

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
ВЫСШАЯ ШКОЛА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.256:616-08-039.71/331.272  
МПК А61В10/00

На правах рукописи

**МАМЫРБЕКОВА САЛТАНАТ АПБАСОВНА**

**Применение современных финансовых инструментов для улучшения  
деятельности амбулаторно-поликлинических  
организаций здравоохранения**

6D110200 – общественное здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени  
доктора медицины (PhD)

Научные консультанты:  
д.м.н., профессор К.К.Куракбаев,  
PhD, профессор Л.Брузати,  
д.м.н., профессор Ж.А.Калматаева

Республика Казахстан  
Алматы, 2014 год

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....</b>	<b>3</b>
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....</b>	<b>5</b>
<b>СОКРАЩЕНИЯ.....</b>	<b>6</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>7</b>
<b>1 ФИНАНСОВЫЕ МЕТОДЫ УЛУЧШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....</b>	<b>11</b>
1.1 Финансовые аспекты оказания медицинской помощи в мире.....	11
1.2 Стимулирование трудовой деятельности медицинского персонала первичного звена как один из основных финансовых методов улучшения деятельности участковых служб организаций здравоохранения.....	18
1.3 Организация ПМСП в республике Казахстан.....	35
<b>2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</b>	<b>42</b>
<b>3 ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СТИМУЛИРУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА ПОДУШЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ.....</b>	<b>52</b>
3.1. Анализ особенности и закономерности финансирования организаций здравоохранения первичного .....	52
3.2 Анализ экономической эффективности внедрения СКПН .....	108
<b>4 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СТИМУЛИРУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА ПОДУШЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ.....</b>	<b>124</b>
4.1 Исследование информированности медицинских работников и руководителей по вопросам внедрения стимулирующего компонента подушевого финансирования.....	124
4.2 Анализ данных опроса специалистов региональных Управлений здравоохранения по их осведомленности в вопросах СКПН.....	132
4.3 Анализ опроса медицинских работников ПМСП .....	138
4.4 Рекомендации по совершенствованию механизма распределения СКПН в амбулаторно-поликлинических организациях.....	151
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>158</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....</b>	<b>166</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....</b>	<b>167</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ.....</b>	<b>180</b>

## Нормативные ссылки

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие нормативно – правовые акты:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года №1113;

2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года №193-IV ЗРК;

3. Трудовой Кодекс Республики Казахстан от 15 мая 2007 года №251-III;

4. Постановления Правительства Республики Казахстан:

4.1 от 29 декабря 2007 года №1400 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий»

5. Стратегические документы Республики Казахстан:

5.1 Казахстан – 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев. Послание Президента страны народу Казахстана 1997 года;

5.2 Стратегический план развития Республики Казахстан до 2020 года, указ Президента Республики Казахстан №922 от 1 февраля 2010 года;

5.3 Стратегия «Казахстан – 2050». Послание Президента Республики Казахстан – лидера нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Новый политический курс состоявшегося государства» (2012 год).

6. приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан:

6.1 от 10 ноября 2009 года №689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрений»;

6.2 от 26 ноября 2009 года №801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»;

6.3 от 5 января 2011 года №7 «Об утверждении Положения о деятельности организации здравоохранения, оказывающих амбулаторно – поликлиническую помощь»

6.4 от 6 января 2011 года №14 «О внедрении дополнительного компонента к тарифу первичной медико – санитарной помощи»

6.5 от 6 января 2011 года №21 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстана от 26 ноября 2009 года № 801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»;

6.6 от 1 марта 2011 года №105 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстана от 26 ноября 2009 года № 801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на

медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»;

6.7 от 20 мая 2011 года №310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников»;

6.8 от 16 сентября 2011 года № 622 «О внесении изменений и дополнений в приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 года № 310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников» и от 26 ноября 2009 года № 801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»;

6.9 от 1 апреля 2010 года №141 «Некоторые вопросы Единой бюджетной классификации Республики Казахстан».

## Определения

В настоящей диссертации применяются следующие термины с соответствующими определениями:

доплаты	- представляют собой компенсацию дополнительных трудовых затрат или работы в условиях, отличающихся от нормальных
заработная плата	- вознаграждение за труд в зависимости от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы, а также выплаты компенсационного и стимулирующего характера;
индикатор	- указатель — информационная система, отображающая какис-либо изменения контролируемого процесса или состояния объекта;
медицинская организация	- организация здравоохранения, основной деятельностью которой является оказание медицинской помощи
надбавки	- это денежная компенсация более высокой интенсивности труда в связи с выполнением особо важных работ, стимулирование работников к повышению квалификации, работе на постоянном месте и др.
оплата труда	- система отношений, связанных с обеспечением работодателем обязательной выплаты работнику вознаграждения за его труд в соответствии с настоящим Кодексом и иными нормативными правовыми актами Республики Казахстан, а также соглашениями, трудовым, коллективным договорами и актами работодателя;
организация здравоохранения	- юридическое лицо, осуществляющее деятельность в области здравоохранения
основная заработная плата	- относительно постоянная часть заработной платы, включающая оплату по тарифным ставкам, должностным окладам, сдельным расценкам, и предусмотренные трудовым законодательством, отраслевым соглашением, коллективным и (или) трудовым договорами выплаты постоянного характера;
первичная медико-санитарная помощь	- доврачебная или квалифицированная медицинская помощь без круглосуточного медицинского наблюдения, включающая комплекс доступных медицинских услуг, оказываемых на уровне человека, семьи и общества

**Сокращения:**

СКПН - стимулирующий компонент подушевого нормирования;  
МЗ РК – Министерство здравоохранения Республики Казахстан;  
ПМСП - первичная медико-санитарная помощь;  
ВОП – врач общей практики;  
МО – медицинская организация;  
УЗ – управление здравоохранением;  
ЖФВ с ЭГ – женщины фертильного возраста с экстрагенитальной патологией;  
ОКИ - острая кишечная инфекция;  
ИВБДВ - интегрированное ведение болезней детского возраста;  
РШМ - рак шейки матки;  
РМЖ - рак молочной железы;  
БСК - болезни системы кровообращения;  
АГ - артериальная гипертония;  
ИБС - ишемическая болезнь сердца.

