

УДК 614.2 (574.25)

М.А. Баяндин, доктор экономических наук
Инновационный Евразийский университет (г. Павлодар)
E-mail: rector@ineu.edu.kz

А.У. Туребаев
Инновационный Евразийский университет (г. Павлодар)
E-mail: poll_pvl@bk.ru

О текущих результатах повышения эффективности управления системой здравоохранения в Республике Казахстан

***Аннотация.** В статье рассматривается современное здравоохранение как социальный институт, представляющий широкую систему частных и государственных предприятий. Указано на необходимость изучения теоретических и практических особенностей менеджмента в здравоохранении, обусловленную потребностью в выработке концептуальных подходов к общению руководителей и специалистов индустрии медицинских услуг на различных ступенях управления.*

***Ключевые слова:** здравоохранение, медицинские услуги, менеджмент в здравоохранении, система управления качеством медицинских услуг.*

Современный этап институционализации здравоохранения характеризуется усилением роли государства, являющимся как собственником значительной части лечебных учреждений, так и организатором системы общественного контроля деятельности частных учреждений. В управлении системой здравоохранения характерно усиление роли государства. Главными признаками современного здравоохранения становятся доступность и высокое качество.

Улучшению показателей системы здравоохранения в определенной мере способствуют мероприятия государственных программ. Акцент на развитие высоких технологий, которые ранее граждане нашей страны могли получить только за рубежом, привел к росту внедрения высокоспециализированной медицинской помощи в регионах и особенно позволил увеличить доступность для сельских жителей.

В стране создана система управления качеством медицинских услуг, поэтапно внедряются международные стандарты аккредитации. Развитие медицины продолжается, в нее подключаются науки, помогающие на молекулярном уровне понять природу болезней и выявить способы ее лечения [1, с. 138–145]. Естественно, что медицина технически усложняется, к ней подключается компьютерная и лазерная техника и другие новейшие достижения. Продолжает расти специализация медицинской профессии: выделяются косметологи, диетологи и т.д. В ряде областей наблюдается переход к пооперационному разделению труда врача (например, в области микрохирургии глаза).

Продолжена работа по информатизации здравоохранения, в рамках развития электронного здравоохранения внедряются современные информационные системы. За счет внедрения электронных паспортов здоровья будут автоматизированы бизнес-процессы медицинских организаций и медицинского персонала. Для создания сбалансированной и устойчивой системы обеспечения гарантий и обязательств оказания медицинской помощи, основанной на солидарном участии государства, работодателей и граждан внедряется обязательное социально-медицинское страхование.

Главным признаком современной медицины становится ее доступность и высокое качество. По мере перехода к демократическому обществу услуги здравоохранения становятся общедоступными и массовыми, а медицинские учреждения широко распространенными.

Таким образом, современное здравоохранение можно рассматривать как социальный институт, прошедший путь длительного саморазвития, представляющий широкую систему частных и государственных предприятий, (частная практика, поликлиники, больницы, диспансеры, санитарно-эпидемические центры, аптеки, и другие). Они оказывают весь комплекс услуг, связанных с лечением: профилактику заболевания, самолечение (амбулаторно и дома), послеоперационное обслуживание. В этих условиях необходимость изучения теоретических и практических особенностей менеджмента в здравоохранении обусловлена потребностью в разработке общего языка, как для менеджеров, так и для выработки концептуальных подходов к общению руководителей и специалистов индустрии медицинских услуг на различных ступенях управления.

На сегодняшний день определение менеджмента в здравоохранении однозначно не выработано. У одних он ассоциируется с полученными лечебными процедурами в больничных палатах, с лекарствами, физиотерапией, для других – это надежды на улучшение здоровья, для третьих – лечение в зарубежных клиниках [2, с. 7–9]. И все они правы, поскольку менеджмент в здравоохранении (менеджмент оказания медицинских услуг) чрезвычайно разнообразен.

