнений. Доступность – доступность медицинских услуг оценивается как степень, в которой население

имеет возможность получить необходимую помощь в разумные сроки и без барьеров, таких как высокая стоимость, географическая удаленность или недостаток медицинских специалистов. Непрерывность – непрерывность медицинской помощи характеризует степень согласованности и интеграции медицинских услуг, а также постоянство обслуживания пациента в различных медицинских учреждениях на протяжении всей его болезни или жизни. Это особенно важно для хронически больных пациентов или тех, кто нуждается в длительном наблюдении и лечении. Удовлетворенность пациентов – этот критерий оценивает, насколько пациенты довольны качеством обслуживания, включая отношение персонала, условия пребывания в медицинских учреждениях, информированность о процессе лечения и восприятие собственных результатов лечения [28].

Все вышеуказанные критерии, используемые для оценки качества медицинской помощи, в целях обеспечения объективности анализа и повышения наглядности восприятия материала, были систематизированы и представлены в виде Таблицы 22. В данной таблице приведены как содержательные описания каждого критерия, так и соответствующие показатели оценки, что позволяет комплексно отразить их роль в формировании и измерении качества медицинской помощи.

Таблица 22 – Критерий для оценки качества медицинской помощи (Бримжанова, 2025)

Критерий	Описание	Показатели оценки	Пример
Эффективность	Эффективность медицинской помощи определяется как степень достижения желаемых результатов лечения. Этот критерий имеет научное обоснование и требует доказательности подхода и методов, используемых в лечебном процессе.	Количество успешных исходов, таких как выздоровление, улучшение состояния или снижение симптомов, и минимизация побочных эффектов.	Лечение острого инфаркта миокарда с использованием современных терапевтических методов, таких как тромболизис, позволяет значительно повысить выживаемость пациентов и уменьшить последствия заболевания.

Безопасность	Безопасность медицинской помощи означает минимизацию риска для пациента в процессе лечения. Это один из важнейших критериев, поскольку ошибки в медицине могут привести к тяжелым последствиям, таким как госпитальные инфекции, побочные эффекты от лекарств, неправильное лечение и другие медицинские ошибки.	Частота возникновения медицинских ошибок, количество случаев несанкционированных побочных эффектов, несоответствие лечения протоколам.	Применение системы двойной проверки при назначении лекарств для предотвращения ошибок дозировки.
Доступность медицинской помощи	Доступность медицинской помощи подразумевает возможность получения медицинских услуг пациентами без значительных препятствий. Это включает как физическую доступность медицинской помощи (норматива сети организаций здравоохранения и укомплектованность кадров здравоохранения), так и экономическую доступность (цены на услуги) и доступность информации о медицинских услугах.	Время ожидания приема, наличие медицинских учреждений в нужных районах, стоимость медицинских услуг, отсутствие кадрового дефицита и количество закрытых медицинских учреждений.	В странах с высокоразвитыми системами здравоохранения, такими как Великобритания или Франция, системы национальных страховых программ обеспечивают доступность медицинской помощи для всех граждан.

Непрерывность	Непрерывность медицинской помощи подразумевает бесперебойность и преемственность лечения на всех этапах – от первичной диагностики до реабилитации. Это критически важно для пациентов с хроническими заболеваниями и для тех, кто нуждается в длительном наблюдении	Наличие преемственности в процессе лечения, взаимодействие между различными уровнями медицинских учреждений, своевременность направлений и консультаций	Пациенты, страдающие от диабета, должны получать постоянное наблюдение и поддержку от терапевтов, эндокринологов и других специалистов, что гарантирует непрерывность лечения
Удовлетворенность пациентов	Удовлетворенность пациентов является важным индикатором качества медицинской помощи, поскольку она отражает субъективную оценку пациентами условий предоставления медицинских услуг, отношение персонала и восприятие эффективности лечения	Анкеты и опросники, интервьюирование, фокус-группы, анализ отзывов пациентов	Измерение уровня удовлетворенности пациентов с использованием стандартных и адаптированных анкет/опросников, беспрепятственный прием обращении граждан по принципу “Здесь и сейчас”

Контрольные вопросы:

1. Что такое качество медицинской помощи и какие факторы его определяют?
2. Какова роль качества медицинской помощи в системе здравоохранения?
3. Какие основные критерии оценки качества медицинской помощи выделяются в конспекте?
4. Как ВОЗ определяет качество медицинской помощи?
5. Что подразумевается под эффективностью медицинской помощи?
6. Какие меры включаются в понятие безопасности медицинской помощи?
7. Как определяется доступность медицинской помощи?
8. Почему непрерывность медицинской помощи важна для пациентов?
9. Как оценивается удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи?

10. Какое значение имеет качество медицинской помощи для снижения затрат на лечение заболеваний?

4.2 Система управления и оценки качества в здравоохранении

Для эффективного обеспечения качества медицинской помощи необходима четко организованная система управления качеством в здравоохранении. Эта система включает в себя несколько ключевых механизмов и методов. Основные механизмы управления качеством включают в себя использование стандартов, клинических рекомендаций, а также внедрение постоянного мониторинга качества медицинских услуг. Эти механизмы позволяют медицинским учреждениям поддерживать высокий уровень качества и систематически его улучшать. Основные механизмы управления качеством медицинской помощи включают контроль качества, экспертизу, анализ, стандартизацию, аккредитацию и непрерывное улучшение. Эти механизмы направлены на обеспечение эффективности, безопасности и соответствия медицинской помощи принятым стандартам и ожиданиям пациентов. Если говорить более подробнее о механизмах, то *контроль качества* – это, система мониторинга, оценки и обеспечения соответствия медицинской помощи установленным стандартам. Он может быть внутренним (самоконтроль, контроль руководителей, клинико-экспертная внутренняя комиссия) или внешним (например, контроль ФОМС, страховых компаний, внешних и независимых экспертов). *Экспертиза* – оценка качества медицинской помощи на основе сравнения с принятыми стандартами и клиническими протоколами. *Анализ* – это *и*сследование причин проблем в оказании медицинской помощи и выявление путей их решения. *Стандартизация* - разработка и внедрение стандартов оказания медицинской помощи для обеспечения ее качества и безопасности и *аккредитация* - независимая оценка качества медицинской помощи организациями, которые соответствуют определенным критериям. *Непрерывное улучшение (Kaizen)* – процедура постоянного совершенствования процессов оказания медицинской помощи на основе анализа данных и выявления проблем.

Методы оценки качества медицинской помощи. В настоящее время существует несколько методов оценки и анализа организации деятельности организации здравоохранения: статистический, экспертных оценок, медико-экономического анализа, комплексный, а также метод опроса населения. При анализе разных подходов к оценке качества медицинской помощи наиболее валидной представляется триада (методика) Донабедиана (*A. Donabedian*), в основу которой положен комплекс структурного, процессуального и результативного компонентов анализа качества оказываемой в организации медицинской помощи. *Структурный подход* предполагает лицензирование, аккредитацию и сертификацию ресурсной базы учреждений здравоохранения: кадров, оборудования и медицинской техники, материально-технического обеспечения условий для пребывания больных и работы медицинского персонала. Они позволяют определить потенциальные возможности имеющихся ресурсов конкретного медицинского субъекта для выполнения, поставленных

перед ним целей по оказанию медицинской помощи (*Е.А.Ацель, 2013*). *Процессуальный подход* призван оценить соблюдение технологии лечебно-диагностического процесса. Основным методом в рамках процессуального подхода, в том числе и в отечественном здравоохранении, долгие годы является метод экспертной оценки медицинской помощи по первичной документации по соблюдением протоколов диагностики и лечения, клинических руководств, сестринских руководств, стандартов операционных процедур. Логическим завершением процесса оценки качества является *результативный подход*, то есть оценка качества медицинской помощи по результатам, которая основывается на оценке степени достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи [29].

Также одним из методов оценки в рамках процессуального подхода является оценка технологий здравоохранения (далее – ОТЗ) – комплексная оценка сравнительной доказанной клинической и клинико-экономической (фармакоэкономической) эффективности и безопасности технологий здравоохранения, а также экономических, социальных и этических последствий их применения, проводимая для принятия решений в области здравоохранения. Например, в Казахстане ОТЗ проводится с целью обеспечения научного обоснования включения (исключения) технологий здравоохранения в списки, перечни и (или) тарифы для закупа (финансирования) медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС, а также включении дорогостоящих технологий здравоохранения в клинические протоколы. Объектами оценки технологий здравоохранения являются технологии здравоохранения, предлагаемые к применению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования или за счет иных источников, не запрещенных законодательством Республики Казахстан, включая: простые технологии здравоохранения – применение лекарственных препаратов, вакцин и медицинских изделий, при определенном заболевании или состоянии, для укрепления здоровья, профилактики, диагностики, лечения болезни, реабилитации пациентов и оказания паллиативной медицинской помощи; Комплексные технологии здравоохранения – применение процедур, манипуляций, операций, скрининговых и профилактических программ, а также прочих медицинских вмешательств и информационных систем здравоохранения, для укрепления здоровья, профилактики, диагностики, лечения болезни, реабилитации пациентов и оказания паллиативной медицинской помощи. При проведении ОТЗ учитываются следующие аспекты: *доказанная клиническая эффективность* технологии здравоохранения – сравнительная характеристика степени положительного влияния технологии здравоохранения на профилактику, диагностику, лечение, медицинской реабилитацию и паллиативную медицинскую помощь, основанная на доказательной медицине; *доказанная безопасность* технологии здравоохранения – характеристика технологии здравоохранения, основанная на сравнительном анализе соотношения эффективности и риска причинения вреда здоровью пациента основанная на

доказательной медицине; *доказанная клинико-экономическая эффективность* технологии здравоохранения – сравнительная добавочная стоимость профилактического, диагностического, лечебного, реабилитационного или паллиативного эффекта технологии здравоохранения, основанная на результате исследований

В общественном здравоохранении на более глобальном уровне для количественной оценки качества здравоохранения ВОЗ использует следующие показатели (критерии):

1. Расходы на здравоохранение: Общие расходы на здравоохранение на душу населения, (долл. США), Государственные расходы на здравоохранение как % от общих государственных расходов, (%) (ВВП);
2. Трудовые ресурсы здравоохранения и инфраструктура:|Врачи, численность и обеспеченность, (на 10 000 населения), Сестринский и акушерский персонал, численность и обеспеченность, (на 10 000 населения), Больничные койки, (на 10 000 населения);
3. Охват услугами здравоохранения: например, охват дородовым наблюдением (в %), деторождения при квалифицированном родовспоможении (в %), новорождённые, защищённые при рождении от неонатального столбняка (в %), охват иммунизацией детей в возрасте 1 года (в %);
4. Смертность и бремя болезней: ожидаемая (при рождении) продолжительность жизни (лет), ожидаемая (при рождении) продолжительность здоровой жизни (HALE) (лет), коэффициент неонатальной смертности, (на 100000 живорождений), коэффициент младенческой смертности (вероятность смерти до достижения 1 года на 1000 живорождений), коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет (вероятность смерти до достижения 5 лет на 1000 живорождений), коэффициент смертности взрослых, (вероятность смерти в возрасте от 15 до 60 лет на 1000 населения);
5. Смертность и заболеваемость от конкретных причин: коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорождений), коэффициент смертности от конкретных причин (на 100 000 населения), распределение причин смерти среди детей в возрасте до 5 лет (в %), Заболеваемость. Так же для количественной оценки используется число зарегистрированных случаев заболевания следующими инфекционными болезнями: холера, дифтерия, грипп H5N1, японский энцефалит, проказа, малярия, корь, менингит, свинка, коклюш, чума, полиомиелит, синдром врождённой краснухи, краснуха, неонатальный столбняк, общий столбняк, туберкулёз, жёлтая лихорадка и Демографическая статистика: население (чел.), годовые темпы роста, (%) [30,31].

Стандартизация и клинические рекомендации. Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации служат основой для обеспечения последовательности и качества лечения. Эти документы помогают врачам следовать установленным протоколам и минимизировать вариабельность в методах лечения, что в свою очередь способствует повышению общего качества медицинской помощи.

Стандартизация медицинских услуг является важным аспектом обеспечения качества и безопасности медицинской помощи. Она включает в себя создание и применение стандартов, протоколов и клинических рекомендаций, основанных на лучших доступных данных и практиках.

Для эффективного и качественного оказания медицинской помощи в практическом здравоохранении применяют стандарты (правила) организации оказания медицинской помощи. Обычно они утверждаются уполномоченным органом, и носит обязательный характер исполнения и соблюдения. Также в практике имеются стандарты определенных операционных процедур, которые разрабатываются и утверждаются на местном уровне или на уровне медицинской организации. Они тоже носит обязательный характер соблюдения и исполнения. Среди стандартов медицинской помощи - протоколы диагностики и лечения, клинические руководство/рекомендации носят рекомендательный характер исполнения и соблюдения, так как применение этих стандартов зависит от индивидуализации организма человека. Внедрение клинических рекомендаций на основе научных данных способствует более эффективному лечению и удовлетворению потребностей пациентов, однако необходимо учитывать и возможные ограничения, связанные с индивидуальным подходом к каждому пациенту.

Доказательная медицина (ДМ) играет ключевую роль в этом процессе, предоставляя научно обоснованные данные для разработки клинических рекомендаций. Доказательная медицина – это подход к принятию медицинских решений, основанный на систематическом поиске, оценке и интеграции лучших доступных доказательств. Основные принципы ДМ это использование актуальных и качественных исследований, применение данных для улучшения клинической практики и учет предпочтений и ценностей пациентов [32].

Клинические рекомендации разрабатываются на основе систематического обзора доказательств, и их цель – предоставить врачам и пациентам обоснованные рекомендации по диагностике и лечению. Процесс включает: формирование рабочей группы экспертов, систематический обзор литературы, оценка качества доказательств и формулирование рекомендаций (GRADE Working Group, 2004). Доказательная медицина обеспечивает научную основу для стандартизации медицинских услуг, позволяя обеспечить единообразие в лечении, снизить вариабельность в клинической практике и повысить качество и безопасность медицинской помощи [33].

В применении клинических рекомендации существуют ряд преимуществ и недостатков. Если к преимуществам относятся снижение медицинских ошибок и улучшение удовлетворенности пациентов, то как недостатки можно рассмотреть – ограничение индивидуального подхода и возможные проблемы с внедрением стандартов в практику [34].

Аккредитация и лицензирование являются важными процедурами, регулирующими деятельность медицинских организаций и направленными на обеспечение качества и безопасности медицинских услуг. Эти процедуры

помогают создать стандарты, которые должны соблюдаться медицинскими учреждениями, а также обеспечивают контроль за их соблюдением.

Аккредитация – это более глубокая и комплексная оценка качества медицинских услуг, которая проводится независимыми аккредитационными организациями. Процедура аккредитации включает в себя оценку соответствия медицинской организации определенным стандартам качества, безопасности и эффективности предоставляемых услуг. Аккредитация может быть добровольной или обязательной в зависимости от требований конкретной страны или региона.

Лицензирование – это процесс, в ходе которого государственные органы проверяют соответствие медицинской организации установленным требованиям и нормам, позволяя ей осуществлять свою деятельность. Лицензия является официальным разрешением на осуществление медицинской практики и подтверждает, что организация соответствует минимальным стандартам, установленным законодательством.

Значимость аккредитации и лицензирования заключается в том, что это в первую очередь, обеспечение качества медицинских услуг. Процедуры аккредитации и лицензирования помогают установить стандарты качества, которые медицинские организации должны соблюдать. Это, в свою очередь, способствует улучшению качества медицинской помощи, предоставляемой пациентам. Аккредитация включает в себя оценку клинических процессов, практик и результатов, что позволяет выявлять области для улучшения и внедрять лучшие практики, такие как: защита прав пациентов, гарантируя, что они получают услуги от квалифицированных и проверенных медицинских работников и организаций. Это также способствует повышению доверия со стороны пациентов к медицинским учреждениям, так как они уверены, что услуги предоставляются в соответствии с установленными стандартами; стимулирование профессионализма, которая побуждают медицинских организации к постоянному обучению и повышению квалификации своих сотрудников. Это важно для поддержания высокого уровня профессионализма и компетентности в области здравоохранения. Врачи и медицинские работники, работающие в аккредитованных организациях, чаще участвуют в программах повышения квалификации и обучении новым методам лечения и диагностики; контроль и мониторинг позволяют государственным органам и аккредитационным организациям осуществлять контроль за деятельностью медицинских организации. Это включает в себя регулярные проверки и аудит, что способствует выявлению несоответствий и недостатков в работе. Процедуры мониторинга помогают оперативно реагировать на проблемы и недостатки, что снижает риски для пациентов и повышает общую безопасность медицинских услуг; процедуры в области улучшения управления ресурсами способствуют более эффективному управлению ресурсами в медицинских учреждениях. Это включает в себя оптимизацию рабочих процессов, улучшение распределения кадров и оборудования. Стандарты, установленные в рамках аккредитации,

помогают организациям лучше планировать свои ресурсы и улучшать финансовую устойчивость.

Лицензированные услуги и аккредитованные организации имеют конкурентные преимущества на рынке медицинских услуг. Они могут привлекать больше пациентов, так как аккредитация служит знаком качества и надежности. Кроме того, аккредитация может способствовать развитию частного сектора здравоохранения, так как частные клиники также стремятся соответствовать высоким стандартам, чтобы привлечь пациентов.

Аккредитация и лицензирование медицинских организаций играют ключевую роль в управлении качеством медицинских услуг. Эти процедуры обеспечивают стандарты, защищают права пациентов, стимулируют профессионализм и способствуют улучшению управления ресурсами. В условиях современного здравоохранения, где качество и безопасность медицинской помощи становятся все более важными, аккредитация и лицензирование являются необходимыми инструментами для достижения высоких стандартов в оказании медицинских услуг.

В Казахстане стандарты аккредитации и порядок лицензирования устанавливаются уполномоченным органом в лице министерства здравоохранения [35,36].