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность исследования:

Успешное функционирование системы здравоохранения в условиях рыночных отношений требует эффективного использования имеющихся трудовых, материальных, финансовых ресурсов для достижения максимально возможного уровня результативности, качества и доступности медицинской помощи (М.К.Кульжанов, К.К.Куракбаев, О.Т.Жузжанов, Щепин О.П., Овчаров В.К., 2005; Стародубов В.И., 2007; Вялков А.И., 2007).

Как известно, уровень доступности и качества медицинской помощи, эффективность деятельности системы охраны здоровья, прежде всего, определяется состоянием и развитием первичной медико-санитарной помощи (М.К.Кульжанов, К.К.Куракбаев, О.Т.Жузжанов, Амиров Н.Х., 1996; Миняев В.А., Вишняков Н.И., 2000; Хальфин Р.А., 2003; Денисов И.Н. и соавт., 2005; Магаев К.А., 2005).

Рыночная система экономических отношений в Казахстане диктует необходимость изменения существующих подходов к финансированию и управлению медицинскими организациями. Система финансирования первичной медико-санитарной помощи Казахстана за последние годы претерпела значительные изменения и на современном этапе нацелена на максимальное стимулирование и поддержку системы контроля качества медицинских услуг. Пройден непростой эволюционный путь развития от бюджетно-сметного финансирования, основанного на расчетных нормативных показателях инфраструктуры (штатные норматив и т.д.) до системы подушевого финансирования.

На сегодняшний день перед государством стоит задача дальнейшего совершенствования системы подушевого финансирования путем предоставления дополнительных стимулов для оказания эффективной и качественной помощи поставщикам ПМСП.

Обеспечить улучшение качества можно только после того, как будет достигнута высокая степень информированности медицинских работников всех уровней ПМСП. Только полное понимание требований предъявляемых к их работе, и четкой взаимосвязи между достижением определенных результатов и финансовым стимулированием может обеспечить высокую приверженность рядовых врачей и медицинских сестер к повышению качества своей деятельности.

До 2011 года, финансирование ПМСП осуществлялось по подушевому принципу, что означает выделение фиксированной на протяжении года суммы средств на каждого прикрепленного к организации жителя. С 1 января 2011 года внедрен стимулирующий компонент (составляющая) подушевого норматива (далее – СКПН), который является величиной переменной и финансируется из средств республиканского бюджета. Он предназначен для дополнительной оплаты труда и повышения квалификации медицинских работников ПМСП.

Система финансирования, в которой величина выплачиваемой суммы заработной платы зависит от качественных результатов работы, предоставляет дополнительные стимулы поставщикам ПМСП совершенствовать систему менеджмента качества, эффективность организационной структуры, создает условия для мотивации сотрудников на повышение качества оказываемых услуг.

Большое число исследовательских работ (Пчела Л.П., 2010; Сараев А.Р., 2011; Шейман И.М., 2009, Шевский В.И. с соавт., 2006 и др.) посвящены изучению вопроса мотивации труда медицинского персонала участковой службы и разработке современных подходов менеджмента к решению данной проблемы. Ранее были предприняты попытки в изучении и научном обосновании стимулирующей системы оплаты труда (Комаров Р.Н. с соавт., 2003; Шамшурина Н.Г. с соавт., 2007), однако в основном они предназначались для использования в тарификационной сетке, которая обеспечивала стабильность и гарантированный характер выплат, однако не предусматривала использование методов стимулирования.

В этой связи изучение последних тенденций в оплате труда работников первичного звена, обоснование возможных путей ее совершенствования является актуальной научно-практической задачей современного общественного здравоохранения.

#### **Цель работы:**

Определить и оценить влияние применения стимулирующего компонента подушевого финансирования на деятельность амбулаторно-поликлинических организаций и разработать рекомендации по оптимизации использования этого компонента.

#### **Задачи исследования:**

1. Проанализировать опыт стимулирования деятельности медицинских работников амбулаторно-поликлинических организаций.
2. Изучить в динамике особенности финансирования амбулаторно-поликлинических организаций и новые тенденции в оплате труда медицинских работников в Республике Казахстан.
3. Оценить экономическую эффективность и удовлетворенность медицинских работников от внедрения стимулирующего компонента подушевого финансирования.
4. Разработать рекомендации по совершенствованию механизма распределения стимулирующего компонента подушевого финансирования.

#### **Научная новизна исследования**

В рамках исследования впервые:

- Изучено влияние стимулирующего компонента подушевого финансирования на показатели деятельности амбулаторно-поликлинических организаций;
- Доказана экономическая эффективность нового метода финансирования



организаций ПМСП;

- Выявлены обоснованные причины, ограничивающие эффективность системы стимулирования;

- Предложены научно-обоснованные рекомендации по совершенствованию механизмов использования стимулирующего компонента подушевого финансирования.

### **Практическая значимость**

Результаты исследования предназначены для использования в практическом здравоохранении руководителями организаций ПМСП, руководителями региональных управлений здравоохранения, руководителями участковых служб для эффективного применения системы СКПН в амбулаторно-поликлинических организациях, которая согласно полученным данным оказывает стимулирующее действие на деятельность медицинских работников, и способствует улучшению качества оказываемой медицинской помощи населению.