На 1 января 2017 года медицинскую помощь населению республики оказывают 840 больничных (670 государственных и 170 частных) и 2718 амбулаторно-поликлинических организаций (1856 государственных и 862 частных). Сельскому населению республики медицинскую помощь

оказывают 143 центральных и районных больниц, 142 сельских участковых и сельских больниц, 198 районных и сельских поликлиник, 1328 врачебных и семейных врачебных амбулаторий, 20 % ПМСП, 3987 фельдшерско-акушерских и медицинских пунктов. В соответствии с таблицей 1, количество коек (системы здравоохранения) в 2016 году уменьшилось до 87 287 против 89 962 в 2015 году. Показатель обеспеченности койками в 2016 году снизился на 4 % и составил 48,7 на 10 тыс. населения против 50,9 в 2015 году [3].

Таблица 1 – Количество коек (системы здравоохранения) в разрезе регионов Республики Казахстан

Наименование областей	Число коек (системы здравоохранения)			
	абсолютное число		на 10 тыс. населения	
	2015 год	2016 год	2015 год	2016 год
Республика Казахстан	89962	87287	50,9	48,7
Акмолинская	4672	4632	62,8	63,0
Актюбинская	3605	3553	43,2	42,1
Алматинская	8655	8335	44,4	42,1
Атырауская	2826	2771	47,5	45,7
ЗКО	3899	3574	61,2	55,7
Жамбылская	5087	4718	45,8	42,3
Карагандинская	7535	7452	54,4	53,9
Костанайская	4718	4504	53,4	51,2
Кызылординская	5010	4545	65,5	58,8
Мангыстауская	2615	2686	41,7	41,8
ЮКО	11452	11231	40,3	39,0
Павлодарская	4704	4408	62,0	58,2
СКО	3776	3723	66,3	66,0
ВКО	7947	7609	56,9	54,7
г. Астана	5410	5556	62,0	57,6
г. Алматы	8051	7990	47,3	45,6

Несмотря на уменьшение количества койко-мест, в 2016 году в больничные организации республики поступило на лечение 2 727,2 тыс. больных против 2 645,8 тыс. больных в 2015 году. По предварительным итогам 2016 года, в сравнении с 2015 годом, количество врачей системы здравоохранения увеличилось на 2,5 %, составив 53 682 против 52 398 в 2015 году, средних медицинских работников на 2,8 %, составив 142 734 против 138 851 соответственно.

Отмечается положительная динамика обеспеченности кадрами, обеспеченность врачами на 10 тыс. населения увеличилась на 2,4 % и составила 30,4 против 29,7 в 2015 году, средними медицинскими работниками – 1,4 % и составила 79,7 на 10 тыс. населения против 78,6 соответственно [4, с. 25–35].

В соответствии с рисунком 1 [3], в целом за период 2005–2015 гг. можно отметить снижение дефицита кадров, к примеру, обеспеченность населения врачами в РК вдвое выше, чем в странах Организации экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР), а медицинскими сестрами, наоборот ниже.

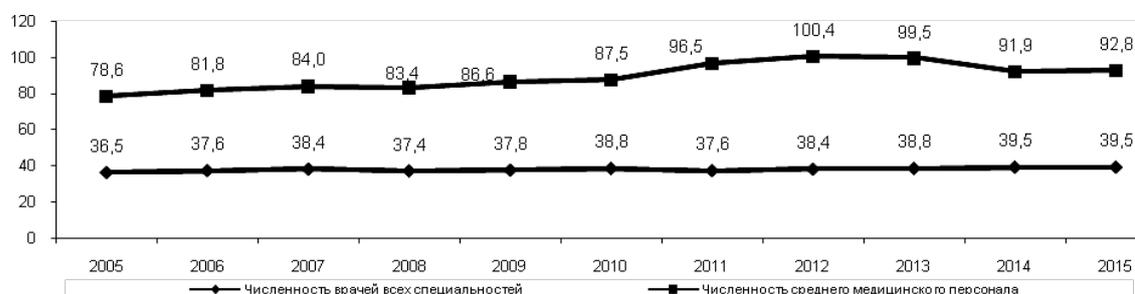


Рисунок 1 – Динамика численности врачей и среднего медицинского персонала в Республике Казахстан на 10 000 человек за 2005–2015 гг.

