

D.B. Auzhanov, M.Z. Aymagambetov
Semey State Medical University, Semey, Kazakhstan

ACTUALITY AND PROBLEMS OF ADHESIVE DISEASE AND ITS COMPLICATIONS IN KAZAKHSTAN

Resume: Adhesive disease - the problem of abdominal surgery has not been solved and is relevant all over the world so far. At its core, it is an iatrogenic disease that affects both sexes and all ages. Intraoperative adhesions cause acute intestinal obstruction in 32%. The frequency of development of the adhesive disease reaches 80%

The aim of the work was to reveal the actuality and problems of adhesions with its complications in Kazakhstan

Conclusion The relevance of adhesions and its complications in Kazakhstan is undeniable. The basic principles of surgical technique should be observed by all surgeons. It is necessary to train and improve the competence of specialists in the diagnosis, prevention and treatment of adhesions and its complications. It is necessary to organize a dispensary or similar observation of this category of patients.

Key words: adhesive disease, acute adhesive intestinal obstruction, prevention

УДК614.2:65.016 (574.51)

К.А. Тулебаев¹, В.И. Ахметов², Г.У.Кулкаева², К.К.Куракбаев¹, Б.С.Турдалиева¹, Г.Д.Кузиева¹, К.Б.Карибаев¹

¹Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,

²Управление здравоохранения Акимата города Алматы

МОДЕЛЬ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ

В рамках реализации НТП «Модель всеобъемлющей медицинской помощи» КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова совместно с управлением здравоохранения города Алматы начали реализацию экспериментального инновационного проекта «Интегрированная (всеобъемлющая) медицинская помощь при хронических неинфекционных заболеваниях в организациях здравоохранения города Алматы». Целью проекта является научное обоснование, разработка, внедрение и оценка интегрированной модели медицинской помощи, обеспечивающей достижение всеобщего охвата и удовлетворяющей потребности населения медицинскими услугами. Разработана «Модель модернизации здравоохранения города Алматы» в рамках реализации стратегических документов государства и министерства здравоохранения РК. Успешная реализация позволяет достичь цели проекта - достижение всеобщего охвата и удовлетворение потребности населения медицинскими услугами. Результативность данной модели позволяет трансформировать ее на весь город Алматы, и в другие регионы.

Ключевые слова: модель модернизации здравоохранения, здравоохранение города Алматы.

Глава государства Казахстана Назарбаев Н.А., в рамках реализации цели Стратегии – 2050 [1] и Плана нации «100 конкретных шагов» [2] в своем Послании народу Казахстана «Третья модернизация Казахстана: глобальная конкурентоспособность» [3] определил новые приоритеты в направлении устойчивого продвижения в число 30 передовых стран, в том числе, и устойчивого развития отрасли здравоохранения.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан в рамках выполнения задач, поставленных перед системой здравоохранения в Послании Президента страны, определило для себя пять ключевых задач на 2017 год, в том числе, интегрированная система здравоохранения вокруг нужд пациента, развитие частной медицины, рациональное использование государственных ресурсов, финансовая устойчивость системы и новый менеджмент.[4]

В рамках реализации НТП «Модель всеобъемлющей медицинской помощи» КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова совместно с управлением здравоохранения города Алматы начали реализацию экспериментального инновационного проекта «Интегрированная (всеобъемлющая) медицинская помощь при хронических неинфекционных заболеваниях в организациях здравоохранения города Алматы».

Целью проекта является научное обоснование, разработка, внедрение и оценка интегрированной модели медицинской помощи, обеспечивающей достижение всеобщего охвата и удовлетворяющей потребности населения медицинскими услугами.

Актуальность. По определению ВОЗ (2002), всеобъемлющая или интегрированная медицинская помощь – это концепция, объединяющая вложения, предоставление, управление и организацию услуг, применительно к диагностике, лечению, паллиативной помощи, реабилитации и укреплению здоровья. Она также подразумевает улучшение услуг, доступности, качества, удовлетворенности пациентов и результативности.

В 2005 г. все государства-члены ВОЗ выразили свою приверженность цели достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами.

Доктор Маргарет Чен – генеральный директор ВОЗ, в

обращении к участникам Шестидесятой пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 2012 года) сказала: «Всеобщий охват населения медицинскими услугами – это единственная, самая надежная концепция, которую может предложить система общественного здравоохранения» [5].