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Внедрение нового метода финансирования обеспечило достижение существенной экономической эффективности деятельности медицинских организаций первичного звена.

2. Использование стимулирующего компонента подушевого финансирования не в полной мере соответствует механизму распределения, основанного на достижении конечных результатов деятельности организаций ПМСП, что свидетельствует о низкой информированности работников о механизмах распределения данного компонента.

3. Для повышения эффективности стимулирующего компонента подушевого финансирования необходимо внедрение дифференцированных промежуточных индикаторов деятельности медицинского персонала.

### **Апробация работы**

Основные положения диссертации доложены на:

XII Международной конференции молодых ученых-медиков стран СНГ посвященной 80-летию Академика Б.У.Джарбусынова, (Алматы, 2012 г.);

Международной научно-практической конференции «Интеграция науки, образования и практики – качественное здравоохранение» (Алматы, 2012 г.);

Международном Конгрессе «Здоровье для всех: профилактика, лечение, реабилитация». (Алматы, 2012 г.);

Международной научно-практической конференции «Образование и наука XXI века» (Болгария. – 2014 г.).

Ученом Совете Высшей Школы Общественного здравоохранения МЗ РК (г. Алматы, 2014г.).

### **Публикации.**

По материалам диссертационной работы опубликованы 12 научных публикаций, из них 4 в журналах, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК, 2 статьи на английском языке в журнале «Life Science Journal» 2014 г. и «Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences» 2014 г. с импакт фактором – 0,35 и 4 в материалах международных конференций, в том числе 1 в материалах зарубежной конференции (Болгария).

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация изложена на 180 страницах машинописного текста и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 24 рисунками и 50 таблицами. Библиография включает 173 источника, из них 27 иностранных автора.

# **1 ФИНАНСОВЫЕ МЕТОДЫ УЛУЧШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

## **1.1 Финансовые аспекты оказания медицинской помощи**

Во многих экономически развитых странах идет активный процесс реформ, так как ни одно государство не удовлетворено существующими медицинскими финансовыми структурами или стоимостью медицинских услуг. Все реформы в зарубежных странах направлены на эффективное использование ограниченных ресурсов.

Устранение финансовых барьеров доступности медицинских услуг, контроль над ростом затрат на здравоохранение и обеспечение роста эффективности предоставления медицинских услуг являются целью современных научных исследований. Необходим комплексный подход и системный анализ деятельности учреждений здравоохранения соответствующего региона с учетом состояния сети лечебно-профилактических учреждений, их структуры, материально-технического оснащения, темпов развития, потребности населения в соответствующих видах медицинской помощи и ее удовлетворения, организационно-правового, информационного, штатного, финансового и других видов ресурсного обеспечения.

В послании Президента Республики Казахстан – Лидера нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана Стратегия «Казахстан -2050» от 14 декабря 2012г. указано, что главным в государственной политике в сфере здравоохранения должны стать мероприятия по предоставлению качественных и доступных медицинских услуг для улучшения состояния здоровья населения [1].

Основные направления государственной политики здравоохранения направлены на достижение наиболее высокого качества деятельности. Реформирование отечественного здравоохранения, оптимизация и реструктуризация сети медицинских организаций, улучшение финансирования и материально-технического обеспечения МО, пересмотр объемов и видов медицинской помощи в зависимости от протоколов диагностики и лечения.

В настоящее время в условиях завершения реализации Государственной Программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы одной из основных задач является именно повышение качества и доступности медицинской помощи путем приоритетного развития ПМСП [2].

Недостаточное ресурсное обеспечение медицинских организаций актуально для многих стран, что существенно осложняет предоставление качественной медицинской помощи населению [3,4].

Существующие системы здравоохранения различных стран имеют значительные отличия, в зависимости от исторических, географических, политических и культурных факторов.

Так, в Великобритании имеется централизованно планируемая служба здравоохранения с делегированием некоторых полномочий регионам и районам, финансируется она из налогов населения. Медицинская помощь общедоступная и бесплатная. Основу службы составляют врачи общей практики и госпитали. Местные власти заключают контракт с врачами общей практики, и заработная плата их зависит от объема работы и количества обслуживаемого населения. Схожая система здравоохранения существует в Австралии, Канаде, Новой Зеландии и Скандинавских странах, но с меньшей централизацией [5].

В Америке медицинская помощь является частью системы свободного предпринимательства, хотя федеральные фонды и фонды штатов сейчас вносят почти половину взносов. Медицинская помощь является платной, с оплатой напрямую пациентом или через страховые фонды, а также через фонды МэдиКей для пожилых или МэдиКейд для бедных [6,7,8].

В развивающихся странах, ограниченных в финансовых возможностях, но стремящихся внедрить западный стиль здравоохранения, медицинская служба базируется на развитии крупных госпиталей, ориентированных на интенсивное лечение больных. Однако, обеспечивая часто сложную медицинскую помощь для меньшинства городского населения, такая система игнорирует потребности большинства малообеспеченных и живущих в сельской местности [9,10].

Рост спроса на услуги семейной медицины стимулирует развитие этого прогрессивного направления. Врачи, заканчивающие резидентуру, имеют широкий выбор возможностей семейной практики, в то время как завершающие специализацию (кардиология, анестезиология и т.п.) с трудом находят работу. Разница в доходах врачей-специалистов и врачей ПМСП быстро сокращается [11,12]. Таким образом, нынешняя реформа здравоохранения в США стимулируется и осуществляется независимо от государства механизмами медицинского рынка. Ожидается, что эти тенденции сохранятся и в будущем. Усиление роли семейного врача произойдет во всех системах здравоохранения независимо от того, управляются они государством или функционируют в условиях свободного рынка.