В таблице 2 наглядно представлены результаты 2016 года, указывающие на дефицит специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (далее ОИМ) (кардиологи, врачи функциональной диагностики, реаниматологи-анестезиологи, врачи скорой медицинской помощи, врачи общей практики), снизился на 37 %, при ОИ – на 3 %, а дефицит

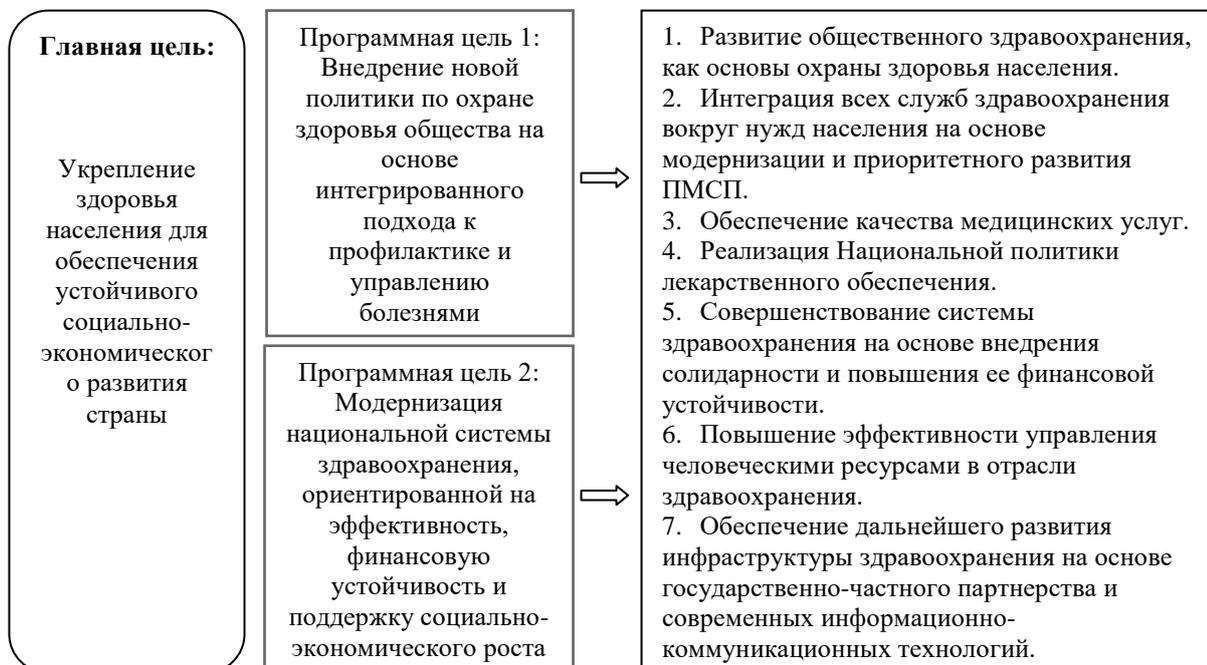
специалистов, участвующих на всех уровнях в оказании медицинской помощи при онкологических заболеваниях, снизился на 12%.

Таблица 2 – Показатели обеспеченности кадрами системы здравоохранения Республики Казахстан

Наименование областей	Количество врачей				Количество среднего медперсонала			
	абсолютное число		на 10 тыс. населения		абсолютное число		на 10 тыс. населения	
	2015 г.	2016 г.	2015 г.	2016 г.	2015 г.	2016 г.	2015 г.	2016 г.
Республика Казахстан	52398	53682	29,7	30,4	138851	142734	78,6	79,7
Акмолинская	1806	1821	24,3	24,5	6073	6131	81,6	83,4
Актюбинская	2636	2673	31,6	32,0	5642	5736	67,6	67,9
Алматинская	3667	4705	18,8	24,2	12257	13566	62,9	68,6
Атырауская	1267	1285	21,3	21,6	4346	4443	73,1	73,2
ЗКО	1577	1584	24,8	24,9	5679	5714	89,2	89,1
Жамбылская	2450	2488	22,1	22,4	9368	9466	84,3	84,9
Карагандинская	4562	4578	32,9	33,1	10178	10220	73,5	73,9
Костанайская	1726	1693	19,5	19,2	6146	6060	69,6	68,9
Кызылординская	2109	2281	27,6	29,8	8199	8444	107,1	109,2
Мангыстауская	1431	1546	22,8	24,7	5090	5397	81,2	84,1
ЮКО	7107	7185	25,0	25,3	21897	22869	77,1	79,4
Павлодарская	2329	2325	30,7	30,7	5926	5898	78,1	77,9
СКО	1413	1427	24,8	25,1	4897	4889	86,0	86,7
ВКО	4179	4148	29,9	29,7	10884	10814	78,0	77,8
г. Астана	5768	5642	66,1	64,7	9044	9462	103,6	98,1
г. Алматы	8371	8301	49,1	48,7	13225	13625	77,6	77,8