Во время оценки соблюдения стандартов аккредитации организациям здравоохранения необходимо обратить внимание на несколько ключевых аспектов, которые помогут обеспечить соответствие установленным требованиям и стандартам качества. Основные из них это проверка наличия и соблюдения клинических протоколов и стандартов лечения, основанных на доказательной медицине; оценка соответствия методов диагностики и лечения современным рекомендациям и научным данным; оценка удовлетворенности пациентов качеством предоставляемых услуг, анализ показателей безопасности и эффективности медицинских вмешательств, включая частоту осложнений и повторных обращений; проверка наличия необходимых лицензий и сертификатов у медицинских работников, оценка программ повышения квалификации и обучения сотрудников, а также их участия в обучающих мероприятиях; анализ эффективности использования медицинского оборудования и технологий и оценка наличия и состояния медицинских материалов и лекарственных средств; наличие и функционирование системы управления качеством и безопасности медицинских услуг и оценка механизмов внутреннего контроля, мониторинга и анализа качества услуг; проверка ведения медицинской документации, включая историю болезни, результаты обследований и лечения, наличие адаптированных и утвержденных стандартов операционных процедур, оценка систем учета и хранения данных о пациентах, а также соблюдения принципов конфиденциальности; оценка условий работы в медицинской организации, включая безопасность и комфорт для пациентов и сотрудников и анализ организации потоков пациентов, включая записи на прием, ожидание и предоставление услуг; проверка наличия информированных согласий на медицинские вмешательства и оценка уровня вовлеченности

пациентов в процесс принятия решений о своем лечении; наличие механизмов для сбора и анализа обратной связи от пациентов и сотрудников (анкетирование) и оценка действий, предпринятых на основе полученной обратной связи для улучшения качества услуг и проверка соответствия деятельности организации действующему законодательству и нормативным актам в области здравоохранения. Эти аспекты являются основными при оценке соблюдения стандартов аккредитации и помогут руководству организации здравоохранения выявить области для улучшения и повышения качества предоставляемых услуг.

Во время проведения оценки на соответствие правилам лицензирования организации здравоохранения руководство данной организации должно обратить внимание на несколько ключевых аспектов, чтобы гарантировать соответствие установленным требованиям и избежать возможных нарушений. Остановимся на основных критериях оценки, такие как наличие действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной соответствующими органами, проверка всех необходимых документов, подтверждающих право на выполнение конкретных медицинских услуг и процедур; убедиться, что все медицинские работники имеют соответствующие лицензии и сертификаты, подтверждающие их квалификацию и оценка наличия и качества программ повышения квалификации и обучения для сотрудников; наличие клинических протоколов и стандартов, соответствующих современным требованиям и рекомендациям и проверка соблюдения стандартов оказания медицинских услуг и ведения медицинской документации; оценка состояния медицинского оборудования и его соответствия требованиям безопасности и эффективности и проверка наличия необходимых условий для оказания медицинских услуг, включая санитарные и гигиенические нормы; наличие системы управления качеством, включая механизмы мониторинга и оценки качества медицинских услуг; безопасность пациентов через проверку наличия и соблюдения протоколов по обеспечению безопасности пациентов, включая меры по предотвращению инфекций и других осложнений и оценки механизмов получения информированных согласий от пациентов на медицинские вмешательства. Убедиться, что организация соблюдает все действующие законы и нормативные акты в области здравоохранения. Проверка наличия и правильности ведения финансовых документов, связанных с оказанием медицинских услуг и оценка прозрачности и законности финансовых операций. Наличие системы управления рисками. Эти аспекты помогут руководству организации здравоохранения успешно пройти проверку на соответствие правилам лицензирования и обеспечить высокое качество предоставляемых медицинских услуг.

Контрольные вопросы:

1. Какова роль системы управления качеством в обеспечении качества медицинской помощи?

2. Какие основные механизмы управления качеством медицинской помощи выделены в конспекте?

3. Что такое контроль качества и как он может быть организован?

4. Какова суть экспертизы в контексте оценки качества медицинской помощи?

5. Что подразумевается под процессуальным подходом в оценке качества медицинской помощи?

6. Какова цель оценки технологий здравоохранения (ОТЗ) и какие аспекты она учитывает?

7. Какие показатели ВОЗ используются для количественной оценки качества здравоохранения?

8. Какова роль стандартизации и клинических рекомендаций в обеспечении качества медицинской помощи?

9. Что такое аккредитация и лицензирование, и как они влияют на качество медицинских услуг?

10. Какие ключевые аспекты необходимо учитывать при оценке соблюдения стандартов аккредитации?

4.3 Обеспечение безопасности пациентов

Одним из важнейших аспектов обеспечения качества медицинской помощи является безопасность пациентов. Современная медицина требует от медицинских учреждений эффективных механизмов защиты пациентов от ошибок и ненадлежащих медицинских практик.

Обеспечение безопасности пациентов является одной из ключевых задач в системе здравоохранения и важным аспектом качества медицинских услуг. В условиях современного здравоохранения, где сложность медицинских процедур и технологий постоянно растет, вопросы безопасности становятся особенно актуальными. Основная цель обеспечения безопасности пациентов – минимизация рисков и предотвращение ущерба, который может возникнуть в процессе оказания медицинской помощи.

Безопасность пациентов включает в себя защиту их здоровья и жизни от потенциальных угроз, возникающих в процессе диагностики, лечения и реабилитации. Это не только этическая обязанность медицинских работников, но и правовая ответственность, предусмотренная различными нормативными актами и стандартами. Обеспечение безопасности пациентов имеет несколько ключевых значений:

1. **Защита здоровья и жизни**: Главная задача – предотвратить любые неблагоприятные события, которые могут угрожать здоровью и жизни пациентов.

2. **Улучшение качества медицинских услуг**: Безопасность является неотъемлемой частью качества медицинской помощи. Высокий уровень безопасности способствует повышению доверия пациентов к медицинским учреждениям.

3. **Снижение затрат**: Инциденты, связанные с безопасностью пациентов, могут привести к дополнительным затратам на лечение осложнений, судебным

искам и потерям репутации. Эффективные меры по обеспечению безопасности помогают снизить эти риски.

4. **Соответствие стандартам и нормативам**: Обеспечение безопасности пациентов соответствует требованиям национальных и международных стандартов, что является важным для аккредитации медицинских учреждений.

В медицинских учреждениях пациенты могут столкнуться с различными опасностями, которые могут негативно сказаться на их здоровье. Основные из них включают:

1. **Инфекции**: Внутрибольничные инфекции (ВБИ) являются одной из наиболее распространенных угроз для безопасности пациентов. Они могут возникать в результате недостаточной санитарной обработки, неправильного использования медицинских инструментов и оборудования, а также из-за несоблюдения стандартов гигиены.

2. **Ошибки в лечении**: это может включать ошибки в назначении лекарств, неверные дозировки, неправильные процедуры или операции. Ошибки могут быть вызваны недостаточной коммуникацией между медицинским персоналом, отсутствием четких протоколов и стандартов.

3. **Падения и травмы**: Пациенты, особенно пожилого возраста, могут подвергаться риску падений и травм в результате недостаточной безопасности в помещениях, таких как скользкие полы, отсутствие поручней и освещения.

5. **Аллергические реакции и побочные эффекты**: Неправильное назначение или использование лекарств может привести к серьезным аллергическим реакциям или побочным эффектам, что также представляет опасность для пациентов.

6. **Психологические риски**: Психологическое состояние пациентов также может быть подвержено риску, особенно в условиях стресса и неопределенности, связанных с лечением. Это может привести к ухудшению общего состояния здоровья.

Для минимизации рисков и обеспечения безопасности пациентов в медицинских организациях необходимо внедрение комплекса мер, включая: **Системы управления качеством**: разработка и внедрение систем управления качеством, которая позволяет установить стандарты и процедуры, направленные на обеспечение безопасности пациентов; **Обучение и повышение квалификации персонала**: регулярные тренинги и курсы повышения квалификации для медицинского персонала по вопросам безопасности пациентов, включая правильное использование оборудования и соблюдение стандартов гигиены; **Соблюдение стандартов инфекционного контроля**: внедрение строгих протоколов инфекционного контроля, включая регулярную дезинфекцию, использование средств индивидуальной защиты и вакцинацию медицинского персонала; **Коммуникация и взаимодействие**: эффективная коммуникация между медицинским персоналом, пациентами и их семьями. Важно, чтобы пациенты были информированы о своих правах, процедурах и возможных рисках; **Мониторинг и анализ инцидентов**: систематический мониторинг инцидентов, связанных с безопасностью пациентов, анализ причин

и внедрение необходимых изменений для предотвращения повторения; **Создание безопасной среды**: обеспечение безопасной физической среды в медицинских учреждениях, включая устранение потенциальных опасностей, таких как скользкие полы, недостаточное освещение и другие факторы риска и **использование технологий**: внедрение современных технологий, таких как электронные медицинские записи и системы поддержки принятия клинических решений, которые помогут снизить вероятность ошибок и улучшить качество обслуживания.

Обеспечение безопасности пациентов – это многогранный процесс, требующий комплексного подхода и активного участия всех участников системы здравоохранения. Важно, чтобы медицинские учреждения внедряли эффективные меры по защите пациентов, создавали условия для безопасного оказания медицинской помощи и постоянно работали над повышением качества своих услуг. Это не только улучшает здоровье и благополучие пациентов, но и способствует формированию доверия к системе здравоохранения в целом.

В условиях быстроразвивающихся медицинских технологий и увеличения числа медицинских услуг, внимание к безопасности пациентов становится критически важным. В этом разделе рассматриваются ключевые аспекты, такие как принципы пациент-ориентированного здравоохранения, управление медицинскими рисками, система выявления и предотвращения медицинских ошибок, а также внедрение системы внутреннего контроля безопасности. Также будет акцентировано внимание на профилактике внутрибольничных инфекций и внутреннем инфекционном контроле как основным методам обеспечения безопасности пациентов.

Пациент-ориентированное здравоохранение (ПОЗ) ставит пациента в центр медицинского процесса. Основные принципы ПОЗ включают уважение к предпочтениям, потребностям и ценностям пациентов, а также активное вовлечение их в процесс принятия решений относительно своего здоровья и лечения. Исследования показывают, что вовлеченные пациенты имеют более высокую удовлетворенность и лучшие исходы лечения (Coulter et al., 2018). Элементами пациент ориентированности организации медицинской помощи являются **информированное согласие пациента** – **это** включает в себя предоставление полной информации о диагнозе, вариантах лечения и возможных рисках, что позволяет пациентам принимать осознанные решения (Fitzgerald et al., 2020) и получение **обратной связи. С**бор и анализ отзывов от пациентов о качестве предоставляемых услуг позволяет медицинским учреждениям адаптировать свои подходы и улучшать качество обслуживания. Это также способствует выявлению областей, требующих улучшения, что в свою очередь помогает снизить риски медицинских ошибок (Baker et al., 2019).

Управление медицинскими рисками включает систематическую работу по выявлению и минимизации потенциальных угроз для безопасности пациентов. Это может включать как физические риски, такие как инфекции, так и риски, связанные с побочными эффектами лекарств и ошибками в лечении (Vincent, 2021). Элементами управления медицинскими рисками являются -

идентификация рисков. Для эффективного управления рисками необходимо регулярно проводить оценку потенциальных угроз. Это может включать анализ данных о побочных эффектах лекарств, мониторинг инфекционных заболеваний и оценку рисков, связанных с определенными медицинскими процедурами (Mason et al., 2022), и **разработка стратегий**. Важно разрабатывать и внедрять стратегии по минимизации выявленных рисков. Это может включать обучение медицинского персонала, использование технологий для мониторинга состояния пациентов и внедрение протоколов для предотвращения ошибок (Häyrinen et al., 2022).

Создание системы для раннего выявления медицинских ошибок и предотвращения их повторения является важной частью обеспечения безопасности пациентов. Медицинские ошибки, или инциденты, могут иметь серьезные последствия для здоровья пациентов и требуют особого внимания (Bates et al., 2018). Элементы системы для раннего выявления медицинских ошибок это – м**ониторинг и отчетность**, то есть установление механизмов для сбора данных о медицинских ошибках и инцидентах позволяет анализировать их причины и разрабатывать меры по предотвращению. Внутренние расследования и аудит ошибок играют ключевую роль в этом процессе (Kohn et al., 2020). Регулярное обучение медицинского персонала по вопросам безопасности и стандартам оказания помощи является необходимым условием для снижения числа медицинских ошибок. Важно внедрять стандарты и протоколы, которые помогут предотвратить повторение ошибок (Levinson, 2021).

Для обеспечения безопасности пациентов медицинские учреждения должны разработать и внедрить **механизмы внутреннего контроля**, включая проверку соблюдения стандартов и протоколов, обучение сотрудников и регулярные аудиты (Baker et al., 2020). Проведение внутренних проверок для оценки соблюдения стандартов безопасности позволяет выявлять недостатки и разрабатывать планы по их устранению. Это важно для поддержания высокого уровня безопасности на постоянной основе (Kirk et al., 2023). Обеспечение постоянного обучения сотрудников и доступ к ресурсам, необходимым для поддержания безопасности пациентов, является ключевым аспектом внутреннего контроля безопасности (Mason et al., 2022).

В Казахстане для управления качеством предоставляемой медицинской помощи, организации менеджмента качества и стандартизации в медицинской организации, организации и проведения внутренней экспертизы, в том числе клинического аудита в медицинской организации вне зависимости от формы собственности создается служба поддержки пациента и внутренней экспертизы (далее – Служба). Структура и состав Службы утверждаются с учетом объема оказываемых медицинских услуг, профиля, мощности для организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и стационарозамещающих условиях, количества прикрепленного населения для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. Служба в рамках организации менеджмента качества и стандартизация медицинской помощи проводит методологическое руководство структурным подразделениям медицинской

организации по внедрению и поддержанию международных и национальных стандартов аккредитации, самооценку на соответствие требованиям этих стандартов, внедряет и оценивает эффективность программ по непрерывному повышению качества и безопасности пациентов, а также сотрудники. Службой на постоянной основе контролируется корректность ввода данных пациентов в медицинские информационные системы в соответствии с классификаторами и справочниками, согласно наборам данных первичной медицинской документации организаций здравоохранения, соответствующих профилю медицинской организации [37, 13 п.9; 9-1, Главы 2].

В современной системе управления качеством медицинской помощи особое место занимает **управление медицинскими инцидентами**, которое рассматривается как неотъемлемая составляющая комплексного подхода к обеспечению безопасности пациентов и повышению эффективности здравоохранения. Медицинский инцидент в системе здравоохранения понимается как случай оказания медицинской помощи, при котором пациенту был причинён вред либо возник риск его причинения вследствие действий или бездействия медицинских работников, особенностей организации процесса или условий оказания помощи. В международной практике такие инциденты рассматриваются как важный индикатор качества и безопасности здравоохранения, позволяющий выявлять системные ошибки, анализировать причины и предотвращать их повторение.

В Казахстане регулирование вопросов, связанных с медицинскими инцидентами, закреплено нормативно [38].

Таким образом, медицинский инцидент сегодня рассматривается не только как факт ошибки или осложнения, но и как **инструмент управления качеством и безопасности медицинской помощи**, встроенный в систему национального здравоохранения.

Учет и текущий анализ фактов наступления медицинского инцидента и страховых случаев, результаты которых вносятся в единый реестр учета фактов наступления медицинского инцидента и страховых случаев проводится согласно Правилам формирования и ведения единого реестра учета фактов наступления медицинского инцидента и страховых случаев и направляет сводную информацию о каждом случае (событии) медицинского инцидента в соответствии с правилами определения случаев (событий) медицинского инцидента, их учета и анализа. Служба в случаях выявления нарушения порядка оказания медицинской помощи, лечебно-диагностических мероприятий, выражающееся в необоснованном отклонении от Стандартов (далее – дефекты), проводит выявление и разбор корневых причин их возникновения, разрабатывает рекомендации по недопущению дефектов и ошибок. Так же внутреннюю экспертизу проводят путем анализа медицинских услуг (помощи) с учетом диагностических процедур: анализ своевременности и непредвиденных отклонений в проведенных диагностических мероприятиях для выявления заболеваний или состояний, которые могли привести к данному событию; лечебных мероприятий: анализ соответствия лечебных действий

(медикаментозная, оперативная, инвазивная) адекватности их выбора и выполнения, а также тактики ведения пациента; профилактических мер: оценка проведенных профилактических действий для предотвращения возможных осложнений или повторных случаев и реабилитационных мер: анализ эффективности и адекватности проведенных реабилитационных мероприятий с целью восстановления функциональных возможностей и улучшения качества жизни пациента после события.

Внутренняя экспертиза качества медицинских услуг (помощи) осуществляется также путем самоконтроля на уровне: каждого медицинского работника и структурного подразделения. Экспертиза на уровне медицинского работника осуществляется врачом, каждой медицинской сестрой отделения по всем пролеченным случаям. Экспертиза на уровне структурного подразделения проводится его руководителем в рамках его текущей деятельности. По результатам внутренней экспертизы составляется заключение, которое включает количество выявленных дефектов, их структура, возможные причины и пути устранения; количество выявленных дефектов, повлекших ухудшение состояния здоровья и количество выявленных дефектов, приведших к увеличению затрат на оказание медицинской помощи (37, 13 пункт 20, Главы 2).

Профилактика внутрибольничных инфекций (ВБИ) и внедрение мер внутреннего инфекционного контроля являются важными аспектами обеспечения безопасности пациентов. ВБИ могут значительно ухудшить состояние здоровья пациентов и увеличить длительность пребывания в больнице (Siegel et al., 2017). Внедрение стандартов инфекционного контроля, таких как использование средств индивидуальной защиты, регулярная дезинфекция и соблюдение правил гигиены, помогает снизить риск инфекций (World Health Organization, 2020). Обучение медицинского персонала методам профилактики ВБИ и соблюдения стандартов инфекционного контроля имеет решающее значение для обеспечения безопасности пациентов (Häyrinen et al., 2022).

Обеспечение безопасности пациентов – это комплексный процесс, требующий внимания к различным аспектам, от вовлечения пациентов в процесс лечения до систематического управления рисками и внедрения эффективных механизмов контроля. Профилактика внутрибольничных инфекций, и контроль за медицинскими ошибками являются ключевыми элементами в этом процессе. Реализация этих ключевых аспектов позволяет значительно снизить риски и улучшить качество медицинских услуг, что, в конечном итоге, приводит к повышению удовлетворенности пациентов и улучшению их здоровья.

В Казахстане санитарно-профилактические мероприятий по предупреждению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, устанавливаются уполномоченным органом в лице министерства здравоохранения [39].

Обеспечение качества медицинской помощи – это не только задача медицинских учреждений, но и основная цель системы здравоохранения в целом. Высокое качество медицинской помощи требует комплексного подхода, который включает в себя не только эффективность лечения, но и безопасность,

доступность, непрерывность и удовлетворенность пациентов. Внедрение системы управления качеством, использование клинических рекомендаций, аккредитация учреждений и стандартизация процессов являются важнейшими инструментами для достижения высоких стандартов в здравоохранении и обеспечения безопасности пациентов.