Стимулом для реформы системы здравоохранения в Израиле [13,14] послужили забастовки медицинских работников, рост личных расходов населения на медицинскую помощь и неудовлетворенность спроса на отдельные виды хирургических и других услуг. Введены подушные платежи в страховые фонды (вместо индивидуальных страховых взносов), которые стимулируют индивидуальное оказание медицинских услуг, т.е. способствуют более эффективному управлению медицинской помощью.

В настоящее время опыт реформ охраны здоровья в Венгрии и Польше представляет особый интерес. Система здравоохранения этих государств долгое время находилась под влиянием советской системы здравоохранения, что обусловило целый ряд негативных последствий. Так, в Венгрии затратный экономический механизм не способствовал поддержанию здоровья населения и

эффективности использования ресурсов. Была разработана концепция реформы всей системы здравоохранения, включая организацию, финансирование, управление и подготовку медицинских кадров ПМСП [15,16].

Целями реформы в Великобритании было внесение рыночных элементов в государственную командную национальную систему здравоохранения (НСЗ), чтобы при сохранении ее преимуществ (равноправие, общедоступность, эффективная система контроля расходов) стимулировать более эффективную работу на микроуровне, обеспечить оптимальное сочетание стоимости и качества медицинской помощи. Средствами достижения этих целей стали разделение поставщиков и потребителей медицинских услуг и создание конкурирующих внутренних рынков в НСЗ. Были отклонены предложения о кардинальных изменениях финансирования — переход на платную медицинскую помощь (частное финансирование) или социальное медицинское страхование [17,18].

В целом реформы используют 2 механизма повышения эффективности и оперативности здравоохранения: во-первых, рост конкуренции среди производителей услуг; во-вторых, новые организационные меры, направленные на повышение степени местной автономии и независимости управления в рамках НСЗ [19].

Реформа здравоохранения Нидерландов имеет две важнейшие особенности [20]: ориентирована на рынок реформ охраны здоровья и развивает регулируемую конкуренцию, как среди производителей медицинской помощи, так и среди страховщиков.

В Финляндии были предложены следующие реформы [20]: реформа государственных субсидий — направление их не производителям, а получателям услуг (муниципалитетам) в зависимости от количества, возрастной структуры и плотности населения; реформа стационаров — единоначалие всех стационаров одного района, образующее сильную региональную монополию; реформа первичной помощи — приоритетное развитие семейной практики. Принцип оплаты труда ВОП следующий: основное пособие (за опыт работы и подготовку), плата из расчета за 1 человека (за объем и степень нозологического разнообразия) и плата за услуги (компенсация предоставляемых видов помощи).

В Швеции функционирует система "государства благосостояния", базирующаяся на четырех "китах": национальном социальном страховании, программе благосостояния семьи, социальных службах, службе охраны здоровья и медицинской помощи. Все эти направления реализуются оптимально децентрализованной государственной властью, что стало одной из причин успеха социальной политики [21].

На здравоохранение и медицинскую помощь 18% средств отчисляется правительством страны, 51% — местными органами власти, 31% — нанимателями. Медицинское страхование всех жителей является неотъемлемой частью национальной системы социального страхования. Доля расходов на охрану здоровья в бюджете округов составляет до 80%. Изменение состояния

здоровья населения, особенно тех групп, которые находятся в недостаточно привилегированном положении, рассматривается правительством в качестве одного из приоритетных показателей социального и экономического развития страны [20].

Эстония, одна из первых из бывших республик СССР начала реформу здравоохранения. Основные ее черты: введение обязательного медицинского страхования в форме 13%-ного налога на заработную плату; создание системы региональных фондов медицинского страхования для аккумуляции этого налога и приобретения услуг здравоохранения для населения; пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ) и программ профилактики заболеваний; введение системы оказания ПМСП домашними врачами; децентрализация управления здравоохранением и собственности на медицинские учреждения; сокращение количества больничных коек и врачей-специалистов [22,23].

Китай принадлежит к числу стран, последовательно повышающих эффективность системы охраны здоровья населения. Однако доля расходов на здравоохранение в ВВП ниже соответствующего показателя во многих экономически развитых странах [24].

Многоукладность экономики Китая предопределила формирование четырех основных программ оказания медицинской помощи: государственной бесплатной медицинской помощи, охватывающей работников государственных учреждений и организаций, различных обществ, вузов, инвалидов второй категории и иностранных специалистов; программа страховой медицины, охватывающая служащих государственных предприятий и пенсионеров. Программа коллективной медицины на принципах взаимопомощи и взаимной выгоды для сельских производителей и потребителей медицинских услуг стала распадаться в связи с экономической реформой сельского хозяйства. Программа платной медицины — самая старая форма оказания медицинской помощи, охватывающая городских жителей, занятых в частном секторе и около 80% сельского населения [25,26].

В настоящее время при анализе амбулаторно-поликлинической работы медицинской организации, отдельных врачей и медицинских сестер учитываются в основном объемные показатели деятельности, лишь косвенно характеризующие качество медицинской помощи. Не существует в мире идеальной системы здравоохранения, как и идеальной первичной службы здравоохранения. Ни одна страна не богата настолько, чтобы обеспечить своих граждан всем, чем владеет современный уровень медицины. И выбор должен основываться, исходя из социально-экономического положения в стране, уровня медицинского образования и квалификации врачей, а также ментальности населения и культурных факторов и быть рациональным и здоровым, с эффективным использованием имеющихся ресурсов.

Вызывают озабоченность и определенное отставание первичной медико-санитарной помощи в неудовлетворительной профессиональной подготовке работы амбулаторно-поликлинических врачей. Отсутствие конкуренции, свободы выбора и материальной заинтересованности в повышении доходов

своего учреждения ведет к безразличию самих врачей к судьбе пациентов[27,28].