*Источник: www.stat.gov.kz.

На улучшение показателей системы здравоохранения в определенной мере оказали влияние меры Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2020 годы, как это представлено на рисунке 2 [5], направленные на улучшение доступности и качества медицинской помощи.



Исполнение мероприятий за 2016 год в рамках Госпрограммы «Денсаулық»		
Мероприятия, всего	Исполнено, всего	Не исполнено, всего
20	17	3

Рисунок 2 – Реализация госпрограммы «Денсаулық» на 2016–2019 гг.

К примеру, обеспечена прозрачность тарифной политики, в результате чего значительно увеличилась доля частного сектора в общем числе поставщиков гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее ГОБМП). В рамках Единой национальной системы здравоохранения (далее ЕНСЗ) активно развиваются стационарозамещающие технологии, с помощью которых пролечено в 2016 году 1 193,8 тыс. человек (2015 году 1 120,6 тыс. человек, 2014 год – 1 059,6 тыс. человек, 2013 год – 995,9 тыс. человек).

Внедрены новые методы оплаты с учетом наилучшего международного опыта, направленные на повышение качества медицинской помощи и рациональное управление затратами. Обеспечена прозрачность тарифной политики, в результате чего значительно увеличилась доля частного сектора в общем числе поставщиков ГОБМП. Доля частных поставщиков, оказывающих медицинские услуги ГОБМП, в 2016 году составила 29,63 %, при этом доля частных поставщиков услуг стационарной и стационарозамещающей помощи, финансируемых из республиканского бюджета, составила в 2016 году – 36,7 %.

С целью укрепления материально-технической базы и повышения эффективности использования основных средств, медицинским организациям предоставлена возможность приобретения оборудования через лизинг.

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) рассматривается как один из приоритетов Программы. Справедливо считается, что высокий уровень организации этой службы является основой повышения эффективности системы здравоохранения в целом. Разработан и реализуется большой комплекс мероприятий, способных обеспечить существенное повышение качества и доступности ПМСП. Внедрены механизмы мотивации врачей ПМСП. Так по итогам 2016 года дифференцированной оплатой на амбулаторном уровне охвачено 96 357 медицинских работников. Среднемесячная заработная плата с учетом доплаты на 1 работника составила 107,56 тыс. тенге, в т.ч. врача – 143,38 тыс. тенге, медицинской сестры – 96,30 тыс. тенге. Среднемесячная сумма доплаты на 1 работника – 8,98 тыс. тенге.

Стабильное финансирование позволило продолжить укрепление партнерских взаимоотношений с зарубежными клиниками по вопросам оказания высокоспециализированной медицинской помощи и трансферт высокотехнологичных медицинских услуг на областной уровень [4, с. 25–35].

Всего за период с 2010–2016 гг. было внедрено более 380 новых передовых методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики по основным клиническим направлениям хирургии, трансплантологии, реабилитации, кардиохирургии, кардиологии, лучевой диагностики, клинко-лабораторной диагностики, нейрохирургии, сестринского дела, онкологии. Так, в 2016 году научными организациями Корпоративного Фонда Назарбаев Университета, а также Научными центрами нейрохирургии и кардиохирургии было внедрено 36 новых методов.

В 2017 году проводилось дальнейшее повышение потенциала медицинских кадров ведущих организаций здравоохранения (обучение за рубежом, привлечение иностранных специалистов (менторство), проведение мастер-классов), по итогам которых планируется внедрение не менее 25 инновационных технологий диагностики и лечения по следующим направлениям: сосудистая и спинномозговая нейрохирургия; эндоскопические операции при опухолях головного мозга расположенных в его глубинных структурах; инновационные лабораторные методы исследования опухолей головного мозга; детская кардиохирургия и интервенционная кардиология; детская анестезиология и реаниматология.