Контрольные вопросы:

1. Почему обеспечение безопасности пациентов является ключевым аспектом качества медицинской помощи?
2. Какие основные угрозы для безопасности пациентов выделены в данном разделе?
3. Каковы ключевые значения обеспечения безопасности пациентов в системе здравоохранения?
4. Какие меры необходимо внедрять для минимизации рисков и обеспечения безопасности пациентов?
5. Что подразумевается под пациент-ориентированным здравоохранением и как это связано с безопасностью пациентов?
6. Какова роль управления медицинскими рисками в обеспечении безопасности пациентов?
7. Какие элементы включает в себя система для раннего выявления медицинских ошибок?
8. Каковы основные аспекты внутреннего контроля безопасности, которые должны быть внедрены в медицинских учреждениях?
9. Почему профилактика внутрибольничных инфекций (ВБИ) важна для обеспечения безопасности пациентов?
10. Какова роль обучения медицинского персонала в обеспечении безопасности пациентов?

ГЛАВА 5. ЦИФРОВИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Современное здравоохранение находится в процессе фундаментальной трансформации, движущей силой которой выступают информационно-коммуникационные технологии (ИКТ). Стремительное развитие вычислительных мощностей, повсеместное проникновение мобильных устройств, накопление огромных массивов медицинских данных и появление новых методов их анализа, таких как искусственный интеллект (ИИ), кардинально меняют подходы к оказанию медицинской помощи. Этот процесс часто называют цифровизацией здравоохранения, понимая под этим комплексное внедрение ИКТ во все аспекты деятельности системы – от управления клиникой до взаимодействия с пациентом – с целью повышения качества, доступности и эффективности услуг, а также расширения возможностей самих пациентов в управлении своим здоровьем.

Однако важно различать простую цифровизацию (автоматизацию существующих процессов, внедрение отдельных ИТ-решений, таких как

Медицинские информационные системы – МИС) и более глубокую цифровую трансформацию [40]. Трансформация – это не просто использование новых инструментов, а смена парадигмы и образа мышления, перестройка моделей работы и взаимодействия, основанная на возможностях цифровых технологий. Она охватывает все ключевые направления: требует адаптации нормативного регулирования, создания гибкой и интероперабельной ИТ-инфраструктуры, развития новых моделей оказания помощи (яркий пример – телемедицина, «клиника на дому»), предоставления пациентам инструментов для активного участия и самоконтроля (мобильная медицина / mHealth) и интеграции искусственного интеллекта для поддержки принятия решений и персонализации лечения. Успешная цифровая трансформация, актуальная для систем здравоохранения по всему миру, включая Казахстан, – это стратегический сдвиг, требующий изменения организационной культуры, обновления процессов и развития новых компетенций у всех участников системы.

5.1 Нормативное регулирование цифрового здравоохранения

Эффективное и безопасное внедрение цифровых технологий в здравоохранение немыслимо без гибкой, но надежной нормативно-правовой базы. Эта база должна, с одной стороны, не сдерживать инновационное развитие отрасли, а с другой – четко регулировать ключевые аспекты: сбор, обработку, хранение и защиту медицинских данных, обеспечивать качество и безопасность цифровых услуг и продуктов (включая программное обеспечение как медицинское изделие), а также защищать права пациентов и медицинских работников.

Таким образом, объектами регулирования цифровизации в здравоохранения являются следующие общественные отношения:

- *Защита персональных медицинских данных* – нормативные правовые акты и стандарты, определяющие правила сбора, обработки, хранения, доступа и передачи конфиденциальной медицинской информации. Например, GDPR в ЕС, HIPAA в США, в Республике Казахстан - Закон РК "О персональных данных и их защите".
- *Регулирование телемедицинских услуг* – правила и стандарты, устанавливающие протоколы идентификации врача и пациента, проведения консультаций, требований к используемому оборудованию и программному обеспечению, а также порядка возмещения затрат на телемедицинские услуги (см. раздел 11.3 Дистанционные медицинские услуги).
- *Стандартизация и интероперабельность* – принятие и внедрение международных и национальных стандартов обмена медицинскими данными (HL7 FHIR, DICOM, openEHR и др.) для обеспечения совместимости различных медицинских информационных систем (МИС) и возможности бесшовного обмена информацией между медицинскими организациями. В настоящее время проект Платформы интероперабельности реализуется Министерством здравоохранения Республики Казахстан и должен будет обеспечить

интероперабельность МИС различных поставщиков, а также создание централизованного хранилища медицинских данных населения страны.

- *Регулирование медицинских изделий с цифровым компонентом* – определение, классификация и регистрация программного обеспечения как медицинского изделия (Software as a Medical Device – SaMD), включая мобильные приложения и алгоритмы ИИ. Определение требований к их клинической валидации, безопасности и эффективности.
- *Этические нормы и регулирование ИИ* – разработка этических принципов и нормативных рамок для клинического применения технологий с искусственным интеллектом в медицине, включая вопросы ответственности за ошибки ИИ, прозрачности алгоритмов ("объяснимый ИИ"), предотвращения предвзятости (bias) в алгоритмах, ошибок (галлюцинации генеративного ИИ), ответственного применения и обеспечения справедливого доступа к технологиям на основе ИИ.
- *Своевременный ответ на возникающие вызовы* – необходимость постоянного обновления законодательства в соответствии с быстрым развитием технологий, гармонизация национальных норм с международными практиками, обеспечение кибербезопасности и устойчивости медицинской инфраструктуры.

Правовую основу цифровизации здравоохранения в Республике Казахстан составляет комплекс взаимосвязанных нормативных правовых актов (НПА). Эта система регулирования включает как законодательные акты высшего уровня (например, Кодекс о здоровье, законы), так и детализирующие их подзаконные акты – приказы уполномоченных органов (в первую очередь, Министерства здравоохранения), а также различные правила и стандарты. В настоящее время, к числу ключевых документов, формирующих эту нормативную базу, относятся:

- *Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (от 7 июля 2020 года № 360-VI)* – это основной отраслевой закон, который закладывает правовые основы функционирования системы здравоохранения, включая аспекты цифровизации. Он определяет понятия «электронное здравоохранение», «медицинская информационная система», «дистанционные медицинские услуги». Закрепляет права граждан на получение информации о состоянии своего здоровья, в том числе через электронные сервисы. Устанавливает общие принципы ведения электронных медицинских записей и функционирования информационных систем в здравоохранении. Определяет компетенции уполномоченного органа (Министерства здравоохранения) в области электронного здравоохранения.
- *Закон Республики Казахстан «О персональных данных и их защите» (от 21 мая 2013 года № 94-V)* - регулирует общие вопросы сбора, обработки и защиты персональных данных, включая данные о состоянии здоровья, которые относятся к категории *чувствительных* персональных данных. Устанавливает требования к получению *согласия субъекта на обработку и хранение его данных*, условия трансграничной передачи данных, обязанности операторов баз данных (включая медицинские организации) по обеспечению безопасности данных.

- *Закон Республики Казахстан «Об информатизации» (от 24 ноября 2015 года № 418-V)* - определяет общие принципы и правовые основы в сфере информатизации, включая создание и эксплуатацию государственных и негосударственных информационных систем, электронных информационных ресурсов. Устанавливает требования к интеграции информационных систем, обеспечению информационной безопасности объектов информатизации.
- *Подзаконные нормативные правовые акты Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Приказы Министра)* – стандарты и правила оказания медицинской помощи устанавливают требования к использованию МИС, правила оказания дистанционных медицинских услуг, минимальные требования к медицинским информационным системам, стандарты хранения, обработки и обмена медицинской информации и другие отраслевые подзаконные НПА.

Таким образом, нормативное обеспечение цифрового здравоохранения охватывает все этапы сбора, обработки и хранения, использования, защиты информации, необходимой для обеспечения лечебного процесса, защиты медицинской и персональной тайны пациента, устанавливает права и обязанности субъекта цифрового здравоохранения, уполномоченного органа в области здравоохранения. Важно отметить, что эти нормативная база остается динамичной и адаптивной, в нее регулярно вносятся изменения и дополнения, с целью совершенствования механизмов правоприменения, нивелирования возникающих проблем, своевременному ответу на вызовы стремительно развивающихся технологий.

5.2. Медицинские информационные системы (МИС)

Медицинские информационные системы (далее – МИС) являются цифровым фундаментом современного здравоохранения, обеспечивая сбор, хранение, управление и анализ клинической, административной и финансовой информации для поддержки лечебно-диагностического процесса, управления ресурсами медицинской организации и формирования данных для системы общественного здравоохранения, уполномоченного органа в области здравоохранения.

В соответствии с официальным термином, *медицинская информационная система* – информационная система, обеспечивающая ведение процессов субъектов здравоохранения в электронном формате. Минимальные требования к медицинским информационным системам установлены Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 августа 2021 года № ҚР ДСМ-80 «Об утверждении минимальных требований к медицинским информационным системам в области здравоохранения».

Чтобы эффективно выполнять свои задачи по поддержке лечебно-диагностического процесса, управлению ресурсами и взаимодействию с внешними системами, МИС представляет собой сложную платформу, состоящую из ряда взаимосвязанных ключевых функциональных компонентов

или модулей, каждый из которых играет специфическую роль. Ниже перечислены основные из этих компонентов:

- *Электронная медицинская карта (ЭМК / EHR)* – Центральный компонент МИС, содержащий продольную (за весь период взаимодействия с пациентом) цифровую запись о здоровье пациента, доступную авторизованным пользователям в разных точках оказания помощи. Включает демографические данные, анамнез, диагнозы, назначения, результаты исследований, планы лечения и др.
- *Интеграция подсистем* – Современные МИС объединяют различные модули - лабораторные информационные системы (ЛИС), радиологические информационные системы (РИС), системы архивации и передачи изображений (PACS), аптечные системы, системы управления расписанием, биллинга (кассы) и учета ресурсов.
- *Поддержка принятия клинических решений (CDSS)* – Интегрированные в МИС инструменты, в том числе с использованием искусственного интеллекта, предоставляющие врачам подсказки, предупреждения (например, о лекарственных взаимодействиях, аллергиях) и рекомендации на основе введенных данных пациента и заложенных клинических протоколов или алгоритмов ИИ.
- *Модули интероперабельности* – обеспечивают способность МИС обмениваться данными с другими системами как внутри организации, так и за ее пределами (Портал электронного Правительства, цифровые регистры МЗ РК, платежная система ФСМС, другие организации здравоохранения и т.п.) с использованием стандартизированных протоколов обмена. При этом, МИС, взаимодействующая с государственными электронными информационными ресурсами, должна быть в установленном законом порядке испытана и аккредитована государственным органом в области информатизации.
- *Модуль управления качеством и аналитики данных* – возможности для анализа накопленных данных для оценки качества помощи, эффективности лечения, форматно-логическом контроле медицинской документации перед выгрузкой в государственные информационные ресурсы, выявления тенденций заболеваемости, управления ресурсами и проведения научных исследований. Некоторые решения предлагают возможность использование предиктивной аналитики и "больших данных" (Big Data) для выявления скрытых трендов и взаимосвязей.

Приведенный выше перечень функциональных компонентов МИС не является исчерпывающим и может варьировать в сторону сокращения или расширения у различных поставщиков МИС. Так, например, некоторые МИС могут также включать в себя функционал CRM (система управления отношений с клиентом) для обеспечения омниканальности и накопления истории коммуникации с пациентом, мобильные приложения пациента, для доступа и контроля своей медицинской информации и т.д.

Следующим шагом развития МИС и управления медицинской информацией является развитие платформы интероперабельности и Паспорта

здоровья на электронных информационных ресурсах Правительства, в которой медицинские данные контролируются не организациями здравоохранения, а самим пациентом. Владелец медицинских данных (пациент) уже сам будет решать, когда и в каком объеме предоставлять информацию поставщику медицинских услуг.

Таким образом, использование МИС обеспечивает повышение качества и безопасности медицинской помощи, улучшение координации между подразделениями организации здравоохранения и отдельными специалистами, повышение эффективности рабочих процессов, доступность полной информации о пациенте, накопление данных для анализа и исследований.

5.3. Дистанционные медицинские услуги

Дистанционные медицинские услуги (телемедицина) – это предоставление медицинских услуг в целях диагностики, лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок посредством цифровых технологий, обеспечивающее дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с физическими лицами и (или) их законными представителями, идентификацию указанных лиц, а также документирование совершаемых ими действий.

Телемедицинские услуги регулируются Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 февраля 2021 года № ҚР ДСМ-12 «Об утверждении правил организации, предоставления и оплаты дистанционных медицинских услуг».

Ключевое преимущество телемедицины заключается в её способности предоставлять медицинские услуги дистанционно, эффективно преодолевая географические барьеры и ограничения мобильности. Это существенно повышает доступность и своевременность медицинской помощи, что особенно критично для жителей отдаленных регионов и маломобильных групп населения. Телемедицина также является незаменимым инструментом для эффективного мониторинга пациентов с хроническими заболеваниями. Благодаря ей, пациенты получают расширенный доступ к квалифицированным специалистам, экономят время и средства на поездки. Для системы здравоохранения это означает возможность непрерывного наблюдения за состоянием пациентов, своевременную коррекцию терапии и оптимизацию нагрузки на медицинские учреждения.

Важность телемедицины была наглядно продемонстрирована во время пандемии COVID-19. При введении ограничительных мероприятий именно телемедицинские технологии позволили безопасно оказывать медицинскую помощь пациентам с нетяжелым течением заболевания на дому, минимизируя эпидемиологические риски, связанные с посещением клиник.

Кроме того, современные коммуникационные технологии открывают доступ к консультациям ведущих экспертов и получению «второго мнения» из специализированных центров, независимо от их географического положения, будь то другой город или даже другая страна.

Телемедицина, как современный подход к оказанию медицинской помощи не является монолитной концепцией, она воплощается в множестве различных форм и технологических решений, адаптированных под конкретные клинические потребности и сценарии взаимодействия. Эти формы варьируются от прямых консультаций и удаленного наблюдения за пациентами до специализированных диагностических сервисов и образовательных программ, вовлекая как пациентов, так и медицинских работников разных уровней и специальностей. Ниже представлены основные направления и форматы применения телемедицинских технологий:

- *Консультации "врач-пациент"* – синхронные (видео-, аудиосвязь в реальном времени) и асинхронные (передача медицинских данных для отложенного заключения) консультации для диагностики, назначения лечения, второго мнения, наблюдения за состоянием.
- *Консультации "врач-врач"* – обмен информацией и опытом между специалистами (например, консилиумы, обсуждение сложных случаев, теленаставничество).
- *Дистанционный мониторинг состояния здоровья (Remote Patient Monitoring - RPM)* – использование носимых устройств, датчиков и мобильных приложений для сбора данных о жизненных показателях пациента (давление, пульс, уровень глюкозы, ЭКГ и др.) и их передачи медицинским работникам для контроля состояния, особенно при хронических заболеваниях.
- *Специализированные телемедицинские сервисы* – телерадиология (передача и интерпретация рентгеновских снимков, КТ, МРТ), телепатология (удаленная диагностика гистологических препаратов), телереабилитация, телепсихиатрия и др.
- *Образовательные программы* – использование телекоммуникаций для обучения пациентов и повышения квалификации медицинских работников.
- В Республике Казахстан правовые основы и цели оказания дистанционных медицинских услуг (телемедицины) четко определены пунктом 1 статьи 129 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 февраля 2021 года № ҚР ДСМ-12 «Об утверждении правил организации, предоставления и оплаты дистанционных медицинских услуг». Согласно этих нормативных правовых актов, телемедицина в стране применяется для решения широкого спектра задач, включая:
- *Консультативную помощь и экспертизу* – предоставление консультаций пациентам, в том числе с привлечением специалистов из НИИ, научных центров, университетских больниц и зарубежных клиник, а также организация дистанционных консилиумов.
- *Поддержку принятия клинических решений* – определение целесообразности направления пациента на очную консультацию или госпитализацию на вышестоящие уровни, уточнение диагноза, корректировка тактики ведения и назначений.

- *Межуровневое взаимодействие и поддержку* – оказание практической помощи специалистами вторичного и третичного уровней своим коллегам на уровне первичной медико-санитарной помощи и в сельском здравоохранении.
- *Мониторинг и оценку* – оценка эффективности проводимых лечебно-диагностических мероприятий и медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента в динамике.
- *Логистику и транспортировку* – определение возможности и целесообразности транспортировки пациента на вышестоящие уровни, включая использование медицинской авиации.
- *Медицинскую реабилитацию* – оказание услуг по реабилитации с использованием дистанционных технологий.
- Практическая реализация телемедицинских услуг в Казахстане охватывает различные аспекты:
- *Условия оказания* – услуги могут предоставляться в амбулаторных, стационарных, стационарозамещающих условиях, на дому, вне медицинской организации и в санаторно-курортных организациях – там, где фактически находится пациент или его законный представитель.
- *Технологическая основа* – для оказания услуг используются национальная телемедицинская сеть РК, телемедицинские сети отдельных медорганизаций, а также другие объекты информатизации, включая мобильные приложения и носимые медицинские устройства.
- *Формы оказания* – телемедицина может применяться как в неотложной форме (при внезапных острых состояниях или обострениях хронических заболеваний, не угрожающих жизни непосредственно), так и в плановой форме (при состояниях, не требующих экстренного вмешательства, и для профилактических мероприятий).
- *Участники процесса* – в оказании дистанционных услуг могут участвовать пациент (или его законный представитель), лечащий врач/консультант и другие медицинские работники, а также социальные работники и психологи.

Важным аспектом является документирование, все электронные медицинские записи и сопутствующие материалы, созданные в ходе оказания телемедицинских услуг, признаются официальными документами. Они подлежат внесению в электронный паспорт здоровья пациента и должны быть заверены электронной цифровой подписью (ЭЦП) врача, а при оказании реабилитационных услуг – ЭЦП соответствующего медицинского работника.

Таким образом, телемедицина утвердилась как неотъемлемая и нормативно закрепленная часть системы здравоохранения Республики Казахстан. Она представляет собой многогранный инструмент, использующий цифровые технологии для предоставления широкого спектра медицинских услуг – от диагностики, консультаций (включая "второе мнение" и консилиумы) и образовательных программ до непрерывного мониторинга хронических состояний и реабилитации – дистанционно, в различных условиях и формах. Ключевая ценность телемедицины заключается в преодолении расстояний и

барьеров, что радикально повышает доступность и своевременность квалифицированной помощи для всех граждан, особенно в регионах и для маломобильных групп, при одновременной оптимизации ресурсов здравоохранения. Четкое регулирование процедур, участников и документирования (с интеграцией в ЭПЗ) создает прочную основу для дальнейшего развития и интеграции телемедицинских технологий, повышая эффективность и качество медицинской помощи в стране.