При этом темпы материально-технического, кадрового и организационно-технологического преобразования в организациях ПМСП должны обеспечить возможность оказания на этапе лечебно-диагностических услуг в тех объемах и с тем качеством, которые позволяют существенно повысить вклад этого сектора здравоохранения в улучшение показателей здоровья населения, а также переместить часть стационарной помощи на амбулаторный этап [29].

Это предполагает последовательное проведение политики первоочередного развития ПМСП, включая: развитие материально-технической базы участковой службы, дополнительные вложения в повышение квалификационного уровня участковых врачей и педиатров, повышение профилактической направленности их деятельности; массовое распространение института врача общей практики не только в сельской местности, но и в городах [30,31].

Кроме того, следует укрепить службы охраны материнства и детства при концентрации усилий по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам, планированию семьи, интеграции родовспомогательных организаций с общей лечебной сетью; укрепление первичной медико-санитарной помощи в сельской местности, включая восстановление и развитие сети ФП/ФАПов и врачебных амбулаторий с учетом установленных критериев физической доступности доврачебной и врачебной помощи; внедрение в практику врачей первичного звена телекоммуникационных технологий, в первую очередь в сельской местности и в удаленных районах [32].

Важным моментом является повышение технической оснащенности и мобильности службы скорой медицинской помощи (современные санитарные автомобили, медицинская техника, средства связи, телекоммуникаций), ограничение роли этой службы исключительно случаями, требующими реальной экстренной помощи; организационная перестройка службы неотложной медицинской помощи путем передачи ее функций амбулаторно-поликлиническим учреждениям и врачам общей практики [33].

Отсутствие прямой связи между объемом, качеством труда и заработной платой привело к уравнивающим тенденциям по единственному критерию – рабочее время, что привело к ликвидации каких либо стимулов деятельности медицинских работников. Существующая сегодня в ряде стран система оплаты труда медицинских работников по единой тарифной сетке, значительно ограничивает процессы стимулирования труда.

В рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС), рациональное поощрение оплаты труда различных категорий медицинских работников признано носить лишь рекомендательный характер, т.к. средства на оплату труда работников организаций здравоохранения распределяются в соответствии с соответствующим объемом медицинских услуг[34].

Самостоятельность трудовых коллективов в определении уровня заработной платы на основе показателей объема и качества с применением коэффициента трудового участия позволило повысить заработную плату участковым терапевтам в 1,8 раза, врачам поликлиники в 1,4 раза, врачам стационара в 1,3 раза, медсестрам в 1,5 раза [35]. Сравнение восприятия систем оценки, заменившей традиционную систему оценки работников оценкой результатов труда по достижению целей, показало, что, 91% опрошенных отдавали предпочтение новой системе [35].

Разработка объемного метода расчета сегментированного тарифа предоставит апробировать новую систему оплаты труда (в зависимости от количества и сложности пролеченных больных) с соблюдением единства принципов финансирования МО, начисления заработной платы и прогнозирования будущих цен на медицинские услуги [36].

Целевое финансирование обеспечит более весомые позиции здравоохранения в системе общественных приоритетов, даст плательщикам твердую гарантию возвратности этих средств. Рабочие и служащие получать полноценное медицинское обслуживание, предприятие будет обеспечено здоровой рабочей силой [37,38].

В условиях рыночных отношений перспективным является экспериментально апробировать систему оплаты труда медицинской помощи по фактической себестоимости по прямым договорам с предприятиями, учреждениями, организациями, перешедшими на полный хозрасчет [39,40].

В механизме обоснования уровня заработной платы медицинских работников ПМСП в связи со спецификой труда, не имеющего материального воплощения, до сих пор использовался принцип ориентирования на минимальный уровень ставок и окладов в материальном производстве [41,42].

На протяжении многих лет размеры заработной платы медицинских работников не соответствуют их неоценимому вкладу в дело здоровья нации, воспроизводства рабочей силы, времени и средствам на подготовку специалистов и составляют 60-75%) среднего уровня по народному хозяйству. В то же время в экономически развитых странах уровень материального благосостояния врачей превышает среднедушевую оплату во всех отраслях от 1,65 раз в Швеции до 6,02 в Германии и 7,21 в США [43,44,45,46,47,48].

Творческий труд врача и квалифицированного среднего медицинского работника связан с большим объемом полученных знаний, значительным психо-эмоциональным, а зачастую и физическим напряжением, высокой степенью ответственности из-за чего возникает много проблем его мотивации, стимулов, приоритетов и дифференциации [49,50].

Распределение не по затратам, а по результатам выявило, что индивидуальные результаты труда различных категорий работников крайне трудно, в виду того, что ни прямыми, ни косвенными способами объективно измерить и оценить в денежном выражении человеческий труд не представляется возможным [51,52].



Введение единой тарифной сетки оплаты труда не является решением сложившейся ситуации, актуальным остается поиск иных принципов и способов оплаты с учетом, прежде всего, конечных результатов деятельности [53,54].

В настоящее время тарифная система оплаты труда работников организаций здравоохранения является основой заработной платы. От их уровня зависит величина тарифного заработка работника-повременщика, поскольку этот заработок является произведением часовой (дневной) тарифной ставки на число часов (дней) работы в течение определенного времени. От уровня тарифных ставок зависит и общий заработок работника-сдельщика, ибо сдельные расценки устанавливаются также на основе тарифной ставки. Величина тарифной ставки используется при определении надбавок и доплат, очередных отпусков, оплаты работы в ночное время, выходные и праздничные дни [55,56].