Акцент на развитие высоких технологий, которые ранее граждане нашей страны могли получить только за рубежом, привел к росту внедрения высокоспециализированной медицинской помощи (далее – ВСМП) в регионах и особенно позволил увеличить доступность для сельских жителей. Кроме этого, в последние годы в республике принимаются комплексные меры по развитию отечественной трансплантологии, что позволяет из года в год увеличивать количество трансплантаций, к примеру, число операций по пересадке почек и трансплантаций костного мозга выросло в 20 раз.

В целях повышения уровня технического оснащения проведена инвентаризация медицинской техники (средний износ составляет 35 %). Определены новые подходы по оснащению медицинской техникой организаций здравоохранения в зависимости от уровня оказания медицинской помощи. На 2017 год определена потребность в оснащении медицинских организаций, оказывающих помощь по пяти приоритетным направлениям.

В республике создана система управления качеством медицинских услуг. Поэтапно внедряются международные стандарты аккредитации. С целью повышения информированности пациентов, развития конкурентной среды в сфере здравоохранения, принципов транспарентности и свободного выбора медицинской организации с 2012 года внедрена система рейтинговой оценки медицинских организаций на основе результатов внешнего, внутреннего контроля и отзывов пациентов. С целью обеспечения объективности развивается независимая экспертиза, доля проверок с привлечением независимых экспертов в 2015 году составила 35 %, что на 2 % больше, чем в 2014 году, или 33 %, в 2013 году – 30 %, за 6 месяцев 2016 года – 36 %. В медицинских организациях функционируют Службы внутреннего

контроля, которые призваны работать на предупреждение жалоб и рассмотрение их на месте возникновения по принципу «здесь и сейчас».

Министерством в соответствии с Госпрограммой, продолжается разработка стандартов организации оказания медицинской помощи (далее – Стандарты), клинических протоколов (далее – КП) [4, с. 25–35].

В целях реализации 82 Шага Плана нации «100 конкретных шагов» и внедрения передовых стандартов медицинского обслуживания, приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 30 ноября 2015 года № 926 создана и функционирует Объединенная комиссия по качеству медицинских услуг (далее – ОКК). Основными задачами ОКК является выработка рекомендаций по совершенствованию: клинических протоколов; стандартов медицинского образования, лекарственного обеспечения, системы контроля качества и доступности услуг в области здравоохранения. В состав ОКК вошли представители государственных органов и неправительственных организаций. В 2016 году проведено 18 заседаний ОКК, на которых рассмотрены и одобрены Регламент по разработке/пересмотру клинических протоколов, методические рекомендации по внедрению и мониторингу внедрения клинических протоколов в практическое здравоохранение и в образовательный процесс, по разработке стандартов организации оказания медицинской помощи; 281 клинических протокола; 40 новых медицинских технологий; 216 высокотехнологичных медицинских услуг; 8 стандартов организации оказания медицинской помощи; три обновленных стандарта аккредитации для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую, стационарную и скорую медицинскую помощь; Стратегия развития Национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения на 2016–2019 годы; порядок проведения постаккредитационного мониторинга деятельности аккредитованных организаций здравоохранения; методика и индикаторы оценки деятельности специалистов сестринского дела в медицинских организациях; методы определения дефицита кадровых ресурсов здравоохранения; Дорожная карта по развитию и совершенствованию клинических протоколов, Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 года; Правила аккредитации профессиональных медицинских ассоциаций и др.

С целью привлечения профессиональных медицинских ассоциаций к процессу разработки клинических протоколов и стандартов разработаны Требования к профессиональным медицинским ассоциациям, одобренные ОКК. Для дальнейшей передачи функций по разработке клинических протоколов профессиональным медицинским ассоциациям проведено обучение 204 представителей вышеуказанных ассоциаций вопросам доказательной медицины, разработки и внедрения клинических протоколов. В процесс разработки клинических протоколов привлечены представители профессиональных медицинских ассоциаций. Заключено 175 договоров на разработку клинических протоколов, из них с 105 членами профессиональных ассоциаций.