Цель всеобщего охвата населения медицинскими услугами состоит в том, чтобы у каждого человека была возможность пользоваться необходимыми видами медицинского обслуживания без риска разорения или обнищания [6]. Всеобщий охват медицинскими услугами предполагает широкое толкование набора услуг, необходимых для поддержания высокого уровня здоровья и благополучия. Диапазон этих услуг начинается от оказания клинической помощи индивидуальным пациентам и заканчивается предоставлением общегосударственных услуг в интересах охраны здоровья населения в целом.

Усилия в поддержку достижения цели всеобщего охвата населения медицинскими услугами также подразумевает пациент-ориентированность системы здравоохранения - обеспокоенность по поводу необходимости соблюдения принципа справедливости и уважительного отношения к праву каждого человека на здоровье [7].

Многие правительства стран на данном этапе рассматривают прогресс на пути достижения этой цели в качестве руководящего принципа для развития систем здравоохранения, а также для развития человеческого потенциала в целом.

Путь к всеобщему охвату населения медицинскими услугами получил название «третьего глобального перехода на новые принципы здравоохранения».

Сроки осуществления и первоочередность конкретных действий отличаются в зависимости от страны, но более высокая цель добиться того, чтобы все люди имели возможность пользоваться необходимыми медицинскими услугами без риска финансового бремени, остается неизменной повсеместно. Всеобщий охват достигается тогда, когда каждый вид вмешательства становится доступным для всех тех, кто в нем нуждается, и когда он приносит желаемые эффекты.

Система здравоохранения РК также имеют проблемы, в том числе, и в решении вопросов всеобщего охвата медицинскими услугами, повышении эффективности отрасли и удовлетворенности населения.

В частности, в обосновании Государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы [8] приведены следующие слабые стороны отрасли здравоохранения на сегодняшний день:

- не высокая эффективность использования ресурсов здравоохранения, в т.ч., средств ГОБМП;
 - низкая преемственность между АПО, стационарным уровнем и службой скорой медицинской помощи - отсутствуют взаимодействие и интеграция на всех уровнях маршрута пациента, основанные на единых алгоритмах действий;
 - невысокая эффективность профилактических программ и ведения пациентов, в т.ч., скрининг, управляемые ХНЗ;
 - не обеспечена мотивация для развития службы ВОП и их экономического стимулирования;
 - сохраняется перепотребление консультативно-диагностических услуг;
 - неготовность амбулаторно-поликлинических организаций к оказанию услуг специализированной медицинской помощи, стационарозамещающих услуг, а также высокотехнологичных услуг в связи с низким кадровым и материально-техническим потенциалом;
 - обеспеченность больничными койками выше, чем в странах ОЭСР на 20%, средняя длительность пребывания в стационаре 9,5 койко-дней (2014 год) против 6,0 в странах ОЭСР;
 - на долю стационаров приходится более 60% бюджета системы здравоохранения;
 - слабый менеджмент, несмотря на переход в статус организаций здравоохранения на ПХВ с наблюдательными советами;
 - сохраняется высокий уровень частных расходов на получение медицинской помощи (РК - 35,4%, ОЭСР - 19,6%, Европейский Союз - 16,3%): по данным ВОЗ уровень расходов населения свыше 20% характеризует повышенный риск, связанный с приближением их к черте бедности вследствие болезней, и, могут затронуть все другие сферы их жизнедеятельности. По результатам наших исследований по г.Алматы 37,7% населения обращались к платным услугам, в том числе, по услугам входящих ГОБМП;
 - сохраняется дисбаланс в кадровом обеспечении между уровнями оказания медицинской помощи (дефицит на уровне ПМСП и села, профицит - на уровне стационара);
 - с средним 1 врач ПМСП обслуживает около 2200 прикрепленного населения, тогда как в странах ОЭСР - менее 1500 человек;
 - сохраняется недостаток средних медицинских работников на уровне ПМСП (1,1 медсестры на 1 участкового врача при оптимальном соотношении 2-3), вопросы оптимального их использования;
 - соотношение средней заработной платы ВОП в Казахстане к среднемесячной заработной плате в экономике составляет 1,0, что ниже в 1,5-2,5 раза ниже, чем в странах Европы;
 - остаются низкими подготовки кадров по менеджменту, экономике;
 - отсутствует единое информационное пространство в отрасли, в медицинских организациях не внедряется система электронного документооборота.
- В этой связи Правительством РК была поставлена задача обеспечить поэтапное внедрение стандартов стран ОЭСР, направленных на улучшение качества и доступности предоставляемых медицинских услуг, повышение эффективности системы управления и финансирования системы здравоохранения, а также рациональное использование имеющихся ресурсов.
- В «Государственной программе развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019 годы» указано, что ... «устойчивое и динамичное развитие социально-ориентированной национальной системы здравоохранения будет реализовываться с соблюдением принципов всеобщего охвата населения, социальной справедливости,

обеспечения качественной медицинской помощью и солидарной ответственности за здоровье в соответствии с ключевыми принципами политики ВОЗ «Здоровье-2020»[8]. Этот тезис более актуален сейчас в Казахстане как, в связи с формированием и развитием института общественного здравоохранения, так и внедрением обязательного социального медицинского страхования.