Основными составляющими элементами тарифной системы являются тарифная ставка и тарифная сетка. Исходной тарифной ставкой служит минимальная тарифная ставка первого разряда. В настоящее время тарифная ставка первого разряда не связана с минимальной месячной заработной платой, которая является лишь техническим нормативом, используемым для расчета размеров пособий, стипендий, штрафов и минимальной потребительской корзины или величины прожиточного минимума. Размер заработной платы и ее дифференциация должны быть непосредственно увязаны с государственным минимумом заработной платы, который устанавливается в большинстве экономически развитых стран и в той или иной степени соотносится с законодательно утвержденным прожиточным минимумом [57,58].

Необходимо при установлении величины минимальной тарифной ставки учитывать размер прожиточного минимума. Прожиточный минимум как важнейший социально-экономический норматив следует утверждать в законодательном порядке, соотносить с минимальной тарифной ставкой и периодически пересматривать в зависимости от динамики стоимости жизни.

Важнейший принцип дифференциации заработной платы с помощью тарифной сетки состоит в том, что ее величина находится в прямой зависимости от сложности труда, квалификации работника, и одной из характеристик тарифной сетки является абсолютный рост величины тарифных коэффициентов, т.е. последовательное увеличение разницы между соседними тарифными коэффициентами — от низшего к более высоким разрядам [59,60].

Для усиления материальной заинтересованности работников в совершенствовании их мастерства и повышения квалификации практически во всех отраслях используется принцип прогрессивного относительного возрастания тарифных коэффициентов, что целесообразно использовать и в здравоохранении, поощряя во все большем денежном выражении труд все более высокой квалификации [61,62].

Наряду с тарифной системой другим основным элементом организации оплаты труда являются формы и системы заработной платы. Измерителями

затрат труда служат или отработанное рабочее время, или количество изготовленной продукции (оказанных услуг), в связи с чем различают две формы заработной платы: повременную и сдельную. При повременной оплате мерой труда выступает рабочее время, и заработок работнику начисляется в соответствии с установленной тарифной ставкой или должностным окладом за фактически отработанное время. При сдельной оплате мерой труда является количество выработанной работником продукции или оказанных услуг, и заработок зависит от объема выполненной работы и установленных сдельных расценок за единицу работы [51,52].

Системы сдельной заработной платы предусматривают определенную функциональную зависимость заработка от объема выработки, а точнее — от уровня выполнения норм, что является мощным побудительным стимулом для их перевыполнения и увеличения тем самым сдельного заработка. Характерной тенденцией развития методов оплаты труда в экономически развитых странах в последние десятилетия стало сокращение сферы применения сдельных форм оплаты и широкая замена их повременной формой [63].

Мировой опыт неопровержимо доказывает, что качественные характеристики работы, как правило, изменяются в направлении, противоположном количественным ее результатам. В целях сдерживания расходов на здравоохранение и повышения качества медицинских услуг в странах Западной Европы и США все шире используется практика оплаты врачей по подушевому нормативу или по системе должностных окладов с выплатой фиксированной суммы за договорное отработанное время независимо от объема оказываемой помощи [64].

Большая армия медицинских работников работают в государственных МО, получая заработную плату у государства, поэтому государство должно иметь рыночный механизм оплаты труда медицинских работников, по которому они зарабатывали бы заработную плату. Проблема оплаты труда медицинских работников, их материальная заинтересованность во многом определяет качество лечения больных [64].

Таким образом, необходимо учитывать решающую роль мнения трудовых коллективов в дифференциации оплаты труда, ликвидации уравниловки, распределении переменной части заработной платы с учетом трудового вклада каждого сотрудника в общие результаты работы, в аттестации сотрудников на соответствие занимаемой должности, при определении размера должностного оклада, при выдвижении на присвоение квалификационной категории и т.д.

## **1.2 Стимулирование трудовой деятельности медицинских сотрудников первичного звена как один из основных финансовых методов улучшения деятельности участковых служб организаций здравоохранения.**

В мировой практике, одним из основополагающих стимулов качественных медицинских услуг, определен высокий уровень заработной платы

медицинского работника, которая выстраивается на основе различных форм финансирования системы здравоохранения.

Стимулирование определяется методом воздействия на трудовое поведение медицинских работников опосредовано через мотивацию, когда побуждение к труду происходит в форме компенсации за трудовые усилия [65].

Существующие формы оплаты труда медицинского персонала не всегда способны обеспечить высокий размер заработной платы. Специфика медицинской услуги, не имеющей материального воплощения, определяла основой уровня заработной платы медицинских работников ПМСП ориентацию на минимальный уровень ставок и окладов [66,67,68].

Самостоятельность трудовых коллективов в определении уровня заработной платы на основе показателей объема и качества с применением коэффициента трудового участия позволяет повысить заработную плату [69].

Целевое финансирование обеспечивает плательщикам гарантию возвратности этих средств: рабочие и служащие получают полноценное медицинское обслуживание, а предприятие - здоровую рабочую силу [70,71,72].

В то время как в экономически развитых странах уровень материального благосостояния врачей превышает среднедушевую оплату во всех отраслях от 1,65 раз в Швеции до 6,02 в Германии и 7,21 в США, существующие механизмы оплаты труда медицинских работников не соответствуют времени и средствам на подготовку специалистов, их ожиданиям и как следствие снижают престиж профессии и не являются стимулирующими [43,73].

Опыт введения единой тарифной сетки оплаты труда показал, что данный механизм не идеален, и требует применения иных способов оплаты деятельности медицинских специалистов с учетом, прежде всего, конечных результатов деятельности, что делает актуальным вопрос оценки конечного результата медицинской деятельности, определения индивидуального трудового вклада работника, исчисления этой доли [53,74].

На данное время тарифные ставки являются основным элементом заработной платы, при этом величина тарифной ставки используется при определении надбавок и доплат, очередных отпусков, оплаты работы в ночное время, выходные и праздничные дни [55,75].