Министерством разработаны 33 Стандарта по различным профильным службам, из них 25 утверждены приказом Министерства и зарегистрированы в Министерстве юстиции Республики Казахстан (далее – МЮ). В 2016 году утверждены и зарегистрированы в МЮ шесть Стандартов, в 2017 году два Стандарта, подготовлены к утверждению восемь Стандартов. По состоянию на 1 января 2017 года имеются всего 951 КП, в том числе разработано 823 КП, пересмотрено и актуализировано 128 КП (2013 год – 224 КП, 2014 год – 255 КП, 2015 год – 285 КП, 2016 год – 281 КП).

Также, в целях признания соответствия оказываемых медицинских услуг установленным требованиям и стандартам в области здравоохранения, обновлены стандарты аккредитации для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую, стационарную и скорую медицинскую помощь.

Продолжена работа по информатизации здравоохранения. В рамках развития электронного здравоохранения внедряются информационные системы, которые уже сегодня позволяют пациенту самостоятельно выбирать поликлинику прикрепления, выбирать стационар, отслеживать продвижение очереди на плановую госпитализацию, самостоятельно осуществлять запись на прием к врачу по телефону, через портал «электронного правительства» и веб-сайты организаций ПМСП.

Разработаны стандарты электронного здравоохранения. В настоящее время Министерством здравоохранения и социального развития (далее – Министерство) заключен контракт KHSTTIRP-D/SW-02 «Поставка платформы для информатизации и обеспечения интероперабельности информационных систем здравоохранения» с компанией EricssonNikolaTesla (далее Платформа). Платформа обеспечивает внедрение электронных паспортов здоровья (далее ЭПЗ) для всех граждан страны, личного кабинета пациента и работника здравоохранения, единого хранилища данных здравоохранения. В результате внедрения Платформы будет создано единое информационное пространство электронного здравоохранения, при этом и медицинские работники, и пациенты смогут получить доступ к необходимым данным о здоровье, независимо от места оказания медицинской помощи.

Единые сервисы электронных направлений и электронных рецептов позволят обеспечить повышение доступности медицинской помощи. Информация, собираемая в ЭПЗ, обеспечит содействие в принятии клинических решений, преемственность в оказании медицинской помощи конкретному пациенту между организациями здравоохранения, повышение качества медицинской помощи

и снижение числа медицинских ошибок. Личный кабинет пациента позволит обеспечить вовлечение граждан в процесс охраны собственного здоровья посредством информирования о рисках для здоровья и необходимости проведения профилактических процедур.

В рамках контракта ведутся работы по интеграции существующих информационных систем Министерства посредством механизмов единой точки входа, единого журнала событий, использования общих справочников и классификаторов, обмена данными с ЭПЗ. Отдельные функции и данные существующих систем будут полностью мигрированы на Платформу. Разработана первая демонстрационная версия ЭПЗ, обладающая базовым функционалом.

Параллельно, в целях поэтапной автоматизации клинической деятельности, Министерством заключены контракты на поставку сторонних медицинских информационных систем (далее – МИС) в четыре организации здравоохранения. Внедрение МИС позволит реализовать пилотный проект по переходу к безбумажному здравоохранению и полной автоматизации бизнес-процессов медицинских организаций. МИС, поставляемые в рамках данного мероприятия, будут обеспечивать сокращение непроизводительного рабочего времени работы с документацией (оформление выписок, заполнение журналов, составление отчетов); повышение качества оказания медицинской помощи за счет информационной поддержки медицинской деятельности и, как следствие сокращение числа врачебных ошибок, увеличение пропускной способности, сокращение длительности лечения, числа осложнений, летальности, устранение двойного ввода аналогичной информации.

Таким образом, за счет внедрения ЭПЗ будут автоматизированы бизнес-процессы медицинских организаций и медицинского персонала на уровне амбулаторно-поликлинической помощи, включая реализацию на национальном уровне электронных направлений и электронных рецептов. За счет внедрения МИС будут автоматизированы бизнес-процессы медицинского персонала стационаров и организаций консультативно-диагностической помощи. Внедрение ЭПЗ в соответствии с Планом мероприятий Госпрограммы будет начато в текущем году в виде пилотного внедрения и продолжено в 2018-2019 годах с поэтапным охватом населения.