5.4. Цифровые приложения для населения. Мобильная медицина (mHealth)

Смартфоны, умные часы, фитнес-трекеры и разнообразные датчики здоровья прочно вошли в повседневную жизнь современного человека. Эти устройства постоянно находятся с пользователем, генерируя и собирая огромные массивы данных о его состоянии и активности. Именно этот непрерывный поток информации стал основой для бурного развития ***мобильной медицины (mHealth) –*** направления, использующего возможности смартфонов, планшетов и специализированных приложений для активного вовлечения людей в заботу о собственном здоровье. mHealth предоставляет доступ к медицинской информации и услугам, помогает поддерживать здоровый образ жизни и эффективно управлять хроническими заболеваниями.

Спектр применяемых в mHealth технологий широк: от общедоступных умных часов и фитнес-браслетов до специализированных медицинских мониторинговых систем, приближающихся по возможностям к больничным. Зачастую сбор и управление данными с этих устройств осуществляет сам производитель, что ставит перед ним задачу разработки стандартов, интерфейсов и безопасных методов передачи этой информации медицинским работникам. Платформы, такие как Google Health Connect и Apple HealthKit, уже сегодня упрощают интеграцию этих данных с медицинскими информационными системами (МИС) клиник. Несмотря на стремительное развитие отрасли mHealth, предстоит решить вопросы стандартизации, обеспечения точности и клинической значимости собираемых данных, прежде чем эти технологии смогут стать неотъемлемой частью рутинной медицинской практики и завоюют полное доверие врачебного сообщества.

Тем не менее, огромный потенциал mHealth заключается именно в анализе больших объемов непрерывно собираемых физиологических данных (таких как количество шагов, характеристики походки, вариабельность сердечного ритма в течение суток, частота дыхания и др.). Современные методы обработки больших данных (Big Data) и предиктивной аналитики, опирающиеся на результаты научных исследований, позволяют выявлять индивидуальные закономерности, отслеживать состояние ключевых систем организма, формировать персонализированные рекомендации, предупреждать о возможных рисках для здоровья и, в конечном счете, повышать эффективность программ здорового образа жизни и фитнеса.

Концепция mHealth реализуется через постоянно растущую экосистему мобильных приложений и носимых устройств, которые и генерируют те самые ценные данные для анализа, о которых говорилось выше. Эти инструменты служат различным целям – от поддержания общего благополучия и здорового образа жизни до помощи в управлении хроническими заболеваниями и облегчения взаимодействия с медицинскими специалистами. Основные категории таких решений включают:

- *Wellness-приложения* – ориентированы на поддержание здорового образа жизни и профилактику. Примеры: трекеры физической активности, счетчики калорий, приложения для медитации, управления стрессом и мониторинга сна.
- *Приложения для управления хроническими заболеваниями* – помогают пациентам контролировать свое состояние. Примеры: дневники самоконтроля (для диабета, астмы, гипертонии), напоминания о приеме лекарств, образовательные модули, интеграция с медицинскими приборами (глюкометрами, тонометрами и др.).
- *Приложения для связи с врачом/клиникой* – облегчают взаимодействие с системой здравоохранения. Примеры: онлайн-запись на прием, доступ к данным своей электронной медицинской карты через пациентские порталы, получение результатов анализов, проведение телемедицинских консультаций.
- *Информационно-справочные приложения* – предоставляют доступ к достоверной информации. Примеры: базы данных лекарственных средств, проверенные медицинские справочники, инструкции по оказанию первой помощи.
- *Диагностические и скрининговые приложения* – предназначены для первичной оценки состояния или рисков (*требуют особо осторожного использования!*). Примеры: программы проверки симптомов (симптом-чекеры), калькуляторы рисков заболеваний, приложения, использующие сенсоры смартфона (камеру, микрофон) для предварительной оценки (например, состояния кожи, дыхания, сердечного ритма – *нуждаются в обязательной клинической валидации!*).
- *Носимые устройства (Wearables)* – непосредственно собирают физиологические данные пользователя. Примеры: фитнес-браслеты, умные часы (часто с функцией ЭКГ), медицинские мониторы непрерывного действия (например, мониторы глюкозы – CGM), "умные" пластыри и одежда с датчиками. Эти устройства, как правило, синхронизируются с мобильными приложениями для визуализации и анализа данных.

Таким образом, мобильная медицина (mHealth) уже является неотъемлемой частью современного цифрового ландшафта, предлагая разнообразную экосистему приложений и носимых устройств – от велнес-трекеров и средств управления хроническими заболеваниями до коммуникационных платформ и первичных диагностических инструментов. Эти технологии служат источником непрерывных потоков персональных данных о здоровье, активности и образе жизни. Анализ этих данных с помощью современных методов Big Data и

предиктивной аналитики, опирающийся на научные исследования, открывает беспрецедентные возможности для персонализации заботы о здоровье, раннего выявления рисков и повышения эффективности ведения здорового образа жизни.

Однако, для полной реализации этого огромного потенциала и широкого, доверительного внедрения mHealth в клиническую практику необходимо решить существующие вызовы, связанные со стандартизацией данных, клинической валидацией инструментов, их интеграцией в медицинские информационные системы и обеспечением безопасности, что делает мобильную медицину мощным, но все еще динамично развивающимся и требующим осмысления направлением цифрового здравоохранения.

5.5. Искусственный интеллект в медицине и здравоохранении

Уже общепризнано, что искусственный интеллект (ИИ) знаменует собой переломный момент для общества, сравнимый по своей значимости, по крайней мере, с Промышленной революцией [41]. Его роль стремительно растет в промышленности, образовании, транспорте, науке, инженерии и даже в повседневной жизни. Не менее революционным является потенциал ИИ и для здравоохранения: он предлагает мощные инструменты для анализа беспрецедентных объемов сложных медицинских данных, способен автоматизировать рутинные задачи, эффективно поддерживать принятие клинических решений, способствовать персонализации лечения и значительно ускорять темпы медицинских исследований.

Эта растущая значимость ИИ для биомедицины и клинической практики во многом обусловлена лавинообразным ростом данных ("Big Data"), генерируемых современными технологиями. Если раньше исследования фокусировались на единичных генах, белках или сигнальных путях, то сегодня мы можем секвенировать геном целиком (геномика), анализировать экспрессию тысяч генов одновременно (транскриптомика), изучать сложнейшие микробные сообщества организма (микробиомика) и получать детализированные изображения с высоким разрешением. Искусственный интеллект позволяет извлекать ценные знания и выявлять скрытые закономерности в этих огромных и разнородных массивах данных. Для этого используются следующие алгоритмы и методы:

- *Интеллектуальный анализ данных (Data Mining)* – поиск неочевидных паттернов в структурированных базах данных (например, электронных медкартах).
- *Обработка естественного языка (Natural Language Processing, NLP)* – анализ неструктурированных текстовых данных (записи врачей, научные статьи, отзывы пациентов) для извлечения информации и ее структурирования.
- *Машинное зрение (Computer Vision) и Распознавание образов, сверточные нейронные сети* – анализ медицинских изображений (рентген, КТ, МРТ, УЗИ, гистология) не только для классификации известных признаков, но и для выявления тонких, количественных характеристик, часто недоступных человеческому глазу (любопытно, что сам по себе традиционный микроскоп, в

отличие от ИИ-алгоритмов анализа изображений, никогда не проходил формального одобрения регулирующих органов, таких как FDA).

Опираясь на свою уникальную способность обрабатывать беспрецедентные объемы данных, выявлять скрытые закономерности, зачастую недоступные человеческому восприятию, и автоматизировать как рутинные, так и сложные интеллектуальные задачи, искусственный интеллект находит все более широкое и многогранное применение в современной медицине и здравоохранении. Его инструменты начинают активно трансформировать самые разные аспекты отрасли – от фундаментальных биомедицинских исследований и ускоренной разработки новых лекарств до клинической диагностики на основе изображений и данных ЭМК, персонализации лечения, роботизированной хирургии и управления здоровьем населения в целом. Ниже представлены ключевые направления, где технологии ИИ уже сегодня приносят ощутимую пользу или обещают наиболее значимые прорывы в ближайшем будущем:

- *Анализ медицинских изображений* – пожалуй, наиболее знаменитый и распространенный сценарий применения ИИ в медицине. Предполагает использование алгоритмов машинного (ML) и особенно глубокого обучения (DL) для автоматического обнаружения, сегментации и классификации патологий на рентгенограммах, КТ, МРТ, УЗИ, цифровых гистологических препаратах (например, выявление признаков онкологических заболеваний, диабетической ретинопатии, сердечно-сосудистых аномалий, переломов).
- *Поддержка диагностики и прогнозирования* – интегрированный анализ данных электронных медицинских карт (ЭМК), результатов лабораторных тестов, геномной информации и данных с носимых устройств для выявления сложных взаимосвязей, оценки индивидуальных рисков развития заболеваний, прогнозирования ответа на терапию и помощи врачу в дифференциальной диагностике.
- *Разработка лекарств и персонализированная медицина* – значительное ускорение процесса открытия, разработки и тестирования новых лекарственных препаратов путем моделирования их взаимодействия с биологическими мишенями и предсказания их свойств. Подбор оптимальной (персонализированной) схемы лечения для конкретного пациента на основе его уникальных характеристик (генетических, клинических, поведенческих и др.).
- *Обработка естественного языка (NLP) в медицине* – автоматический анализ и структурирование информации из клинических записей, научных публикаций, протоколов исследований. Создание медицинских чат-ботов и виртуальных ассистентов для первичной сортировки пациентов, сбора анамнеза или предоставления справочной информации.
- *Роботизированная хирургия и автоматизация процессов* – применение ИИ для повышения точности, безопасности и автономности роботизированных хирургических систем. Автоматизация рутинных задач в лабораториях, оптимизация логистики, планирования ресурсов и административных процессов в медицинских организациях (например, управление потоками пациентов, расписанием).

- *Управление здоровьем населения (Population Health Management)* – анализ больших деперсонализированных данных для мониторинга эпидемиологической ситуации, прогнозирования вспышек заболеваний, выявления групп риска, оценки эффективности программ общественного здравоохранения и планирования профилактических мероприятий.

Таким образом, использование искусственного имеет большой потенциал для повышения точности и скорости диагностики, выявление скрытых закономерностей в данных, персонализация лечения, снижение нагрузки на врачей за счет автоматизации рутины, ускорение научных открытий, оптимизация использования ресурсов.

Ограничения и вызовы применения искусственного интеллекта в здравоохранении

Искусственный интеллект (ИИ), несомненно, несет в себе революционный потенциал для медицины и здравоохранения. Однако, как и любая мощная технология, его путь в широкую клиническую практику не лишен серьезных препятствий, вызовов и ограничений [42]. Осознание и глубокое понимание этих сложностей абсолютно необходимо для того, чтобы внедрение ИИ было не только эффективным, но и безопасным, этичным и справедливым. Рассмотрим ключевые ограничения более подробно:

1. Проблемы, связанные с данными – фундаментом для любого ИИ, особенно для моделей машинного и глубокого обучения, служат данные. Именно качество, доступность и характер этих данных порождают первую группу серьезных ограничений:

- *Качество данных* – зачастую медицинские данные страдают от неполноты, неточностей, противоречий, слабой структурированности (например, текстовые записи врачей). Обучение на таких "зашумленных" данных ("мусор на входе – мусор на выходе") неизбежно ведет к созданию ненадежных и неточных моделей ИИ. Необходима колоссальная работа по подготовке данных, их очистке, валидации, аннотированию и курированию.
- *Количество данных* – для обучения сложных моделей, особенно алгоритмов глубокого обучения, требуются очень большие наборы данных (Big Data). Их сбор может быть крайне затруднен, особенно для редких заболеваний или узких, специфических групп пациентов, где данных априори мало.
- *Предвзятость (Bias) данных* – медицинские данные неизбежно отражают существующие в обществе и системе здравоохранения системные смещения и предубеждения (связанные с расой, полом, возрастом, социально-экономическим статусом). ИИ, обучаясь на таких данных, может не просто воспроизвести, но и усилить эту предвзятость, что потенциально ведет к дискриминации и неравенству в оказании медицинской помощи разным группам населения.
- *Конфиденциальность и безопасность данных* – медицинская информация относится к категории наиболее чувствительных персональных данных. Существуют строгие законодательные требования к ее защите (например, GDPR в Европе, HIPAA в США, Закон РК "О персональных данных

и их защите"). Необходимость применения сложных методов анонимизации или псевдонимизации, постоянный риск утечек и несанкционированного доступа, а также юридические и этические сложности безопасного обмена данными между учреждениями – все это создает серьезные барьеры для сбора больших и разнообразных наборов данных, необходимых для ИИ.

- *Репрезентативность и обобщающая способность* – модель ИИ, отлично работающая на данных из одной клиники или региона, может показать значительно худшие результаты в других условиях. Это связано с различиями в характеристиках пациентов, протоколах лечения, используемом оборудовании, подходах к кодированию данных и т.д. Для создания действительно надежных моделей требуются данные, отражающие реальное многообразие клинической практики.
- *Стандартизация данных* – несмотря на усилия по внедрению стандартов (HL7 FHIR, DICOM, OMOP и др.), в реальности данные в разных медицинских системах часто хранятся в несовместимых форматах. Это чрезвычайно усложняет их агрегацию из различных источников для обучения мощных и репрезентативных моделей ИИ.

2. Алгоритмические и технические ограничения – помимо данных, ограничения присущи и самим алгоритмам ИИ, а также техническим аспектам их разработки и применения:

- *Проблема "черного ящика" (Explainability/Interpretability)* – многие передовые модели (особенно глубокие нейросети) функционируют как "черные ящики". Они выдают результат (например, диагноз или прогноз), но их внутренняя логика принятия решения остается непрозрачной и сложной для понимания человеком. Это серьезно подрывает доверие клиницистов, усложняет поиск и исправление ошибок, а также препятствует полноценной интеграции ИИ в практику, где требуется обоснование решений. Активно развиваются методы "объяснимого ИИ" (Explainable AI, XAI) для решения этой проблемы.
- *Переобучение (Overfitting) и "хрупкость" моделей* – модели ИИ могут "заучить" особенности обучающего набора данных, включая шум и случайные флуктуации, вместо того чтобы выявить общие закономерности. Это приводит к переобучению – модель хорошо работает на обучающих данных, но плохо обобщает знания на новые, невиданные ранее данные. Также модели могут быть чрезмерно чувствительны к небольшим изменениям во входных данных, что недопустимо в критически важной медицинской среде.
- *Сложность клинической валидации* – доказательство реальной клинической эффективности и безопасности ИИ-системы – это сложный, длительный и дорогостоящий процесс. Недостаточно просто показать хорошую точность на ретроспективных данных. Требуется строгая проспективная валидация в условиях реальной клинической практики, сравнение с существующими "золотыми стандартами" диагностики и лечения, а также оценка влияния ИИ на клинические исходы, рабочие процессы и экономику здравоохранения.

- *Отсутствие клинического контекста и "здравого смысла"* – ИИ оперирует данными и паттернами, но не обладает человеческим клиническим опытом, интуицией, способностью учитывать неявный контекст или применять здравый смысл. Алгоритм может упустить важные нюансы или предложить формально правильное, но клинически нецелесообразное или даже абсурдное решение.
- *Оценка неопределенности* – Моделям ИИ часто сложно не только сделать прогноз, но и адекватно оценить степень своей уверенности (или неуверенности) в этом прогнозе. Надежная количественная оценка неопределенности крайне важна для принятия взвешенных клинических решений врачом.
- **Проблемы внедрения и интеграции** – даже идеально работающая и валидированная модель ИИ может оказаться бесполезной или даже вредной, если ее не удается правильно встроить в реальную клиническую среду. Основные барьеры здесь:
- *Интеграция в рабочие процессы и МИС* – бесшовное встраивание ИИ-инструментов в существующие, зачастую устаревшие, медицинские информационные системы (МИС) и сложные клинические рабочие процессы является серьезной технической и организационной проблемой. Неудачная интеграция может нарушить привычную работу врачей, снизить их производительность и вызвать отторжение технологии.
- *Стоимость* – разработка, обучение, строгая валидация, внедрение и последующая поддержка и обновление ИИ-систем требуют значительных финансовых, временных и кадровых ресурсов, что может быть непосильно для многих медицинских организаций, особенно в условиях ограниченного бюджета.
- *Требования к инфраструктуре* – обучение и эксплуатация сложных моделей ИИ, особенно работающих с большими данными или изображениями, требуют наличия мощной вычислительной инфраструктуры (серверы, графические процессоры), систем хранения данных и надежных каналов связи.
- *Обучение и принятие персоналом* – врачи и другой медицинский персонал нуждаются в специальном обучении для того, чтобы правильно использовать ИИ-инструменты, понимать их возможности, ограничения и интерпретировать их результаты. Важно преодолевать как необоснованный скептицизм и страх перед технологиями, так и чрезмерное, некритичное доверие ("автоматизационная предвзятость"), которое может привести к пропуску ошибок ИИ.

4. Этические и социальные аспекты - применение ИИ в медицине затрагивает глубокие этические вопросы и имеет значительные социальные последствия, требующие внимательного рассмотрения:

- *Ответственность* – один из самых сложных вопросов: кто несет ответственность в случае диагностической или лечебной ошибки, вызванной или пропущенной ИИ, которая привела к вреду для пациента? Разработчик алгоритма? Врач, использовавший систему? Медицинское учреждение?

Отсутствие четких правовых и этических рамок ответственности является серьезным барьером.

- *Риск деквалификации и чрезмерного доверия* – существует опасение, что врачи, слишком полагаясь на "умные" подсказки ИИ, могут со временем утратить или не развить в должной мере собственные клинические навыки и критическое мышление. Как упоминалось, чрезмерное доверие к системе (automation bias) опасно пропуском ее ошибок.
- *Влияние на занятость* - возникают опасения, что ИИ может заменить медицинских работников в некоторых областях (например, в радиологии, патологии, лабораторной диагностике). Хотя чаще эксперты говорят об "аугментации" (дополнении и усилении возможностей врача), вопросы трансформации рынка труда и необходимости переквалификации остаются актуальными.
- *Доверие пациентов* – пациенты могут испытывать недоверие или опасения по поводу участия "машины" в принятии решений об их здоровье. Для формирования доверия необходимы максимальная прозрачность работы ИИ-систем (где это возможно) и понятное информирование пациентов об их роли.
- *Равенство и доступ* – существует значительный риск того, что преимущества ИИ будут доступны только в крупных, хорошо финансируемых клиниках или развитых регионах, что еще больше усугубит существующее неравенство в доступе к качественной медицинской помощи ("цифровой разрыв" в контексте ИИ). Кроме того, предвзятость данных может привести к тому, что ИИ будет хуже работать для определенных групп населения.
- *Владение данными и согласие* – остаются открытыми сложные вопросы о том, кому принадлежат медицинские данные пациента, и как должно быть юридически и этически корректно оформлено информированное согласие пациентов на использование их (даже обезличенных) данных для разработки, обучения и валидации коммерческих или исследовательских ИИ-систем.