Таким образом, всеобъемлющая медицинская помощь включает минимум как: всеобщий доступ населения к качественным медицинским услугам, в том числе, через интеграцию и преемственность в оказании медико-социальной помощи; удовлетворенность пациентов, через внедрения принципов пациент-ориентированного подхода; новый менеджмент, через корпоративное управление, модернизацию медицинских организаций и направленность на конечный результат.

Управление проектом.

Реализация и управление подобными инновационными проектами предполагает внедрения принципов проектного управления.

При управлении здравоохранения г.Алматы при содействии Ассоциации Клиник г.Алматы создана Рабочая Группа по управлению проектом под председательством начальника управления здравоохранения г.Алматы.

Членами Рабочей Группы являются ответственные специалисты управления здравоохранения г.Алматы, Ассоциации Клиник г.Алматы, руководители медицинских организаций, представители НПО и др. специалисты, по необходимости.

При Рабочей Группе по управлению проектом создана группа по научно-методическому сопровождению.

Рабочей Группе по управлению проектом отводится роль и функция руководства над разработкой и внедрением основных принципов всеобъемлющей медицинской помощи.

Рабочая Группа по управлению проектом будет оказывать максимальное содействие в: 1) реализации модернизированной модели оказания медико-социальной помощи; 2) стимулировании внедрения инновационных технологий; 3) повышении компетенции кадров руководящего состава, менеджеров среднего уровня и конкретных исполнителей за конечный результат – здоровье населения; 4) пересмотре организации контроля и учета результативности; 5) внедрении сбалансированного и сбалансированного механизма экономического стимулирования всех участников проекта.

Научно-методическая группа будет организовывать независимую экспертизу, мониторинг и проводить презентацию и обсуждение проекта “Модель всеобъемлющей медицинской помощи”, как на уровне управления здравоохранением города, так, и на уровне организаций исполнителей проекта.

На первом этапе внедрения проекта базовыми организациями города Алматы определены городские поликлиники №17, №4, №12, станция скорой медицинской помощи (ССМП), центральная городская клиническая больница (ЦГКБ), городской кардиологический центр (ГКЦ) и больница скорой и неотложной медицинской помощи (БСНМП).

Основными приоритетами в деятельности Рабочей Группы на уровне управления здравоохранения города являются: внедрение принципов проектного управления в реализации проекта; развитие электронного здравоохранения и документооборота; подготовка менеджеров, определение их места и роли; механизмы сбалансированного стимулирования всех участников проекта; эффективное взаимодействие медицинских организаций и обеспечение преемственности медико-социальных услуг; корпоративное управление и корпоративная культура на уровне медицинских организаций и их модернизация; усиление координирующей роли ПМСП в обеспечении всеобщего охвата и повышении удовлетворенности населения медико-социальными услугами.

Новый менеджмент на уровне медицинских организаций предполагает следующие приоритеты для их руководителей: корпоративное управление и корпоративная культура; диверсификация услуг;

стратегическая программа организации; развитие электронного здравоохранения и документооборота; командная работа; внедрение новых технологий; внедрение принципов пациент ориентированного подхода; дифференцированная оплата труда, с учетом конечных результатов деятельности.

Установлены следующие приоритеты в модернизация медицинских организаций на уровне ПМСП, такие как: усиление координирующей роли в обеспечении преемственности медико-социальных услуг с другими медицинскими организациями (договора с поставщиками услуг, маршрут ведения пациентов и др.); усиление места и роли, имиджа ВОП, командная работа; экономическое стимулирование за расширение функций и улучшение результативности деятельности ВОП; расширение функции медицинских сестер общей практики (МОП), оптимизация их использования; оказание острой неотложной медицинской помощи; стимулирование результативности внедрения новых технологий (ПУЗ, скрининг, Школы здоровья, ОТЗ и др.) и др.

В свою очередь приоритетами на уровне ССМП определены: по этапное отделение острой неотложной медицинской помощи и делегирование неотложной помощи организациям ПМСП; командная работас другими медицинскими организациями, в первую очередь - ПМСП; внедрение новых технологий и др.