Проведен анализ структуры корпоративного управления и наличия корпоративных документов в подведомственных медицинских организациях. Проводятся образовательные семинары по вопросам корпоративного управления для участников всех уровней корпоративного управления подведомственных медицинских организаций (проведено восемь семинаров, количество слушателей – 178 чел.). Продолжается процесс перехода медицинских организаций в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения с наблюдательными советами. Проводится мониторинг деятельности наблюдательных советов в разрезе регионов на ежеквартальной основе. По состоянию на 01.10.2016 г. всего медицинских организаций – 828, из них государственных предприятий на праве хозяйственного ведения – 525 (63 %), из которых 293 с наблюдательными советами (56 %) [3, с. 25–35].

Проведен анализ нормативно-правовой базы, регулирующей вопросы корпоративного управления. Ведется дальнейшая работа по внесению изменений и дополнений в ряд нормативных правовых актов. Предложения по совершенствованию принципов корпоративного управления представлены на рисунке 3.

<p>1. Законодательно объединить все формы государственных предприятий в одну – на основе государственного предприятия на праве хозяйственного ведения.</p>		
<p>2. Для всех государственных предприятий внедрить принцип некоммерческой деятельности – всю полученную прибыль направлять на развитие самой организации.</p>		
<p>3. Внедрить в государственных предприятиях несколько уровней развития корпоративного управления с соответствующей аккредитацией и материальным стимулированием через тариф:</p>		
<p>I уровень Создание правления</p>	<p>II уровень Правление с наблюдательным советом (назависимые 1/3)</p>	<p>III уровень Правление с наблюдательным советом (назависимые 2/3)</p>
<p>Внедрение коллегиального органа управления в форме правления с полномочиями принятия решения по основным рискам организации (утверждение операционного плана, штатного расписания, системы оплаты труда и плана закупок). Организации районного уровня</p>	<p>Внедрение коллегиального органа управления в форме наблюдательного совета с полномочиями принятия решения по основным рискам собственника организаций (утверждение стратегии, плана развития и бюджета организации, утверждение структуры, назначение руководителей – членов правления на конкурсной основе). Городские и областные организации</p>	<p>Автономные организации здравоохранения: передачи практически всех прав собственники самой организации. Крупные областные, республиканские научные центры и медицинские ВУЗы</p>

Рисунок 3 – Внедрение принципов корпоративного управления

В целях внедрения корпоративного управления в медицинских организациях в рамках разработанного проекта Закона РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения и социально-трудовой сферы» предусмотрено введение понятия независимого директора, включение независимых директоров в органы управления государственных предприятий на праве хозяйственного ведения Наблюдательные советы с достижением числа независимых директоров до 30% на областном уровне и 50 % на республиканском. В качестве независимых директоров будут привлекаться эксперты в области финансов, юриспруденции, бизнеса, представители неправительственных организаций. Разработаны предложения по внесению изменений и дополнений в приказ Министра национальной экономики РК от 20 февраля 2015 года № 113 «Об утверждении Правил создания наблюдательных советов в государственных предприятиях на праве хозяйственного ведения требований, предъявляемых к лицам, избираемым в состав наблюдательного совета, а также Правил конкурсного отбора членов наблюдательного совета и досрочного прекращения их полномочий» в части усиления требований к членам наблюдательного совета, в том числе и независимым. Проект данного приказа согласован с акиматами регионов и направлен в Министерство национальной экономики РК на согласование.

Для создания сбалансированной и устойчивой системы обеспечения гарантий и обязательств оказания медицинской помощи, основанной на солидарном участии государства, работодателей и граждан, внедряется ОСМС. В этой связи 16 ноября 2015 года были приняты Законы РК «Об обязательном социальном медицинском страховании» и «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам обязательного социального медицинского страхования» [3, с. 25–35].

В 2016 году проведена следующая работа по внедрению обязательного социально-медицинского страхования (далее ОСМС):

разработаны основные нормативно-правовые акты по вопросам внедрения ОСМС и принимаются согласно установленным срокам;

принят Закон РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам обязательного социального медицинского страхования», предусматривающий перенос сроков выплат по ОСМС на 1 января 2018 года.