5. Регуляторные и правовые барьеры – развитие нормативно-правовой базы часто не успевает за технологическим прогрессом, создавая дополнительные препятствия для внедрения ИИ:

- *Отставание регулирования* – законодательство и регуляторные механизмы с трудом адаптируются к быстрому развитию ИИ. Необходимы четкие, но гибкие правила для классификации, клинических испытаний, государственной регистрации (сертификации), одобрения к использованию и пост-маркетингового надзора за ИИ как медицинским изделием (Software as a Medical Device - SaMD).
- *Правовые рамки ответственности* – как уже упоминалось в этическом блоке, отсутствие ясных юридических прецедентов и законов, определяющих ответственность при ошибках ИИ, создает правовую неопределенность.
- *Трансграничные вопросы* – использование данных пациентов из одной страны для обучения или работы ИИ-моделей в другой стране сталкивается со сложностями из-за различий в законодательстве о защите данных и регулировании медицинских изделий.

6. Человеческий фактор – наконец, эффективность ИИ во многом зависит от его взаимодействия с человеком – как с врачом, так и с пациентом:

- *Взаимодействие человек-ИИ (HMI/HCI)* – критически важно проектирование понятных, интуитивных и эргономичных интерфейсов для взаимодействия врача с ИИ-системой. Информация от ИИ должна представляться своевременно, в удобном виде и быть легко интерпретируемой для поддержки принятия решений, а не перегружать врача.
- *"Усталость от оповещений" (Alarm Fatigue)* – если ИИ-система генерирует слишком много предупреждений, подсказок или сигналов (даже если многие из них по отдельности верны), существует риск, что врачи со временем начнут их игнорировать из-за перегрузки информацией, что может привести к пропуску действительно важных оповещений.

Таким образом, несмотря на очевидный трансформационный потенциал искусственного интеллекта для здравоохранения, его широкое и ответственное внедрение сдерживается целым комплексом взаимосвязанных вышеперечисленных вызовов. Только комплексное преодоление этих многоаспектных трудностей позволит в полной мере и безопасно реализовать могущество искусственного интеллекта на благо пациентов и всей системы здравоохранения.

В заключение важно подчеркнуть, несмотря на впечатляющие возможности и растущую мощь искусственного интеллекта, распространенные опасения о полной замене им человека, особенно в такой сложной и человекоцентричной сфере как медицина, представляются преждевременными. Гораздо точнее рассматривать ИИ не как замену, а как мощного цифрового ассистента или партнера для медицинских специалистов. Его сильные стороны – феноменальная скорость обработки гигантских объемов данных, способность выявлять скрытые закономерности и автоматизировать рутинные, трудоемкие задачи – позволяют высвободить самый ценный ресурс специалиста - время и когнитивные способности. Это дает врачам возможность меньше заниматься технической работой и больше фокусироваться на комплексном клиническом мышлении, принятии нестандартных решений, развитии профессиональных навыков и, что особенно важно, на живом, эмпатическом общении с пациентами и их семьями, повышая и производительность, и качество человеческого контакта [43].

Существующие ИИ-системы, при всей их сложности, являются инструментами узкоспециализированными, лишенными сознания, интуиции, этических суждений и способности к подлинному пониманию уникального контекста каждого пациента. До появления гипотетического «общего ИИ» (Artificial General Intelligence, AGI), способного имитировать весь спектр человеческого мышления – а его создание остается под большим вопросом и может никогда не произойти, – биологический интеллект и эмпатия человека останутся незаменимыми. Поэтому в обозримом будущем ни врачи, ни медицинские сестры не станут "ненужными".

Напротив, мы вступаем в эру синергии искусственного и естественного интеллекта, где их партнерство будет только углубляться и развиваться. Это

партнерство основано на дополнении сильных сторон: машина предоставляет скорость, объем и точность обработки информации (генерируя знания), а человек – критическое мышление, контекстуальное понимание, этическую оценку и мудрость для правильного и уместного применения этих знаний. Как гласит известная аналогия: ИИ может предоставить знание о том, что помидор с точки зрения ботаники – это ягода (или фрукт в бытовом понимании). Но именно человек обладает мудростью понять, что этому знанию не место при составлении фруктового салата. Точно так же, машина и человек вместе смогут определить, что кетчуп, при всей его томатной основе, – это не смузи. Именно в таком сочетании фактов и контекста, знаний и здравого смысла, вычислительной мощи и человеческой мудрости кроется будущее эффективного, безопасного и гуманного здравоохранения.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «цифровизация здравоохранения» и объясните разницу между «цифровизацией» и «цифровой трансформацией» здравоохранения, как это представлено в тексте.
2. Перечислите и кратко охарактеризуйте не менее четырех ключевых направлений (объектов регулирования), которые должна охватывать нормативно-правовая база в сфере цифрового здравоохранения.
3. Назовите основные нормативные правовые акты Республики Казахстан, регулирующие цифровизацию здравоохранения, и кратко опишите сферу действия каждого из них (согласно тексту).
4. Что такое Медицинская Информационная Система (МИС)? Опишите не менее трех основных функциональных компонентов современной МИС и их назначение.
5. Дайте определение дистанционным медицинским услугам (телемедицине) и перечислите не менее трех ключевых преимуществ их использования в системе здравоохранения.
6. Назовите основные формы и примеры применения телемедицинских технологий, описанные в тексте.
7. В каких целях, согласно Кодексу РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (статья 129, пункт 1), предоставляются дистанционные медицинские услуги в Республике Казахстан? Приведите не менее трех примеров.
8. Что такое мобильная медицина (mHealth)? Опишите ее основные цели и приведите не менее трех категорий цифровых приложений и устройств mHealth с примерами.
9. С какими основными вызовами и проблемами сталкивается развитие mHealth, несмотря на ее потенциал?
10. Каковы ключевые направления применения искусственного интеллекта (ИИ) в медицине и здравоохранении, и какие основные проблемы и ограничения его использования выделены в тексте?

ГЛАВА 6. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РК

6.1 Нормативно-правовое регулирование сферы обращения лекарственных средств

Конституция Республики Казахстан является основным нормативным документом, регулирующим жизнь государства и общества. Одним из ключевых признаков правового и социального государства, закрепленного в Основном законе, является защита прав и свобод граждан, охрана здоровья населения, а также повышение продолжительности и качества жизни каждого человека. Система здравоохранения приобретает всё большее значение как стратегически важный элемент социального и экономического прогресса страны. Она играет важную роль в процессе социализации личности, способствует гармоничному развитию человека, улучшению благосостояния граждан, укреплению экономического потенциала и обеспечению национальной безопасности.

Нормативно-правовая база обращения лекарственных средств в Республике Казахстан представляет собой совокупность законов, постановлений, приказов, стандартов и других нормативных актов, регулирующих производство, распределение, продажу, использование, а также безопасность и качество лекарственных средств на территории страны (таблица 23).

Таблица 23 – Уровни нормативно-правового регулирования лекарственного обеспечения в РК

Уровень	**Наименование документа**	**Основные функции**
1.Конституционно-правовой	Конституция РК	Гарантирует право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь
2. Кодексы и законы	- Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» - Закон «О лекарственных средствах» - Закон «О техническом регулировании»	Базовые нормы: регистрация, лицензирование, обращение, фармаконадзор, ценообразование
3. Подзаконные акты	Постановления Правительства РК	Утверждение перечней (ЖНВЛП, ГОБМП, ОСМС), правила госзакупок, ценообразование
4. Ведомственные акты	Приказы Министерства здравоохранения РК	Формуляры, стандарты оказания медпомощи, протоколы лечения, правила работы аптек, фармаконадзор
5.Международные нормы	-Документы ЕАЭС - Рекомендации ВОЗ	Гармонизация стандартов, взаимное признание, международный фармаконадзор

Основные структуры

Ключевые участники системы лекарственного обеспечения показаны таблице 24.

Таблица 24 – Ключевые участники системы лекарственного обеспечения

Структура	Функции
СК-Фармация	Централизованная закупка, логистика и дистрибуция ЛС
Национальный центр экспертизы лекарственных средств	Регистрация, экспертиза, мониторинг безопасности
Министерство здравоохранения РК	Политика, нормативное регулирование, надзор
Розничные и оптовые организации	Реализация ЛС населению (по рецептам и без рецептурный отпуск)

Нормативно-правовое регулирование обращения лекарственных средств в Казахстане осуществляется на основе следующих документов:

Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI **«О здоровье народа и системе здравоохранения»** является основополагающим нормативным актом, регулирующим сферу здравоохранения в стране. Он определяет принципы, цели и задачи государственной политики в области охраны здоровья, устанавливает права и обязанности граждан, а также регулирует деятельность медицинских организаций и специалистов.

Кодекс включает в себя следующие основные разделы:

1. Общие положения: определяют основные понятия, цели и задачи законодательства в области здравоохранения, а также принципы его реализации.
2. Охрана общественного здоровья: включает меры по профилактике заболеваний, санитарно-эпидемиологическому благополучию населения и пропаганде здорового образа жизни.
3. Организация и оказание медицинской помощи: регламентирует виды медицинской помощи, порядок ее предоставления, а также права и обязанности пациентов и медицинских работников.
4. Государственное регулирование и контроль в сфере здравоохранения: определяет полномочия государственных органов в области здравоохранения, а также механизмы контроля и надзора за деятельностью медицинских организаций.
5. Финансирование системы здравоохранения: устанавливает источники финансирования, включая государственный бюджет и систему обязательного социального медицинского страхования.
6. Кадровое обеспечение и образование в сфере здравоохранения: определяет требования к подготовке и повышению квалификации медицинских работников.
7. Научные исследования и инновации: регулирует проведение биомедицинских исследований и внедрение новых технологий в медицинскую практику.

Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 июля 2021 года № ҚР ДСМ-58 утверждены **Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам в сфере обращения**

лекарственных средств и медицинских изделий». Санитарные правила разработаны в соответствии с пунктом 1 статьи 95 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее - Кодекс), и устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к помещениям и оборудованию, проектированию, строительству зданий, условиям труда, бытового обслуживания, условиям проведения стерилизации и дезинфекции, водоснабжению, канализации, освещению и вентиляции, осуществлению производственного контроля на объектах в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий [44].

В правилах устанавливается санитарно-эпидемиологические требования:

- к проектированию объектов в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий;

- к водоснабжению, канализации, вентиляции и освещению помещений объектов в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий;

- к помещениям и оборудованию объектов в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий;

- к условиям проведения стерилизации и дезинфекции на объектах в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий;

- к условиям труда, бытового обслуживания персонала объектов в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий.

В Республике Казахстан действует правила изготовления лекарственных препаратов и медицинских изделий субъектами в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий, имеющими лицензию на изготовление лекарственных препаратов и медицинских изделий»

Правила определяют:

- порядок изготовления лекарственных препаратов и медицинских изделий;
- требования к помещениям, оборудованию и персоналу;
- меры по предотвращению перекрестной контаминации;
- необходимость соблюдения надлежащей производственной практики;
- порядок контроля качества и хранения продукции [45].

Также **правила обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями** является актуальным документом, регулирующим обеспечение населения и определенных категорий лиц лекарственными средствами и медицинскими изделиями за счет государственных средств и в системе ОСМС [46]. Документ обеспечивает правовую основу для организации и контроля лекарственного обеспечения в Республике Казахстан. ГОБМП предоставляется гражданам Республики Казахстан, иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Республики Казахстан, за счет бюджетных средств, включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью, а также лекарственную помощь. ГОБМП финансируется путем выделения средств республиканского и местного бюджета.

Правила определяют:

- порядок обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями в рамках ГОБМП и ОСМС;
- процедуры формирования потребности в лекарственных средствах и медицинских изделиях;
- механизмы закупа, хранения, транспортировки и учета лекарственных средств и медицинских изделий;
- требования к фармацевтическим услугам, включая амбулаторное лекарственное обеспечение населения.

В Республике Казахстан порядок хранения и транспортировки лекарственных средств и медицинских изделий регламентируется соответствующими правилами, утвержденными приказом Министра здравоохранения. Эти правила устанавливают требования к условиям хранения и перевозки, обеспечивая сохранность качества, эффективности и безопасности продукции на протяжении всего срока хранения [47].

Процесс регистрации и перерегистрации согласно установленным Правилам включает подачу заявки, проведение экспертизы безопасности, качества и эффективности, а также принятие решения о регистрации или отказе. Внесение изменений в регистрационное досье осуществляется при необходимости обновления информации о зарегистрированном продукте. В 2022 году в правила были внесены изменения и дополнения, уточняющие процедуры и требования к регистрации и перерегистрации [48].

Правила обязательны для исполнения следующими субъектами:

- Производителями лекарственных средств и медизделий;
- Дистрибьюторами и оптовыми поставщиками;
- Аптечными организациями (аптеки, аптечные пункты);
- Медицинскими организациями;
- Транспортными и логистическими компаниями, осуществляющими перевозку.

Основные требования

Условия хранения:

- Должны соответствовать **инструкциям производителя.**
- Контроль за **температурным режимом, влажностью, освещенностью.**
- Оборудование: холодильные камеры, термоконтейнеры, системы мониторинга.

Условия транспортировки:

- Обеспечение **непрерывной "холодовой цепи"** для термолабильных препаратов.
- Использование транспорта, оснащенного **температурными регистраторами.**
- Документирование условий перевозки и соблюдение требований к упаковке.

Требования к помещениям:

- Складские зоны с изоляцией по зонам (прием, хранение, отпуск).

- Чистота, защита от вредителей, наличие вентиляции.
- Регулярный контроль параметров окружающей среды.

Требования к персоналу:

- Персонал должен быть **обучен и аттестован.**
- Обязательное ведение **журнала инструктажа и обучения.**
- Ответственность за соблюдение условий хранения и транспортировки.

Правила маркировки и прослеживаемости лекарственных средств, а также маркировки медицинских изделий проводится согласно определенным правилам утвержденным уполномоченным органом. Этот нормативный акт направлен на обеспечение контроля за оборотом лекарственных средств и медицинских изделий, повышение их качества и безопасности для населения. Согласно приказу, все лекарственные средства и медицинские изделия, реализуемые на территории Казахстана, подлежат обязательной маркировке. Маркировка включает нанесение уникального идентификатора, позволяющего отслеживать продукт на всех этапах его жизненного цикла от производства до конечного потребителя. Это способствует предотвращению оборота фальсифицированной и некачественной продукции на рынке [49].

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 февраля 2021 года № ҚР ДСМ-15 утвердил **стандарты надлежащих фармацевтических практик, направленные на обеспечение качества и безопасности лекарственных средств и медицинских изделий** на всех этапах их жизненного цикла.

В рамках этого приказа были утверждены следующие стандарты:

1. Надлежащая лабораторная практика (GLP) – определяет требования к проведению доклинических (неклинических) исследований безопасности лекарственных средств и веществ.
2. Надлежащая клиническая практика (GCP) – устанавливает стандарты для проведения клинических исследований с целью обеспечения достоверности получаемых данных и защиты прав участников исследований.
3. Надлежащая производственная практика (GMP) – регламентирует требования к производству лекарственных средств, обеспечивая их соответствие установленным стандартам качества.
4. Надлежащая дистрибьюторская практика (GDP) – определяет правила хранения, транспортировки и дистрибуции лекарственных средств для сохранения их качества на всех этапах цепи поставок.
5. Надлежащая аптечная практика (GPP**)** – устанавливает стандарты для аптечных организаций с целью обеспечения качественного обслуживания населения и рационального использования лекарственных средств.
6. Надлежащая практика фармаконадзора (GVP) – определяет требования к мониторингу безопасности лекарственных средств после их выхода на рынок для своевременного выявления и предотвращения возможных рисков.

В условиях совершенствования системы здравоохранения и обеспечения доступности медицинской помощи для граждан Республике Казахстан уделяется внимание **ценообразованию** на лекарственные средства и медицинские изделия.

Одним из ключевых актов, регулирующих этот процесс, является приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-247/2020 **«Об утверждении правил регулирования, формирования предельных цен и наценки на лекарственные средства, а также медицинские изделия в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования».**

Основные положения приказа:

 Регулирование цен на ЛС и МИ:

- Приказ устанавливает правила формирования предельных цен для ЛС и МИ, которые могут быть закуплены в рамках ГОБМП и ОСМС.
- Предельные цены устанавливаются на основе анализа рыночных условий, себестоимости продукции и предельных наценок.

 Наценки:

- Определяются предельные наценки для оптовых и розничных поставок ЛС и МИ, чтобы избежать завышения цен на препараты, которые закупаются в рамках государственных программ.

 Процедура установления цен:

- Процедура формирования и утверждения цен включает в себя подачу заявок, анализ рыночных данных и предложения от производителей, а также проверку соответствия заявленных цен нормативным требованиям.
- Цена фиксируется в процессе государственного контроля и мониторинга, что способствует прозрачности и доступности ЛС и МИ для населения.

 Контроль и мониторинг:

- Установлен механизм постоянного контроля за соблюдением установленных предельных цен и наценок.
- В случае выявления нарушений предусмотрены административные меры, включая возможные штрафы для нарушителей.

Цели и задачи приказа:

Основной целью приказа является обеспечение доступности лекарств и медицинских изделий для всех слоев населения, особенно для тех, кто получает лечение в рамках государственных программ. Это важно для повышения качества жизни граждан, а также для оптимизации расходов системы здравоохранения.

В соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-282/2020, утверждены **Правила проведения оценки качества лекарственных средств и медицинских изделий, зарегистрированных в Республике Казахстан**. Данный нормативный акт определяет порядок проведения оценки с целью подтверждения соответствия продукции требованиям, установленным в регистрационном досье и нормативной документации. Оценка качества проводится уполномоченными экспертными организациями и включает лабораторные испытания, анализ

предоставленных данных, а также принятие решения о допуске продукции в обращение или ее изъятии в случае несоответствия.

Основные участники процедуры:

- Заявитель – лицо, представляющее продукцию на оценку;
- Экспертная организация – проводит лабораторные исследования;
- Уполномоченный орган – принимает окончательное решение.