Модернизация на уровне стационаров предполагает: диверсификацию больничных коек (больничных услуг); интенсификацию лечебного процесса; командную работувнутри стационара и с другими медицинскими организациями (ПМСП, ССМП и др.; маршрут пациента; новые технологии (трансферт, ОТЗ и др.).

Одним из главных принципов всеобъемлющей медицинской помощи является обеспечение доступности медико-социальных услуг и удовлетворенность пациентов.

Доступность медико-социальных услуг, в первую очередь, предполагает географическую доступность (своевременность) - обеспечение максимальной приближенности медицинских организаций к месту жительства или работы пациентов, особенно ПМСП, ССМП.

Следующая физическая доступность –это обеспеченность медицинским персоналом для получения своевременного, полного и непрерывного объема ГОБМП на уровне контакта с медработником (на дому; на уровне ПМСП, особенно ВОП; ССМП, особенно неотложной помощи; на уровне узких специалистов; на уровне стационаров и др. организаций).

Немало важным критерием является финансовая доступность - обеспечение бесплатных услуг в рамках ГОБМП (укрепление здоровья, профилактика, диагностика, лечение, реабилитация, паллиативная помощь) каждого пациента и его прозрачность, в том числе, и лекарственного обеспечения, включая льготные/бесплатные ЛС на уровне АПО. В последующем вопросы финансовой доступности должны учитывать при выписывании ЛС по рецепту на уровне АПО и на платные медико-социальные услуги.

Удовлетворенность пациентов медико-социальными услугами характеризуется полнотой объема каждого медико-социальных услуг (укрепление здоровья; профилактика; диагностика; лечение; реабилитация), на каждом этапе оказания услуг (на дому, ПМСП, узкими специалистами, лабораторно-диагностическими услугами, ССМП, стационар) в рамках ГОБМП (стандартов, клинических протоколов).

Большое внимание будет уделено удовлетворенности пациентов командной работой медработников и медицинских организаций по этапам оказания медицинской помощи (комплексность и преемственность).

Основной механизм повышения удовлетворенности пациентов оказанными медико-социальными услугами –это

внедрение принципов пациент-ориентированности. Они следующие:

1) медицинские: своевременное устранение боли; информированность пациентов (разъяснение диагноза; разъяснение плана терапии; разъяснение диагностических процедур, манипуляций и вмешательств; рекомендации при выписке); обучение пациентов (информация о формировании ЗОЖ; адаптация к условиям болезни); вовлеченность пациента и семьи, совместное принятие решений в лечебном процессе (уточнить нужды и потребности пациента по состоянию здоровья; обсуждать с пациентом, семьей и близкими диагноз, прогноз и варианты лечения),

2) психосоциальные: оказание поддержки пациенту (эмоциональная поддержка, включая уважение и признание личности пациента; устранение чувства страха, тревоги, сомнения, неуверенности, стресса; формирование положительной мотивации, повышение самооценки; сочувствие/сопереживание пациенту), пациент ориентированная коммуникация (взаимопонимание между врачом и пациентом, которая направлена на обращение к пациенту; доброжелательность; утешение и ободрение; внимательное выслушивание), доверие к медперсоналу (выполнение пациентом всех назначений и рекомендаций, в том числе, дома),

3) физические: комфортное пребывание в медицинском организации (соблюдение тишины; чистота помещений; сокращенное время ожидания услуг и др.), безопасность среды (инфекционный контроль; сопровождение пациентов и др.).

При успешном реализации данного проекта мы ожидаем следующие результаты:

1) для пациентов - повышение удовлетворенности; доступность медицинских услуг в рамках ГОБМП (каждый пациент получает полный объем и бесплатно услуги ГОБМП на каждом этапе оказания медико-социальной помощи, и в целом), на первом этапе внедрения проекта,

2) для медицинских организаций и медработников - четкое распределение функциональных обязанностей в командной работе и обеспечении преемственности оказания медицинских услуг населению; возможность профессионального роста; увеличение возможности уделять внимание пациенту, повышение качества медицинских услуг; возможность достойно зарабатывать за счет увеличения нагрузки, качественного исполнения функциональных обязанностей и выполнения индикаторов оценки конечных результатов; прозрачность справедливой распределения стимулирующего компонента КПН; удовлетворенность результативностью своей работы,

3) для руководства здравоохранения города: сокращение жалоб; снижение госпитализации и вызова ССМП; улучшение результативности и эффективности системы здравоохранения; повышение престижа медработников,

4) для Акимата города: улучшение отзывчивости, справедливости и эффективности системы здравоохранения; улучшение благосостояния граждан.