Создан Фонд социального медицинского страхования (далее Фонд), зарегистрирован в органах юстиции 26 сентября 2016 года.

Вместе с тем для максимального охвата граждан в системе ОСМС в проекте Закона расширен перечень категорий лиц, за которых взносы в Фонд социального медицинского страхования поступают от государства.

Согласно Дорожной карте по проведению информационно-разъяснительной работы об основных принципах и этапах внедрения ОСМС в 2016 году республиканским и региональными штабами в регионах проведены мероприятия по трем этапам: среди медицинских работников, среди населения и работодателей. В 2017 году была продолжена активная широкомасштабная информационно-разъяснительная работа по внедрению ОСМС среди населения, работодателей и медицинских организаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Меньшикова Г.А. Экономика и социология непродовольственной сферы. Учебно-методическое пособие. – Санкт-Петербург, 2001. – 195 с.

2 Менеджмент в здравоохранении: учеб. пособие / Под ред. М.М. Мухамбекова. – М.: РУДН, 2012. – 372 с.

3 Аналитический материал расширенной коллегии Министерства здравоохранения Республики Казахстан. – Астана, 3 марта 2017 года. – 35 с. – Режим доступа: <http://www.rcrz.kz/docs/broshura.pdf>

4 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2020 годы, утв. Указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176. – Режим доступа: <http://esqaq.web.almamed.kz/doxs/10.pdf>

REFERENCES

1 Menshykova G.A. Ekonomika i soziologiya neproizvodstvennoi sferi. Utchebno-metodogitcheskoe posobie. – Sankt-Peterburg, 2001. – 195 s.

2 Manedzhment v zdравoochranenii: utcheb. posobie / Pod redakzhieiy M.M. Muchambekova. – M.: RUDN, 2012. – 372 s.

3 Analiticheskiy material rasshirennoi kollegii Ministerstva zdравoochraneniya Respubliki Kazakstan. – Astana, 03.03.2017g. – 35 s. – Access mode: <http://www.rcrz.kz/docs/broshura.pdf>

4 Gosudarstvennaya programma razvitiya zdavoochraneniya Respubliki Kazakstan «Densaulyk» na 2016–2020 godi, utv. Ukazom Prezidenta Respubliki Kazakstan ot 15.01.2016 g. № 176. – Access mode: <http://ecaqa.web.almamed.kz/doxs/10.pdf>

ТҮЙІН

М.А. Баяндин, экономика ғылымдарының докторы
Инновациялық Еуразия университеті (Павлодар қ.)

А.Ө. Төребаев

Инновациялық Еуразия университеті (Павлодар қ.)

Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау жүйесін басқарудың тиімділігін арттыру туралы ағымдағы нәтижелері

Мақалада қазіргі заманғы денсаулық сақтауды жеке меншік және мемлекеттік кәсіпорындардың кең жүйесінен тұратын әлеуметтік мекеме деп қарастырады. Медицина саласындағы басқарудың теориялық және практикалық ерекшеліктерін зерттеудің қажеттілігі атап өтіледі, бұл менеджерлер мен менеджерлердің әртүрлі басқару деңгейлеріндегі медицина өнеркәсібінің мамандары арасындағы қарым-қатынасқа тұжырымдамалық тәсілдерді әзірлеу қажеттілігіне байланысты.

Түйін сөздер: денсаулық сақтау, медициналық қызмет көрсету, денсаулық сақтау менеджменті және медициналық қызмет көрсету сапасын басқару жүйесі.

RESUME

M.A. Bayandin, Doctor of Economic Sciences
Innovative University of Eurasia (Pavlodar)

A.U. Turebaev

Innovative University of Eurasia (Pavlodar)

On current results of improving the management of the health care system in the Republic of Kazakhstan

The article considers modern healthcare as a social institution representing a wide system of private and state enterprises. It is pointed out the need to study the theoretical and practical features of management in healthcare, conditioned by the need to develop conceptual approaches to communication between managers and specialists in the medical services industry at various levels of management.

Keywords: Hhealth care, medical services, healthcare management, and the quality management system for health services.