Процедура направлена на:

- предотвращение поступления в обращение некачественных и фальсифицированных продуктов;
- защиту здоровья населения;
- обеспечение соответствия продукции международным стандартам

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-320/2020 утвердил **Правила проведения фармаконадзора и мониторинга безопасности, качества и эффективности медицинских изделий**.

Правила распространяются на:

- производителей, импортеров и дистрибьюторов медицинских изделий;
- медицинские организации, использующие медицинские изделия в своей практике;
- государственные органы, ответственные за контроль и надзор в сфере обращения медицинских изделий.

Правила определяют:

- Порядок проведения фармаконадзора: сбор, оценка и анализ информации о нежелательных реакциях и инцидентах, связанных с медицинскими изделиями.
- Мониторинг безопасности, качества и эффективности: систематическое наблюдение за медицинскими изделиями на всех этапах их жизненного цикла.
- Обязанности субъектов обращения медицинских изделий: незамедлительное информирование уполномоченных органов о выявленных проблемах, участие в расследованиях и принятие корректирующих мер.
- Меры реагирования: приостановление или прекращение использования изделия, отзыв с рынка, информирование потребителей и медицинского сообщества.

Правила, утвержденные приказом № ҚР ДСМ-320/2020, являются ключевым нормативным документом, обеспечивающим безопасность и эффективность медицинских изделий в Республике Казахстан. Они устанавливают обязательные требования для всех участников рынка медицинских изделий и способствуют защите здоровья населения.

Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 октября 2020 года № ҚР ДСМ-155/2020 утверждены **Правила уничтожения лекарственных средств и медицинских изделий, пришедших в негодность, с истекшим сроком годности, фальсифицированных и иных лекарственных средств и медицинских изделий не соответствующих требованиям законодательства Республики Казахстан».** Правила обязательны для

исполнения всеми субъектами, осуществляющими деятельность в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий, включая: производителей; импортеров; дистрибьюторов; аптечные организации; медицинские учреждения.

Основные положения

- Определения: Правила содержат определения ключевых терминов, таких как «уничтожение», «фальсифицированные лекарственные средства», «непригодные к применению изделия».
- Порядок уничтожения:

-Уничтожение осуществляется субъектами самостоятельно или с привлечением специализированных организаций.

-Методы уничтожения должны соответствовать требованиям экологической и санитарно-эпидемиологической безопасности.

-Процесс уничтожения документируется актом, подписанным комиссией, созданной субъектом.

- Ответственность: Субъекты несут ответственность за соблюдение порядка уничтожения и за возможный ущерб, причиненный окружающей среде или здоровью населения вследствие несоблюдения установленных требований.

Правила устанавливают единый порядок уничтожения непригодных лекарственных средств и медицинских изделий, обеспечивая защиту здоровья населения и охрану окружающей среды. Они являются обязательными для всех участников фармацевтического и медицинского рынков Республики Казахстан.

Ключевым нормативным актом, регулирующим единый порядок обращения лекарственных средств на территории государств-членов ЕАЭС является Правила установленная решением Совета Евразийской экономической комиссии. Целью Правил является гармонизация процессов регистрации и экспертизы лекарственных средств, обеспечение их качества, безопасности и эффективности, а также создание единого рынка лекарственных средств в рамках ЕАЭС [50].

Основные положения

- Регистрация лекарственных средств: установлен единый порядок подачи и рассмотрения заявлений на регистрацию, включая требования к регистрационному досье и процедурам экспертизы.
- Экспертиза: определены этапы и критерии проведения экспертизы качества, безопасности и эффективности лекарственных средств.
- Внесение изменений: регламентированы процедуры внесения изменений в регистрационные документы, включая условия и сроки их рассмотрения.
- Маркировка и упаковка: установлены требования к маркировке и упаковке лекарственных средств, обеспечивающие их идентификацию и информирование потребителей.

Контрольные вопросы

1. Какие нормативные документы регулируют обращение ЛС в РК?

2. Какие органы осуществляют контроль за фармацевтической деятельностью?

3. Каковы основные цели и задачи Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»?

4. Какие категории граждан имеют право на получение бесплатной медицинской помощи?

5. Какие принципы лежат в основе системы здравоохранения РК?

6. Что включает в себя понятие "обращение ЛС"?

7. Как регулируется обращение лекарственных средств согласно Кодексу?

8. Каковы функции органов государственного управления в сфере здравоохранения?

9. Что включает в себя система обязательного медицинского страхования?

10. Какие международные стандарты применяются в РК?

11. Какие требования предъявляются к субъектам, имеющим лицензию на изготовление лекарственных препаратов?

12. Какова роль фармацевтических организаций в процессе внутреннего контроля?

6.2. Система обеспечения эффективности, безопасности и качества ЛС

Система обеспечения качества лекарственных средств (ЛС) в Республике Казахстан (РК) представляет собой комплекс мер, направленных на гарантирование безопасности, эффективности и качества лекарственных препаратов на всех этапах их жизненного цикла.

1.Законодательная и нормативная база:

Основополагающим документом, регулирующим обращение лекарственных средств в Республике Казахстан, является **Кодекс Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения".** Этот кодекс устанавливает общие требования к качеству, безопасности и эффективности лекарственных средств, а также определяет полномочия государственных органов в сфере обращения ЛС.

Наряду с Кодексом, функционирует целый ряд подзаконных актов, детализирующих требования к различным аспектам обеспечения качества ЛС. К ним относятся:

- **Правила надлежащей производственной практики (GMP):** Эти правила устанавливают требования к организации и контролю производства лекарственных средств, охватывая все этапы от закупки сырья до выпуска готовой продукции. Соблюдение GMP является обязательным для всех производителей, осуществляющих деятельность на территории Казахстана или поставляющих свою продукцию на рынок страны.
- **Правила надлежащей лабораторной практики (GLP):** GLP регламентируют проведение доклинических исследований безопасности лекарственных средств, обеспечивая достоверность и воспроизводимость полученных данных.

- **Правила надлежащей клинической практики (GCP):** GCP устанавливают этические и научные стандарты планирования, проведения, регистрации и представления результатов клинических исследований лекарственных средств, гарантируя защиту прав и благополучия пациентов, участвующих в исследованиях, а также достоверность полученных данных.
- **Правила надлежащей практики хранения и транспортировки (GSP):** GSP определяют требования к условиям хранения и транспортировки лекарственных средств на всех этапах товаропроводящей цепи, чтобы обеспечить сохранение их качества.
- **Правила надлежащей аптечной практики (GPP):** GPP регулируют деятельность аптечных организаций, устанавливая требования к хранению, отпуску и консультированию пациентов по вопросам применения лекарственных средств.
- **Фармацевтическое законодательство, регулирующее вопросы регистрации, контроля качества, ценообразования и рекламы лекарственных средств.**

2. Государственные органы, ответственные за обеспечение качества ЛС:

Ключевую роль в функционировании системы обеспечения качества ЛС в Республике Казахстан играют следующие государственные органы:

- **Министерство здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК):** является центральным исполнительным органом, осуществляющим государственное регулирование в сфере здравоохранения, включая обращение лекарственных средств. МЗ РК разрабатывает и утверждает нормативные правовые акты, определяет государственную политику в данной области.
- **Комитет медицинского и фармацевтического контроля (КМФК):** это республиканское государственное учреждение Министерства здравоохранения, которое осуществляет руководство и контроль в сферах оказания медицинских услуг, обращения лекарственных средств и медицинских изделий. В его функции входят:
  - **Регистрация лекарственных средств:** Процесс оценки безопасности, эффективности и качества лекарственного средства перед его выходом на рынок.
  - **Лицензирование фармацевтической деятельности:** Выдача разрешений на осуществление деятельности по производству, хранению, транспортировке, реализации и медицинскому применению лекарственных средств.
  - **Инспектирование производителей и дистрибьюторов:** Проверка соответствия деятельности субъектов фармацевтического рынка требованиям GMP, GSP и других надлежащих практик.
  - **Контроль качества зарегистрированных лекарственных средств:** Проведение выборочных проверок качества лекарственных средств, находящихся в обращении.
  - **Фармаконадзор:** Система сбора, оценки и мониторинга информации о побочных действиях лекарственных средств.

- **Предотвращение и пресечение нарушений фармацевтического законодательства.**

- **Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий (НЦЭЛСМИ):** Подведомственная организация МЗ РК, которая проводит экспертизу лекарственных средств при регистрации, осуществляет лабораторный контроль качества, а также выполняет другие экспертные функции в сфере обращения ЛС.

3. Основные элементы системы обеспечения качества ЛС:

Система обеспечения качества лекарственных средств в Республике Казахстан базируется на следующих ключевых элементах:

- **Регистрация лекарственных средств:** перед тем, как лекарственное средство поступит на рынок, оно проходит процедуру государственной регистрации. В ходе регистрации оцениваются данные о его безопасности, эффективности и качестве, включая результаты доклинических и клинических исследований, а также информацию о производственном процессе и контроле качества.
- **Лицензирование фармацевтической деятельности:** Все субъекты, осуществляющие деятельность в сфере обращения лекарственных средств (производители, дистрибьюторы, аптечные организации), обязаны иметь соответствующую лицензию, подтверждающую их соответствие установленным требованиям.
- **Контроль качества на всех этапах обращения:** Качество лекарственных средств контролируется на всех этапах их жизненного цикла – от производства до поступления к потребителю. Это включает контроль качества исходного сырья, промежуточной и готовой продукции, а также условий хранения и транспортировки.
- **Фармаконадзор:** Система фармаконадзора предназначена для выявления, оценки и предотвращения нежелательных реакций на лекарственные средства. Медицинские работники и пациенты сообщают о любых побочных эффектах, которые анализируются уполномоченным органом для принятия мер по обеспечению безопасности лекарственных средств.
- **Инспектирование и государственный контроль:** Уполномоченные государственные органы проводят регулярные инспекции субъектов фармацевтического рынка для проверки соблюдения ими требований законодательства и надлежащих практик. В случае выявления нарушений применяются меры административного воздействия.
- **Информирование потребителей:** Важным элементом системы является предоставление достоверной и доступной информации о лекарственных средствах потребителям, включая инструкцию по медицинскому применению, информацию о составе, показаниях, противопоказаниях и возможных побочных эффектах.

4. Значение и перспективы развития системы обеспечения качества ЛС:

Эффективно функционирующая система обеспечения качества лекарственных средств имеет первостепенное значение для охраны здоровья населения Республики Казахстан. Она обеспечивает доступ пациентов к безопасным, эффективным и качественным лекарственным средствам, способствует повышению доверия к системе здравоохранения и фармацевтической отрасли.

В перспективе развитие системы обеспечения качества ЛС в Казахстане направлено на:

- **Гармонизацию с международными стандартами:** дальнейшее сближение национальных требований с международными стандартами GMP, GCP, GLP и другими, что способствует повышению конкурентоспособности отечественной фармацевтической продукции и облегчает выход на международные рынки.
- **Усиление контроля и надзора:** совершенствование механизмов государственного контроля качества ЛС, включая внедрение современных методов анализа и усиление ответственности субъектов фармацевтического рынка за качество выпускаемой продукции.
- **Развитие системы фармаконадзора:** совершенствование системы сбора и анализа данных о побочных действиях лекарственных средств, повышение осведомленности медицинских работников и населения о важности сообщений о нежелательных реакциях.
- **Внедрение современных информационных технологий:** использование информационных систем для автоматизации процессов регистрации, контроля качества и фармаконадзора, что повысит эффективность и прозрачность системы.
- **Повышение квалификации специалистов:** непрерывное обучение и повышение квалификации специалистов, работающих в сфере обращения лекарственных средств.

Таким образом, система обеспечения качества лекарственных средств Республики Казахстан представляет собой динамично развивающийся комплекс мер, направленных на защиту здоровья граждан и обеспечение их качественными и безопасными лекарственными препаратами. Понимание принципов и механизмов функционирования этой системы является важным для всех участников фармацевтического рынка и системы здравоохранения.

Контрольные вопросы:

1. Какой основной законодательный акт регулирует обращение лекарственных средств в Республике Казахстан?
2. Назовите ключевые подзаконные акты, регламентирующие различные аспекты обеспечения качества ЛС в РК.
3. Что такое GMP и каково его значение для фармацевтической отрасли Казахстана?
4. Какова роль Комитета медицинского и фармацевтического контроля **в** системе обеспечения качества ЛС?

5. Перечислите основные функции КМФК в сфере обращения лекарственных средств.

6. Какова цель процедуры государственной регистрации лекарственных средств в РК?

7. Кто обязан получать лицензию на осуществление фармацевтической деятельности в Казахстане?

8. На каких этапах обращения лекарственных средств осуществляется контроль качества?

9. Что такое фармаконадзор и какова его цель?

10. Какие государственные органы участвуют в системе фармаконадзора в РК?

11. Каковы основные элементы системы обеспечения качества лекарственных средств в Республике Казахстан?

12. Почему важно информировать потребителей о лекарственных средствах?

13. Назовите основные направления развития системы обеспечения качества ЛС в Казахстане на ближайшую перспективу.

14. Каково значение гармонизации национальных стандартов качества ЛС с международными?

15. Какую роль играет Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий (НЦЭЛС) в системе обеспечения качества ЛС РК?

6.3. Лицензирование в сфере обращения лекарственных средств в РК

Лицензируемый вид деятельности – это деятельность, на осуществление которой требуется получение лицензии. Медицинская и фармацевтическая деятельность подлежит лицензированию в порядке, установленном законодательством республики Казахстан о лицензировании.

Лицензирование в сфере обращения лекарственных средств является важным элементом системы здравоохранения Республики Казахстан, направленным на обеспечение безопасности и эффективности лекарств, а также защиту здоровья населения. Этот процесс регулируется приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 мая 2022 года № ҚР ДСМ-4 5«О некоторых вопросах оказания государственных услуг в сфере фармацевтической деятельности», что позволяет создать надежную правовую основу для функционирования фармацевтического рынка. Лицензирование охватывает различные этапы обращения лекарств – от их производства и дистрибуции до реализации и использования в медицинских организациях.

1) квалификационные требования – совокупность количественных и качественных нормативов и показателей, характеризующих способность заявителя и лицензиата заниматься отдельным лицензируемым видом деятельности и (или) подвидом лицензируемого вида деятельности, предъявляемых как при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии, так и на протяжении всего периода времени ее действительности;

2) государственная услуга – одна из форм реализации отдельных государственных функций, осуществляемых в индивидуальном порядке по обращению или без обращения услугополучателей и направленных на реализацию их прав, свобод и законных интересов, предоставление им соответствующих материальных или нематериальных благ;

3) стандарт государственной услуги – перечень основных требований к оказанию государственной услуги, включающий характеристики процесса, форму, содержание и результат оказания, а также иные сведения с учетом особенностей предоставления государственной услуги;

4) разрешительный контроль – деятельность разрешительных органов, направленная на проверку соответствия заявителя квалификационным или разрешительным требованиям до выдачи разрешения и (или) приложения к разрешению, а также обеспечение соблюдения лицензиатами и владельцами разрешений второй категории законодательства Республики Казахстан о разрешениях и уведомлениях после их выдачи;

5) веб-портал "электронного правительства" – информационная система, представляющая собой единое окно доступа ко всей консолидированной правительственной информации, включая нормативную правовую базу, и к государственным услугам, услугам по выдаче технических условий на подключение к сетям субъектов естественных монополий и услугам субъектов квазигосударственного сектора, оказываемым в электронной форме;

6) электронная цифровая подпись (далее – ЭЦП) – набор электронных цифровых символов, созданный средствами электронной цифровой подписи и подтверждающий достоверность электронного документа, его принадлежность и неизменность содержания.

Процесс получения лицензии на фармацевтическую деятельность в Казахстане включает несколько обязательных этапов:

1. *Подача заявления.* Организации, планирующие заниматься фармацевтической деятельностью, подают заявление в уполномоченный орган - Министерство здравоохранения Республики Казахстан или его территориальные подразделения. Подача может осуществляться через портал электронных услуг eGov.

2. *Предоставление необходимых документов.* К заявлению прилагаются учредительные документы компании, информация о квалификации персонала, сведения о санитарных условиях и оборудовании, а также доказательства соответствия помещений и оборудования необходимым стандартам:

для получения лицензии и (или) приложения к лицензии:

- заявление согласно приложениям 1 или 2 к настоящим Правилам для получения лицензии и (или) приложения к лицензии в электронном виде, удостоверенное ЭЦП услугодателя;

-электронную копию документа, подтверждающего оплату в бюджет лицензионного сбора на право занятия отдельными видами деятельности, за исключением случаев оплаты через платежный шлюз "электронного правительства" (далее - ПШЭП);

- форма сведений согласно приложению 3 к настоящим Правилам о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности и перечню документов, подтверждающих соответствие им (далее – форма сведений).

3. *Рассмотрение заявки.* Уполномоченный орган анализирует представленные документы и проводит проверки. В случае необходимости может быть назначена выездная проверка для оценки соответствия лицензируемой деятельности требованиям безопасности и качества.

4. *Выдача лицензии.* После успешного прохождения всех этапов рассматривается возможность выдачи лицензии. Лицензия выдается на определенный срок (обычно 5 лет), после чего организация обязана пройти процедуру переоформления лицензии.

5. *Контроль за соблюдением условий лицензии.* В процессе действия лицензии уполномоченные органы проводят плановые и внеплановые проверки для обеспечения соблюдения всех нормативных требований.

В соответствии с законодательством Республики Казахстан, лицензированию подлежат следующие виды деятельности в сфере обращения лекарственных средств:

- Производство лекарственных средств.
- Импорт и экспорт лекарств.
- Оптовая и розничная торговля лекарственными средствами и медицинскими изделиями.
- Изготовление лекарств в аптеках и медицинских учреждениях.

Эти виды деятельности охватывают весь процесс обращения лекарств - от их производства до реализации.

Для получения лицензии организация должна соответствовать определенным требованиям:

- Наличие соответствующих помещений, оснащенных необходимым оборудованием и соответствующих санитарным стандартам.
- Квалификация и опыт работников, участвующих в процессе производства, хранения и реализации лекарств.
- Соблюдение международных стандартов, таких как GMP для производителей, GDP для дистрибьюторов и GSP для аптек [51].
- Обеспечение системы качества на всех этапах обращения лекарственных средств.

Требования к лицензиатам включают также обеспечение условий для хранения, транспортировки и реализации продукции в соответствии с установленными стандартами, а также регулярное обновление документации, подтверждающей качество и безопасность продукции.