Выводы:

1. Разработана «Модель модернизации здравоохранения города Алматы» в рамках реализации стратегических документов государства и министерства здравоохранения РК;
2. Успешная реализация позволяет достичь цели проекта - достижение всеобщего охвата и удовлетворение потребности населения медицинскими услугами;
3. Результативность данной модели позволяет трансформировать ее в на весь город Алматы, и в другие регионы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаеванароду: Стратегия «Казахстан-2050», Астана, Акорда, 2012.
- 2 План нации - 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ Главы государства Нурсултана Назарбаева, май 2015 года.
- 3 Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. «Третья модернизация Казахстана: глобальная конкурентоспособность», Астана, 31 января 2017 г.

- 4 Министр здравоохранения РК Елжан Биртанов. Расширенное заседание Коллегии ведомства. Пять ключевых инициатив для модернизации здравоохранения в Республике Казахстан <http://meta.kz/novosti/kazakhstan/1122595-5-initsiativ-dlya-modernizatsii-zdravookhraneniya-v-rk-vydvinuty-minzdravom.html>
- 5 Выступление Генерального директора д-ра Маргарет Чен на Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева, Швейцария, 21 мая 2012 г.
- 6 The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, World Health Organization, 2010.
- 7 Chan M. Address at the Conference of Ministers of Finance and Health. Achieving value for money and accountability for health outcomes, Tunis, 4 July 2012. (http://www.who.int/dg/speeches/2012/tunis_20120704, accessed 7 March 2013)
- 8 Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176 Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016 - 2019 годы.

К.А. Төлебаев¹, В.И. Ахметов², Г.У.Кулкаева², К.К.Құрақбаев¹, Б.С.Тұрдалиева¹, Г.Д.Кузиева¹, К.Б.Карибаев¹
¹ С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы, Қазақстан,
²Алматы қаласы денсаулық сақтау басқармасы

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫН ЖАҢҒЫРТУ МОДЕЛІ

Түйін: «Кешенді медициналық көмек моделі» ҒТЖ бөлігі ретінде С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ Алматы қаласы денсаулық сақтау басқармасымен бірге «Алматы қаласы денсаулық сақтау ұйымдарында созылмалы инфекциялық емес ауруларға кешенді көмек» пилоттық инновациялық жобасын іске қосты. Жобаның мақсаты әмбебап қамту және медициналық қызмет көрсету қажеттіліктерін қанағаттандыратын кешенді денсаулық сақтау үлгілерін ғылыми негіздеу, жобалау, жүзеге асыру және бағалау болып табылады. Мемлекет шеңберінде және ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің саясатына сәйкес «Алматы қаласы денсаулық сақтау саласын жаңғырту моделі» әзірленді. Жобаны табысты іске асыру әмбебап қамту және денсаулық сақтау қажеттіліктерін қанағаттандыру сияқты мақсаттарға жетуге мүмкіндік береді. Бұл модельдің тиімділігі бүкіл Алматы қаласы және өзге аймақтарда оны түрлендіруге мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: денсаулық сақтау саласын жаңғырту моделі, Алматы қаласы денсаулық сақтау саласы.

K.A. Tulebayev¹, V.I. Akhmetov², G.U. Kulkayeva², K.K.Kurakbayev¹, B.S.Turdaliyeva¹, G.D.Kuziyeva¹, K.B.Karibayev¹
¹ Kazakh National Medical University after Asfendiyarov S.D., Almaty, Kazakhstan,
²Almaty Health Department

MODEL OF HEALTH MODERNIZATION OF ALMATY CITY

Resume:As part of the implementation of the STP "The model of comprehensive medical care" KazNMU of Asfendiyarov S.D.with Health Department of Almaty city started realization of experimental innovative project "Integrated (comprehensive) medical care for chronic non-communicable diseases in health organizations in Almaty city". The aim of the project is the scientific substantiation, development, implementation and evaluation of an integrated model of health care that ensures the achievement of universal coverage and satisfying the population's needs for medical services. The "Model of Healthcare Modernization in Almaty" was developed within the framework of implementation of strategic documents of the state and the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan. Successful implementation allows us to achieve the project's goal of achieving universal coverage and meeting the health needs of the population. The effectiveness of this model makes it possible to transform it into the whole city of Almaty, and into other regions.

Key words:Model of healthcare modernization, public health services in Almaty.