Основу существующей тарифной системы составляют тарифная ставка и тарифная сетка. Исходной тарифной ставкой служит минимальная тарифная ставка первого разряда. В настоящее время тарифная ставка первого разряда не связана с минимальной месячной заработной платой, которая является лишь техническим нормативом, используемым для расчета размеров пособий, стипендий, штрафов и минимальной потребительской корзины или величины прожиточного минимума. Размер заработной платы и ее дифференциация должны быть непосредственно увязаны с государственным минимумом заработной платы, который устанавливается в большинстве экономически развитых стран и в той или иной степени соотносится с законодательно утвержденным прожиточным минимумом [58].

При этом уровень заработной платы находится в прямой зависимости от сложности труда, квалификации работника [56].

Для усиления материальной заинтересованности работников в повышении своей квалификации традиционно используется принцип прогрессивного относительного возрастания тарифных коэффициентов, что целесообразно использовать и в здравоохранении, поощряя во все большем денежном выражении труд все более высокой квалификации [76,77].

В тоже время показателями затрат труда служат: отработанное рабочее время или количество оказанных услуг, в связи с чем различают две формы заработной платы: повременную и сдельную. При повременной оплате мерой труда выступает рабочее время, и заработок работнику начисляется в соответствии с установленной тарифной ставкой или должностным окладом за фактически отработанное время. При сдельной оплате мерой труда является количество выработанной работником продукции или оказанных услуг, и заработок зависит от объема выполненной работы и установленных сдельных расценок за единицу работы [61,78].

Системы сдельной заработной платы подразумевают связь размера оплаты от уровня выполнения работы, что является значительным мотивирующим моментом для повышения качества выполняемой работы и увеличения тем самым сдельного заработка. Характерной тенденцией развития методов оплаты труда в экономически развитых странах в последние десятилетия стало сокращение сферы применения сдельных форм оплаты и широкая замена их повременной формой [61].

Согласно мировому опыту качественные характеристики работы изменяются в направлении, противоположном количественным ее результатам. В целях сдерживания расходов на здравоохранение и повышения качества медицинских услуг в странах Западной Европы и США все шире используется практика оплаты врачей по подушевому нормативу или по системе должностных окладов с выплатой фиксированной суммы за договорное отработанное время независимо от объема оказываемой помощи [79,80].

По мнению зарубежных авторов наиболее оптимальным способом оплаты труда медицинского персонала является повременно-премиальная система. При этом повременные системы обеспечивают работнику выплату тарифной ставки (оклада) и премии только при условии выполнения и, соответственно, перевыполнения заданного объема работы, установленного на базе научно-обоснованных нормативов затрат труда. Размер премиальных выплат работнику может составлять 30-50% его приработка, остальная часть которого направляется на дополнительное материальное поощрение персонала, деятельность которого не связана напрямую с объемными показателями деятельности учреждения (административно-управленческий, хозяйственный, обслуживающий персонал) и иные цели [81,82].

Существует и сдельно-регрессивная система оплаты труда, когда работа в пределах нормы оплачивается по установленной тарифной ставке, а сверх нормы — с понижающим коэффициентом от 0,3 до 0,7. Особенностью системы

является то, что со 120-130% уровня выполнения объема работы, оплата сверхзаработка становится незначительной, и таким образом персонал не может выработать 200% своей основной ставки [83,84].

Здравоохранение является особой сферой деятельности государства по обеспечению прав граждан на здоровье и, в связи с этим, должно стать одним из самых приоритетных [85,86].

Длительное время финансирование здравоохранения традиционно основывалось на показателях ресурсного обеспечения, а не на результатах деятельности работы медицинских работников. Лечебно-профилактические организации ориентировались только на систему нормативов, доводимых органами управления здравоохранением, и были лишены экономических стимулов к расширению объема деятельности работ и повышению эффективности качества оказываемой медицинской помощи [87,88].

Проблема оплаты труда медицинских работников государственных МО, ее материальная заинтересованность, наиболее актуальна в реформировании здравоохранения, как один из основных факторов, определяющих качество оказываемых медицинских услуг [61,89].

В странах Западной Европы наиболее часто применяются гонорарный метод оплаты труда медицинских работников или оплата за каждую услугу; метод подушевого финансирования, т.е. за одного жителя, приписанного к врачебной практике и по твердым ставкам заработной платы [90].

В таких странах, как Германия, Бельгия, Люксембург, Голландия, Швейцария, Франция, где развита страховая система здравоохранения, применяется гонорарный метод оплаты труда медицинского персонала, в то время как при бюджетной модели здравоохранения этот метод не используется, либо используется как дополнение к другим методом оплаты амбулаторной помощи [91].

Гонорарная система оплаты, как правило, предполагает сооплатежи пациентов, поэтому призвана ограничить стимулы к завышению врачами числа рекомендуемых посещений и конкретных услуг. В странах с другими методами оплаты труда, где такие стимулы не возникают, обычно используются сооплатежи населения и, не применяются сооплатежи при получении амбулаторных услуг в системе общественного здравоохранения в Германии, Италии, Испании и Португалии [92,93].

Основой этого метода является связь оплаты с предоставляемым объемом услуг, что даст гарантию получения достаточного объема и качества медицинской помощи. Однако, если ставки оплаты снижаются, то этот метод нацеливает врачей на компенсацию своих потерь увеличением объемов и применением более дорогих методов лечения. Так, в Германии медицинский персонал был более заинтересован в оперативном методе родовспоможения (кесарево сечения), чем в нормальных родах, ввиду относительного завышения ставки гонорара в тарифном соглашении [94,95]. Данную проблему органы здравоохранения регулируют установлением лимитов расходов на

определенные виды помощи и контроль за объемом и стоимостью медицинских услуг.