После получения лицензии организации обязаны соблюдать все установленные требования, включая стандарты качества и безопасности. Уполномоченные органы проводят регулярные проверки лицензиатов на соответствие действующим нормам и стандартам. В случае нарушений лицензия может быть приостановлена или отозвана. Важной частью контроля является

мониторинг фармацевтической деятельности, в том числе проведение инспекций, анализ показателей качества лекарств, а также проверка на наличие фальсифицированной или несертифицированной продукции.

Система лицензирования в Казахстане продолжает развиваться с целью улучшения качества и безопасности лекарственных средств. Одной из главных задач является гармонизация с международными стандартами, а также усовершенствование механизмов контроля. Важной частью этого процесса является внедрение электронных систем, которые позволят упростить и ускорить процедуру получения лицензии и повысить прозрачность процесса.

Ключевыми вызовами для системы лицензирования остаются борьба с фальсификатом, повышение квалификации сотрудников и создание условий для эффективного взаимодействия между различными государственными органами и фармацевтическими компаниями.

Лицензирование в сфере обращения лекарственных средств играет важную роль в обеспечении безопасности и эффективности лекарств в Казахстане. Оно служит гарантом того, что на рынок выходят только те организации и продукты, которые соответствуют строгим требованиям качества и безопасности. Совершенствование законодательства и процессов лицензирования поможет создать более эффективную систему контроля, что, в свою очередь, повысит доверие населения к фармацевтическим услугам и продукциям.

Основанием для отказа в оказании государственной услуги является:

1) не внесен лицензионный сбор;

2) заявитель не соответствует квалификационным требованиям;

3) лицензиаром получен ответ от соответствующего согласующего государственного органа о несоответствии заявителя предъявляемым при лицензировании требованиям;

4) в отношении заявителя имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда о приостановлении или запрещении деятельности или отдельных видов деятельности, подлежащих лицензированию;

5) судом на основании представления судебного исполнителя временно запрещено выдавать заявителю-должнику лицензию и (или) приложения к лицензии;

6) установлена недостоверность документов, представленных заявителем для получения лицензии и (или) приложения к лицензии, и (или) данных (сведений), содержащихся в них.

Принципы организации лицензионного контроля могут быть изложены следующим образом:

1. Независимость – обеспечение финансовой самостоятельности контрольного органа и закрепление статуса инспекторов в нормативных актах.

2. Компетентность и объективность – строгие требования к соблюдению инспекторами-экспертами действующего законодательства в области лицензирования, высокий профессиональный уровень их работы и соблюдение установленного порядка проведения лицензионных проверок.

3. Гласность – постоянное взаимодействие экспертов лицензионных комиссий с представителями общественного контроля и средствами массовой информации; обоснованность и подтверждаемость информации, изложенной в актах проверок.

4. Согласованность – координация действий различных контролирующих органов.

Контрольные вопросы

1. Какие виды деятельности в сфере обращения ЛС подлежат лицензированию?
2. Каковы ключевые требования к помещениям и оборудованию аптечной организации?
3. Какие документы необходимы для подачи заявки на получение лицензии?
4. Кто уполномочен выдавать лицензии на фармацевтическую деятельность в РК?
5. В каких случаях лицензия может быть приостановлена или аннулирована?

6.4. Организация деятельности оптовой и розничной сети в сфере обращения лекарственных средств в РК

Фармацевтический рынок представляет собой часть рынка потребительских товаров и услуг, на котором основными товарами являются лекарственные средства и медицинские изделий. Он занимает важное место в экономике государства, играя значимую социальную роль.

Основные функции фармацевтического рынка включают:

1. Обеспечение экономических рычагов для труда в сфере фармацевтического производства.
2. Доставка товаров до конечных потребителей, включая фармацевтические услуги.
3. Обеспечение согласованности между спросом и предложением в плане структуры и ассортимента.
4. Содействие развитию научно-технического прогресса и инноваций в фармацевтической индустрии.

Обращение лекарственных средств представляет собой совокупность процессов, включающих производство, регистрацию, транспортировку, хранение, реализацию, применение, а также утилизацию лекарственных средств. Одним из ключевых факторов обеспечения доступности, качества и безопасности лекарственных средств (ЛС) для населения является эффективная организация фармацевтической деятельности на оптовом и розничном рынках.

Рост числа аптечных организаций стал одной из причин усиления конкуренции на фармацевтическом рынке. Также расширение ассортимента лекарственных средств, включая дженериков от различных производителей,

привело к тому, что предложение стало превышать спрос. В результате рынок продавца преобразовался в рынок потребителя.

Оптовая реализация лекарственных средств

В процессе обращения лекарственных средств можно выделить путь перемещения фармацевтических товаров, начиная от получения сырья, активных веществ или выращивания лекарственных растений и заканчивая приобретением готового препарата конечным потребителем. Часть пути, охватывающая процесс от получения сырья до производства готовой продукции, называется движением продукции производственно-технического назначения. Вторая часть включает продвижение готовых товаров от производителя до конечного пользователя и называется товародвижением.

Логистика – это область, занимающаяся управлением перемещением материальных и информационных потоков от их исходной точки до конечного потребителя, с минимальными затратами по времени и ресурсам. Логистика отличается тем, что материальный поток сопровождается рядом других потоков, таких как финансовый, информационный, поток сервисных услуг и транспортный. Задачи логистики включают планирование, организацию и контроль всех видов деятельности, связанных с перемещением материальных, финансовых, информационных, сервисных и транспортных потоков от начальной стадии производства до конечного потребителя.

Основными функциональными компонентами логистики являются:

- базовые (снабжение, производство, сбыт);
- ключевые (обеспечение стандартов обслуживания клиентов, транспортировка, управление закупками, запасами, заказами и ценообразованием);
- поддерживающие (складирование, обработка грузов, защитная упаковка, возврат товаров, информационное обеспечение).

Особенностью логистики является то, что помимо материального потока существуют и другие потоки, такие как финансовый, информационный, сервисных услуг и транспортный. Задачи логистики заключаются в планировании, организации и контроле всех видов деятельности, связанных с перемещением материальных, финансовых, информационных, сервисных и транспортных потоков, начиная с производства и до конечного потребителя.

В зависимости от области деятельности выделяются различные направления логистики. К ним относятся закупочная логистика (обеспечение организаций необходимыми материальными ресурсами), производственная логистика (управление материальными потоками внутри предприятий, которые занимаются производством продукции или предоставлением услуг по хранению и другим задачам), а также распределительная логистика (обеспечение доставки готовой продукции до потребителей).

Для создания оптимальной структуры и эффективной реализации логистической стратегии на фармацевтическом рынке необходимы модели логистических систем, в которых все функциональные компоненты логистики тесно взаимосвязаны.

В условиях рыночной экономики и государственной регуляции особое значение приобретает рациональная организация всех этапов движения ЛС от производителя к потребителю. Законы Республики Казахстан, такие как Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения», а также правила надлежащей дистрибьюторской (GDP) и аптечной практики (GPP), строго регулируют этот процесс.

Основные функции оптовых организаций:

- Заключение договоров с производителями;
- Формирование товарных запасов;
- Обеспечение условий хранения в соответствии с GDP;
- Транспортировку ЛС в аптеки и ЛПУ;
- Контроль сроков годности, партий и условий логистики.

Условия осуществления оптовой деятельности включают наличие лицензии, соблюдение стандартов GDP, наличие квалифицированного персонала, обеспечение температурного режима хранения и функционирование системы рекламации и отзыва ненадлежащей продукции.

Розничная реализация лекарственных средств

Розничная торговля лекарственными средствами представляет собой деятельность, включающую закупку, хранение и реализацию готовых препаратов через аптеки и их структурные подразделения (в том числе изготовленных в самих аптеках), напрямую гражданам для личного использования, медицинским учреждениям (за исключением аптечных организаций), а также различным предприятиям и организациям без права последующей перепродажи.

Аптечная организация – это предприятие, занимающееся розничной продажей лекарств, медицинских изделий, а также производством лекарственных форм и их отпуском.

Аптечные учреждения в Республике Казахстан представлены различными формами, включая частные и государственные аптеки, аптеки при медицинских организациях, а также интернет-аптеки и дистанционную торговлю с установленными законодательными ограничениями.

В зависимости от характера производственной деятельности аптеки классифицируются следующим образом:

- *Производственные аптеки* – это аптеки, обслуживающие население и занимающиеся изготовлением лекарственных форм по рецептам врачей и заявкам лечебно-профилактических учреждений, а также реализующие готовые лекарственные препараты. Некоторые из них могут иметь узкую специализацию в зависимости от ассортимента продукции, например: аптеки готовых лекарственных форм, детские, гомеопатические, «зеленые» (фитотерапевтические), гериатрические и другие специализированные аптеки.
- *Аптеки готовых лекарственных форм* осуществляют исключительно продажу готовых лекарственных средств населению и медицинским учреждениям.

- *Аптеки лечебно-профилактических организаций* (в том числе больничные и межбольничные аптеки) обеспечивают лекарственными средствами одно или несколько лечебно-профилактических организаций, а также другие организации.

Правила надлежащей аптечной практики (GPP) предусматривают обязательное наличие лицензии, квалифицированного фармацевта, соблюдение условий хранения и учета лекарственных средств, ведение учетной документации и внедрение систем автоматизации, включая электронные рецепты и кассовое оборудование. Управление аптекой осуществляется специалистом, имеющим высшее фармацевтическое образование и не менее трёх лет опыта работы по данной специальности. Сотрудники аптеки обязаны соответствовать установленным квалификационным требованиям, предъявляемым к специалистам, занимающимся фармацевтической деятельностью.

В Казахстане внедрены цифровые решения, обеспечивающие прозрачность системы обращения ЛС:

1.**ЕСФДЗ** – Единая система фармацевтического документооборота и заявок

2.**DariKZ** – портал открытых данных о лекарствах

3.**Электронные рецепты и история болезни**

4.**Системы маркировки и прослеживаемости**

5.**ERP и WMS-системы** для автоматизации логистики и складов

Государственное регулирование и контроль – органы, осуществляющие надзор за деятельностью аптечной сети:

Министерство здравоохранения РК:

- **Комитет медицинского и фармацевтического контроля**
- **Комитет санитарно-эпидемиологического контроля**
- **Национальный центр экспертизы лекарственных средств и изделий медицинского назначения**

Регулярно проводятся инспекции, лицензирование, мониторинг цен, проверка качества продукции, контроль за условиями хранения и отпуска.

Контрольные вопросы

1. Какие нормативные акты регулируют фармацевтическую деятельность в РК?
2. Какие функции выполняет оптовое звено фармацевтической сети?
3. Какие требования предъявляются к аптекам согласно GPP?
4. Каковы особенности аптечных организаций и их классификация?
5. Что включает в себя правило GDP?
6. Что такое ЕСФДЗ и какова её роль в контроле за ЛС?
7. Какие цифровые технологии внедряются в систему обращения ЛС?
8. Как осуществляется государственный контроль над фармацевтическими организациями?

6.5. Порядок бесплатного и льготного лекарственного обеспечения

Республика Казахстан, придерживаясь принципов социальной ориентированности государства, уделяет особое внимание обеспечению доступности медицинской помощи для всех граждан. Одним из ключевых аспектов этой политики является гарантированное предоставление лекарственных средств на бесплатной и льготной основе определенным категориям населения и при определенных заболеваниях.

1. Нормативно-правовая база бесплатного и льготного лекарственного обеспечения

Система бесплатного и льготного лекарственного обеспечения в Республике Казахстан регулируется рядом ключевых нормативно-правовых актов, среди которых особое место занимают:

- Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения»: Данный кодекс является основополагающим документом, определяющим права граждан на охрану здоровья и гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), а также регулирующим вопросы лекарственного обеспечения. Статья 88 Кодекса закрепляет право отдельных категорий населения на бесплатное и льготное обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями в порядке, определяемом уполномоченным органом.
- Постановление Правительства Республики Казахстан от 20 июня 2019 года № 424 «Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, Правил проведения профилактических прививок, сроков их проведения и категорий населения, подлежащих профилактическим прививкам в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» (с последующими изменениями и дополнениями): Данное постановление определяет перечень заболеваний, при которых лекарственное обеспечение в рамках ГОБМП осуществляется бесплатно (например, противотуберкулезные препараты).
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 августа 2017 года № 665 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемых у единого дистрибьютора для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования» (с последующими изменениями и дополнениями): этот приказ утверждает перечень лекарственных средств и медицинских изделий, централизованно закупаемых единым дистрибьютором для обеспечения ГОБМП и системы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС). Данный перечень регулярно обновляется и содержит широкий спектр препаратов для лечения различных заболеваний.
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-75 «Об утверждении Правил обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования» (с последующими изменениями и дополнениями): Данный приказ детально регламентирует порядок назначения, выписки, отпуска и учета лекарственных средств и медицинских изделий в рамках ГОБМП и ОСМС, включая категории лиц, имеющих право на бесплатное и льготное обеспечение.

2. Категории населения, имеющие право на бесплатное лекарственное обеспечение в рамках ГОБМП

В рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи определенные категории населения имеют право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями при наличии медицинских показаний и соответствующего назначения врача. К таким категориям относятся:

1. **Лица, страдающие социально значимыми заболеваниями:** Перечень социально значимых заболеваний определяется уполномоченным органом и включает такие заболевания, как туберкулез, ВИЧ-инфекция/СПИД, злокачественные новообразования, психические расстройства, сахарный диабет (инсулинозависимый тип), хроническая почечная недостаточность (на стадии гемодиализа и перитонеального диализа), гемофилия, муковисцидоз, системные хронические заболевания, отдельные орфанные заболевания и другие. Лекарственное обеспечение при данных заболеваниях осуществляется в соответствии с утвержденными клиническими протоколами диагностики и лечения.
2. **Дети:** Дети до 18 лет обеспечиваются лекарственными средствами и медицинскими изделиями бесплатно при всех заболеваниях, входящих в ГОБМП, при наличии медицинских показаний.
3. **Беременные женщины:** Беременные женщины обеспечиваются бесплатными лекарственными средствами и витаминно-минеральными комплексами, необходимыми для нормального течения беременности и профилактики осложнений, в рамках ГОБМП.
4. **Участники и инвалиды Великой Отечественной войны, лица, приравненные к ним:** Данная категория граждан имеет право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами при наличии медицинских показаний.
5. **Лица, пострадавшие вследствие Чернобыльской катастрофы, испытаний на Семипалатинском полигоне:** Данные категории граждан также имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством.
6. **Доноры крови и ее компонентов:** в соответствии с законодательством, доноры, совершившие определенное количество донаций, имеют право на льготное и бесплатное лекарственное обеспечение.

3. Порядок назначения, выписки и отпуска бесплатных лекарственных средств

Процесс обеспечения бесплатными лекарственными средствами в рамках ГОБМП включает следующие этапы:

I. **Обращение пациента за медицинской помощью:** Пациент обращается к врачу (терапевту, педиатру, узкому специалисту) в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) или специализированную медицинскую помощь.

II. **Диагностика и назначение лечения:** Врач проводит осмотр, назначает необходимые диагностические исследования и устанавливает диагноз в соответствии с действующими клиническими протоколами. При наличии медицинских показаний для бесплатного лекарственного обеспечения, врач назначает соответствующие лекарственные средства и медицинские изделия.

III. **Выписка рецепта:** Врач выписывает рецепт на бесплатные лекарственные средства на специальном рецептурном бланке установленного образца. В рецепте обязательно указываются: фамилия, имя, отчество пациента, возраст, диагноз, международное непатентованное наименование (МНН) лекарственного средства, дозировка, способ применения, количество, срок действия рецепта, фамилия и личная печать врача, а также печать медицинской организации.

IV. **Отпуск лекарственных средств:** Пациент обращается с выписанным рецептом в аптечную организацию, имеющую договор с Фондом социального медицинского страхования (ФСМС) на отпуск лекарственных средств в рамках ГОБМП. Фармацевт проверяет рецепт на соответствие установленным требованиям и осуществляет отпуск лекарственного средства бесплатно. Информация об отпущенном лекарственном средстве регистрируется в информационной системе.

4. Льготное лекарственное обеспечение

Помимо бесплатного лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП, в Республике Казахстан существует система льготного лекарственного обеспечения для отдельных категорий населения или при определенных заболеваниях, не входящих в перечень социально значимых, но требующих длительного и дорогостоящего лечения.

- **Обеспечение лекарственными средствами по рецептам на льготных условиях:** для некоторых категорий граждан, таких как пенсионеры, инвалиды (не относящиеся к категориям, получающим бесплатное обеспечение по социально значимым заболеваниям), лица с определенными хроническими заболеваниями, могут предусматриваться льготные условия приобретения лекарственных средств с частичной оплатой их стоимости. Порядок и условия такого льготного обеспечения определяются отдельными нормативными правовыми актами и программами.
- **Региональные программы льготного лекарственного обеспечения:** В отдельных регионах Республики Казахстан могут действовать дополнительные программы льготного лекарственного обеспечения, финансируемые из местного бюджета. Данные программы могут предусматривать расширенный перечень лекарственных средств или льготные условия для дополнительных категорий населения. Информация о таких региональных программах доступна в местных органах управления здравоохранением.

5. Единый дистрибьютор и закуп лекарственных средств

Основным механизмом обеспечения лекарственными средствами в рамках ГОБМП и ОСМС является централизованный закуп через единый дистрибьютор – ТОО «СК-Фармация». Единый дистрибьютор осуществляет закуп лекарственных средств и медицинских изделий на основании утвержденного Перечня, проводит переговоры с производителями, обеспечивает контроль качества закупаемой продукции, а также организует их хранение и доставку в медицинские и аптечные организации по всей стране.

Централизованный закуп позволяет:

- Обеспечить экономию бюджетных средств за счет оптовых закупок.
- Гарантировать качество и безопасность поставляемых лекарственных средств.
- Обеспечить равномерное распределение лекарственных средств по регионам страны.
- Повысить прозрачность и эффективность системы лекарственного обеспечения.

Система бесплатного и льготного лекарственного обеспечения в Республике Казахстан является важным инструментом социальной поддержки населения и обеспечения доступности необходимой медицинской помощи. Государство прилагает значительные усилия для ее совершенствования, расширения охвата и повышения эффективности. Знание порядка получения бесплатных и льготных лекарственных средств, а также осведомленность об актуальных изменениях в данной сфере, является важным для граждан и медицинских работников. Дальнейшее развитие системы направлено на повышение качества жизни пациентов, обеспечение их прав на охрану здоровья и рациональное использование государственных ресурсов в сфере здравоохранения.

Контрольные вопросы:

1. Какой основной законодательный акт регулирует бесплатное и льготное лекарственное обеспечение в РК?
2. Назовите ключевые нормативные правовые акты, определяющие порядок лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП и ОСМС.
3. Перечислите основные категории населения, имеющие право на бесплатное лекарственное обеспечение в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП).
4. При каких социально значимых заболеваниях лекарственное обеспечение осуществляется бесплатно в РК? Приведите несколько примеров.
5. Каков порядок действий пациента для получения бесплатных лекарственных средств в рамках ГОБМП, начиная с обращения к врачу?
6. Кто выписывает рецепт на бесплатные лекарственные средства и какие обязательные сведения должны быть указаны в рецепте?
7. Каковы условия льготного лекарственного обеспечения для отдельных категорий населения, не входящих в перечень получателей бесплатной помощи по социально значимым заболеваниям?

8. Могут ли существовать региональные программы льготного лекарственного обеспечения в РК? Если да, то за счет каких средств они финансируются?

9. Какова роль единого дистрибьютора (ТОО «СК-Фармация») в системе лекарственного обеспечения РК?

10. Какие преимущества обеспечивает централизованный закуп лекарственных средств через единый дистрибьютор?

11. Какие актуальные изменения и тенденции наблюдаются в системе бесплатного и льготного лекарственного обеспечения в Казахстане на сегодняшний день (21 апреля 2025 года)?

12. Как развивается электронная система лекарственного обеспечения в РК и какие преимущества она предоставляет пациентам и медицинским работникам?

13. Каково взаимодействие системы бесплатного лекарственного обеспечения (ГОБМП) и системы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) в части лекарственного обеспечения?

14. Какие меры предпринимаются государством для контроля за целевым использованием бюджетных средств, выделяемых на лекарственное обеспечение?

15. Где граждане могут получить актуальную и достоверную информацию о порядке бесплатного и льготного лекарственного обеспечения в Республике Казахстан?

6.6. Правовые основы оборота лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету.

Оборот лекарственных средств, обладающих высоким риском злоупотребления и развития лекарственной зависимости, требует особого контроля со стороны государства. В Республике Казахстан правовые основы регулирования обращения таких препаратов, подлежащих предметно-количественному учету (ПКУ), определены рядом нормативно-правовых актов. Строгий учет и контроль направлены на предотвращение их немедицинского использования, минимизацию рисков для здоровья населения и обеспечение их доступности для пациентов, нуждающихся в соответствующем лечении. Данный раздел посвящен детальному рассмотрению правовых аспектов оборота лекарственных средств, подлежащих ПКУ в РК, с учетом актуальных нормативных требований на сегодняшний день.

1. Определение и классификация лекарственных средств, подлежащих ПКУ

Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в Республике Казахстан, утверждается уполномоченным органом в сфере здравоохранения. На сегодняшний день данный перечень включает (таблица 24):

Таблица 24 – Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в Республике Казахстан

Категория веществ	**Описание**
Наркотические средства	Вещества синтетического или естественного происхождения, включенные в Единую конвенцию о наркотических средствах 1961 года и законодательство Республики Казахстан, обладающие свойствами вызывать наркоманию.
Психотропные вещества	Вещества синтетического или естественного происхождения, включенные в Конвенцию о психотропных веществах 1971 года и законодательство Республики Казахстан, обладающие способностью вызывать психическую зависимость.
Прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ	Вещества, часто используемые при производстве наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых также подлежит особому контролю.
Сильнодействующие вещества	Лекарственные средства, обладающие выраженной фармакологической активностью и способные при неправильном применении причинить вред здоровью человека. Перечень сильнодействующих веществ устанавливается уполномоченным органом.
Ядовитые вещества	Химические соединения, способные вызывать отравление или смерть при попадании в организм в определенных дозах. Перечень ядовитых веществ также утверждается уполномоченным органом.
Иные лекарственные средства, подлежащие ПКУ	Уполномоченный орган может включать в перечень ПКУ и другие лекарственные средства, оборот которых требует особого контроля в целях охраны здоровья населения. К таким препаратам могут относиться некоторые анальгетики, снотворные, анксиолитики и другие средства,

	обладающие потенциалом злоупотребления.

2. Нормативно-правовая база, регулирующая оборот лекарственных средств, подлежащих ПКУ

Правовые основы оборота лекарственных средств, подлежащих ПКУ в Республике Казахстан, определяются следующими ключевыми нормативно-правовыми актами:

- Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения»: Статья 89 данного Кодекса устанавливает особые требования к обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, сильнодействующих и ядовитых веществ, а также лекарственных средств, подлежащих ПКУ. Кодекс определяет лицензионные требования, правила хранения, учета, отпуска, транспортировки и уничтожения данных категорий лекарственных средств.
- Закон Республики Казахстан от 28 августа 2009 года № 190-IV «О наркотических средствах, психотропных веществах, их аналогах и прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими» (с последующими изменениями и дополнениями): Данный закон регулирует вопросы, связанные с контролем за оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров, а также меры по противодействию их незаконному обороту и злоупотреблению ими. Закон устанавливает требования к лицензированию деятельности, связанной с оборотом данных веществ, правила ввоза, вывоза, транзита, хранения, учета, отпуска, использования и уничтожения.
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84 «Об утверждении Правил хранения, учета и отпуска наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в Республике Казахстан» (с последующими изменениями и дополнениями): Данный приказ детально регламентирует порядок хранения, учета и отпуска наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в медицинских и фармацевтических организациях. Приказ устанавливает требования к помещениям для хранения, ведению журналов учета, оформлению рецептов и отпуску препаратов.
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-85 «Об утверждении Правил хранения, учета и отпуска сильнодействующих и ядовитых веществ, а также лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в Республике Казахстан» (с последующими изменениями и дополнениями): Данный приказ устанавливает аналогичные требования к хранению, учету и отпуску сильнодействующих и ядовитых веществ, а также иных лекарственных средств, включенных в перечень ПКУ.

3. Лицензирование деятельности, связанной с оборотом лекарственных средств, подлежащих ПКУ

Деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, а также сильнодействующих и ядовитых веществ, подлежит обязательному лицензированию в соответствии с законодательством Республики Казахстан о лицензировании и разрешениях.

- **Лицензирующие органы:** Лицензирование деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, осуществляется Министерством внутренних дел Республики Казахстан (МВД РК) по согласованию с уполномоченным органом в сфере здравоохранения. Лицензирование деятельности, связанной с оборотом сильнодействующих и ядовитых веществ, а также иных лекарственных средств, подлежащих ПКУ (за исключением наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров), осуществляется уполномоченным органом в сфере здравоохранения.
- **Лицензионные требования:** для получения лицензии на осуществления деятельности, связанной с оборотом лекарственных средств, подлежащих ПКУ, заявитель должен соответствовать ряду квалификационных требований, включая наличие:
  - Соответствующих помещений для хранения, оборудованных системами охраны и сигнализации.
  - Специально обученного персонала, имеющего допуск к работе с данными категориями лекарственных средств.
  - Необходимого оборудования для осуществления деятельности (например, сейфы, металлические шкафы).
  - Разработанных и утвержденных внутренних процедур учета и контроля оборота лекарственных средств, подлежащих ПКУ.
- **Виды деятельности, подлежащие лицензированию:** Лицензированию подлежат такие виды деятельности, как производство, изготовление, хранение, транспортировка, приобретение, реализация (отпуск), использование, уничтожение наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, сильнодействующих и ядовитых веществ, а также иных лекарственных средств, включенных в перечень ПКУ.

4. Требования к хранению лекарственных средств, подлежащих ПКУ

Хранение лекарственных средств, подлежащих ПКУ, осуществляется в условиях, обеспечивающих их сохранность, исключающих доступ посторонних лиц и предотвращающих хищение. Требования к хранению зависят от категории лекарственного средства:

- **Наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры:** хранятся в специально оборудованных помещениях (хранилищах) с несколькими рубежами охраны, сейфах или металлических шкафах, прикрепленных к полу или стене. Помещения оборудуются охранной и пожарной сигнализацией. Учет ведется в специальных журналах с пронумерованными и прошнурованными страницами, заверенными подписью руководителя и печатью организации.
- **Сильнодействующие и ядовитые вещества:** хранятся в отдельных запирающихся шкафах (сейфах) в специально оборудованных помещениях или

на отдельных полках в общих помещениях хранения, изолированно от других лекарственных средств. Учет ведется в специальных журналах.

- **Иные лекарственные средства, подлежащие ПКУ:** хранятся в запирающихся шкафах, обеспечивающих их сохранность и исключающих несанкционированный доступ. Учет ведется в журналах ПКУ.

5. Порядок учета лекарственных средств, подлежащих ПКУ

Предметно-количественный учет лекарственных средств осуществляется на всех этапах их оборота – при поступлении, хранении, отпуске и использовании. Основные требования к учету включают:

- **Ведение специальных журналов учета:** для каждой категории лекарственных средств, подлежащих ПКУ, ведутся отдельные журналы учета установленной формы. Записи в журналах производятся своевременно, точно и аккуратно, заверяются подписью ответственного лица.
- **Проведение инвентаризации:** В медицинских и фармацевтических организациях регулярно проводятся инвентаризации лекарственных средств, подлежащих ПКУ, для сверки фактического наличия с данными учета. Результаты инвентаризации оформляются актами.
- **Представление отчетности:** Организации, осуществляющие оборот лекарственных средств, подлежащих ПКУ, обязаны представлять отчетность о движении данных препаратов в уполномоченные органы в установленные сроки и по установленной форме.

6. Правила назначения и отпуска лекарственных средств, подлежащих ПКУ

Назначение и отпуск лекарственных средств, подлежащих ПКУ, осуществляется по особым правилам:

- **Назначение:** Наркотические средства и психотропные вещества назначаются на специальных рецептурных бланках установленного образца, имеющих серию и номер, защитные элементы. Рецепты выписываются под личную ответственность врача, с указанием фамилии, имени, отчества пациента, возраста, диагноза, наименования препарата, дозировки, способа применения, количества, срока действия рецепта, фамилии, имени, отчества и личной печати врача, а также печати медицинской организации. Назначение сильнодействующих и ядовитых веществ, а также иных лекарственных средств, подлежащих ПКУ, также осуществляется на рецептурных бланках, требования к оформлению которых могут отличаться.
- **Отпуск:** Отпуск наркотических средств и психотропных веществ из аптечных организаций осуществляется строго по рецептам, выписанным на специальных бланках. Рецепты остаются в аптеке на хранении. Отпуск сильнодействующих и ядовитых веществ, а также иных лекарственных средств, подлежащих ПКУ, также осуществляется по рецептам, которые регистрируются в специальных журналах. Фармацевтический работник обязан проинформировать пациента о правилах применения и хранения данных лекарственных средств.

7. Транспортировка и уничтожение лекарственных средств, подлежащих ПКУ

Транспортировка и уничтожение лекарственных средств, подлежащих ПКУ, также регламентируются специальными правилами, направленными на обеспечение их безопасности и предотвращение утечки в незаконный оборот. Транспортировка осуществляется специализированными организациями с соблюдением требований к упаковке, маркировке и сопровождению. Уничтожение неиспользованных, просроченных или пришедших в негодность лекарственных средств, подлежащих ПКУ, производится специальными комиссиями с составлением соответствующего акта и в соответствии с установленными процедурами.

8. Контроль за оборотом лекарственных средств, подлежащих ПКУ

Контроль за оборотом лекарственных средств, подлежащих ПКУ, осуществляется уполномоченными органами в сфере здравоохранения и внутренних дел. Контрольные мероприятия включают (таблица 25):

Таблица 25 – Контрольные мероприятия лекарственных средств, подлежащих ПКУ

Деятельность	**Описание**
Плановые и внеплановые проверки	Проводятся проверки медицинских и фармацевтических организаций на предмет соблюдения требований законодательства в сфере оборота лекарственных средств, подлежащих ПКУ.
Мониторинг отчетности	Уполномоченные органы осуществляют мониторинг представляемой организациями отчетности о движении лекарственных средств, подлежащих ПКУ.
Меры ответственности за нарушения	За нарушения правил оборота лекарственных средств, подлежащих ПКУ, предусмотрена административная и уголовная ответственность в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Правовые основы оборота лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в Республике Казахстан, представляют собой многоуровневую систему, направленную на обеспечение строгого контроля за обращением препаратов с высоким риском злоупотребления. Соблюдение установленных требований является обязательным для всех субъектов

фармацевтического рынка и медицинских организаций, осуществляющих деятельность, связанную с данными категориями лекарственных средств. Эффективное правовое регулирование способствует предотвращению немедицинского использования, минимизации рисков для здоровья населения и обеспечению доступности данных лекарственных средств для пациентов, нуждающихся в них по медицинским показаниям. Дальнейшее совершенствование нормативно-правовой базы в данной сфере является важным аспектом государственной политики в области здравоохранения и безопасности.

Контрольные вопросы:

1. Что означает термин "предметно-количественный учет" (ПКУ) в контексте оборота лекарственных средств в РК?
2. Перечислите основные категории лекарственных средств, которые подлежат предметно-количественному учету в Республике Казахстан на сегодняшний день.
3. Назовите ключевые нормативно-правовые акты, регулирующие оборот лекарственных средств, подлежащих ПКУ, в РК.
4. Какой государственный орган осуществляет лицензирование деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в РК?
5. Какие основные требования предъявляются к помещениям для хранения наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в медицинских и фармацевтических организациях?
6. Каким образом осуществляется учет сильнодействующих и ядовитых веществ в медицинских и фармацевтических организациях РК?
7. На каких этапах оборота лекарственных средств, подлежащих ПКУ, ведется предметно-количественный учет?
8. Какие требования предъявляются к оформлению рецептов на наркотические средства и психотропные вещества в РК?
9. Каков порядок отпуска наркотических средств и психотропных веществ из аптечных организаций?
10. Как осуществляется транспортировка лекарственных средств, подлежащих ПКУ, по территории Республики Казахстан?
11. Каким образом производится уничтожение неиспользованных или пришедших в негодность лекарственных средств, подлежащих ПКУ?
12. Какие государственные органы осуществляют контроль за оборотом лекарственных средств, подлежащих ПКУ, в РК?
13. Какие виды ответственности предусмотрены законодательством РК за нарушения правил оборота лекарственных средств, подлежащих ПКУ?
14. В чем заключается цель строгого государственного контроля за оборотом лекарственных средств, подлежащих ПКУ?
15. Какие актуальные изменения в нормативно-правовой базе, регулирующей оборот лекарственных средств, подлежащих ПКУ, произошли в последнее время?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учебник «Общественное здоровье и здравоохранение» представляет собой комплексное и актуализированное издание, разработанное в соответствии с типовыми образовательными программами и современными потребностями системы здравоохранения Республики Казахстан. Его структура, тематическое содержание и практическая направленность отвечают задачам подготовки нового поколения специалистов, обладающих системным мышлением, критическим подходом к анализу проблем общественного здоровья, навыками управления и способностью адаптироваться к трансформационным изменениям в здравоохранении.

Содержание учебника охватывает ключевые теоретические и прикладные аспекты дисциплины: от основополагающих понятий и историко-теоретических подходов к здравоохранению — до рассмотрения современных вызовов, включая неинфекционные хронические заболевания, качество и безопасность медицинской помощи, демографические тенденции, цифровизацию, медицинское страхование и вопросы устойчивого кадрового обеспечения отрасли. Значительное внимание уделено нормативно-правовой базе, статистическим данным, международным рекомендациям и актуальным национальным стратегиям, что позволяет сформировать у студентов целостное представление о функционировании системы здравоохранения и роли общественного здоровья в обеспечении благополучия населения.

Особенностью данного учебного пособия является его междисциплинарный и прикладной характер. Коллектив авторов объединил академические знания с практическим опытом в области эпидемиологии, управления, профилактики, медицинской социологии и права. Это позволило включить в издание не только теоретические выкладки, но и реальные кейсы, схемы, таблицы, QR-коды с интерактивными заданиями и материалами, практикумы, списки литературы, ориентированные на самостоятельную работу обучающихся. Такое интегративное сочетание способствует формированию у обучающихся навыков критического анализа и умения применять знания в условиях реальной медицинской практики и в принятии управленческих решений.

Учебник может использоваться как на уровне бакалавриата, так и в рамках последипломного и непрерывного профессионального образования специалистов в области здравоохранения. Он также будет полезен практикующим работникам органов санитарно-эпидемиологической службы, менеджерам здравоохранения, преподавателям медицинских вузов и магистрантам, стремящимся к углубленному пониманию закономерностей функционирования системы охраны здоровья населения.

В условиях вызовов XXI века — глобальных пандемий, демографического старения, роста хронических заболеваний и усиливающегося неравенства в доступе к медицинской помощи — подготовка компетентных и ответственных специалистов общественного здравоохранения приобретает особое значение.

Авторы выражают уверенность, что учебник станет значимым ресурсом для всех, кто вовлечен в процесс обучения, исследования и управления в системе здравоохранения. Рекомендуется использовать учебник не только как базовый источник знаний, но и как платформу для диалога, обсуждений, научных дискуссий и совершенствования образовательной и управленческой практики.

Мы открыты к предложениям, дополнениям и научному обмену. Только совместными усилиями возможно формирование интеллектуального и нравственного фундамента для качественной подготовки будущих профессионалов, способных отвечать на современные вызовы и строить эффективную, безопасную и человекоцентричную систему здравоохранения в Республике Казахстан.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Использование QR-кодов для доступа к дополнительным образовательным материалам

В целях повышения эффективности учебного процесса, интеграции традиционных и электронных форм обучения, а также обеспечения быстрого доступа к дополнительным материалам в данном разделе представлены **QR-коды**, обеспечивающие доступ к следующим ресурсам:

QR-код 1 - содержит полный сборник ситуационных задач по всем разделам данного учебника, включая вопросы, задания и ответы с комментариями (Рисунок 1). Использование практикума позволит: закрепить теоретический материал; развить критическое мышление и подготовиться к практическим занятиям, семинарам, рубежному и итоговому контролю.

Рисунок 1. QR-код - полный практикум

Наведите камеру телефона или приложение-сканер QR-кодов на данный код для перехода к материалам практикума.

QR-код 2 - содержит полный перечень литературы, использованной при подготовке учебника, а также рекомендуемые источники для углубленного изучения тем дисциплины и выполнения самостоятельных научно-исследовательских работ (Рисунок 2).

Рисунок 2. QR-код - полный список использованной и рекомендуемой литературы

Наведите камеру телефона или приложение-сканер QR-кодов на данный код для перехода к списку литературы.