Метод подушевого принципа оплаты труда применяется в Великобритании, Испании, Ирландии и Италии. При использовании этого метода финансирования сдерживается рост расходов на медицинскую помощь: врачи не заинтересованы в увеличении числа посещений, обследований, консультаций, а также появляются стимулы к профилактике заболеваний [81].

Существуют две разновидности этого метода - оплата по общему нормативу и по нормативу, где учитываются половозрастной состав приписного населения. К первому можно отнести - Данию и Нидерланды, ко второму - Италию и Великобританию [96,97].

При данном методе оплаты повышается возможность рассчитать уровень расходов на оплату труда, создается определенный стимул к наращиванию объема медицинской помощи медицинским персоналом, однако, врачам, достигшим максимального уровня объема услуг, ничего не оплачивают, либо оплачивают по пониженным нормативам[98,99].

В Дании, Великобритании, Норвегии и Греции применяется смешанная система оплаты труда врачебно-амбулаторной помощи, несмотря на преобладание подушевого метода оплаты труда медицинских работников. Такой подход призван создать стимулы для наращивания объема врачебных услуг, прежде всего, в оказании наиболее приоритетных видов услуг. Так, в Финляндии доход врачей складывается на 60% из заработной платы, 20% - подушевой метод оплаты и 20% - оплата за конкретную услугу, и, конечно, особый интерес представляет смешанная система оплаты труда в Великобритании [100].

В Финляндии, Швеции, Греции и Португалии труд медицинских работников амбулаторного звена финансируются по твердым ставкам заработной платы, где эти медицинские работники являются наемными и работают в государственных организациях, хотя в некоторых странах заработная плата сочетается с другими методами оплаты.

Опыт западных стран показал, что если амбулаторная помощь оплачивается за каждую услугу, объем этих услуг заметно выше, чем в странах, использующих подушевой норматив финансирования, и тем более в тех странах, где врачи работают в государственных организациях (метод финансирования по твердым ставкам заработной платы) [101,102].

Наиболее удовлетворены своей системой здравоохранения в Нидерландах - 47% жителей (гонорарный метод оплаты), во Франции и Германии - 41% (гонорарный метод оплаты) и менее удовлетворены в Испании - 21% жителей (метод оплаты - заработная плата и подушевой норматив) [103,104,105,106].

В Венгрии, Эстонии, Хорватии медицинские работники первичного звена оплачиваются на основе подушевого метода. Этот метод на экспериментальной основе используется в Румынии, Польше, Болгарии, и Литве. Другая группа стран - Чехия, Словакия и Словения - в качестве основного избрала гонорарный метод оплаты труда медицинских работников [107,108].

Независимо от различных методов оплаты труда, уровень амбулаторных посещений на одного жителя в большинстве западных стран остается относительно низким: в Канаде - 6,6; Франции - 7,1; Швеции - 6,0; Великобритании - 5,7; США - 5,3. Исключение составляют лишь Германия и Япония, где уровень амбулаторных посещений составляет соответственно 11,5 и 12,9 [108].

В странах СНГ низкий уровень оплаты труда тормозит развитие кадрового потенциала, негативно отражается на состоянии и качестве оказания медицинской помощи населению. Следовательно, актуально принятие мер по существенному повышению оплаты труда работников здравоохранения, обеспечению роста реальной заработной платы и ликвидации необоснованного разрыва в уровнях оплаты труда в реальном секторе экономики и бюджетной сфере. Кроме того, решение этой задачи невозможно без создания и совершенствования нормативной базы и реформирования действующих условий оплаты труда на ее основе [64,109,110,111].

В результате экономического спада и политики в начале 2000 гг. в Таджикистане расходы на здравоохранение сократились. В Настоящее время определена Концепция реформы здравоохранения республики, в котором приоритетным направлением ставится задача качественного развития ПМСП. Сегодня в большинстве организациях ПМСП медицинские работники ведут самостоятельный прием. В Узбекистане созданы новые формы и структуры оказания гарантированной первичной медико-санитарной помощи (сельские и городские врачебные пункты, семейные поликлиники, Центры неотложной медицинской помощи) [112,113].

Врачи на Кипре, работающие в государственном секторе, являются служащими Министерства здравоохранения. По рабочим местам их распределяет централизованная государственная кадровая система. Смена места работы возможна только в случае наличия вакантной должности. В государственном секторе врачи получают жалованье. Частные врачи получают гонорар за оказанные услуги, причем размер его четко не установлен. После введения Системы государственного медицинского страхования каждая семья будет числиться за определенным ВОП, которому МЗ будет платить на договорной основе в зависимости от числа закрепленных за ним больных. Для государственного и частного сектора будет введена общая ценовая политика [114].

Реформирование в Болгарии основано на новых методах финансирования, организации медицинского обслуживания, новых подходов в подготовке кадров и развития смешанной частно-государственной системы здравоохранения. Целью данных преобразований является повышение эффективности использования ресурсов для улучшения здоровья населения [115].

Опыт Чехословакии основан на мониторинге специализированного медицинского обслуживания, внедрения системы оплаты стационарного лечения по клинко-затратным группам и сокращения числа врачей-

специалистов. При этом врачи государственных учреждений получают фиксированную заработную плату, превышающую среднюю по стране, а доход частнопрактикующих врачей зависит от объема оказанных услуг. Введение комбинированной системы оплаты привело к сокращению объема амбулаторных услуг на 20% [67].

Проводимые преобразования системы здравоохранения в Венгрии также направлены на организацию, финансирование, управление и подготовку медицинских кадров. Многие исследователи считают актуальным проведение кардинальных изменений в секторе здравоохранения [116,117].

В Швеции первичное медицинское обслуживание менее развито, чем в других европейских странах. Услуги частнопрактикующих врачей, заключивших с ландстингом соглашение о сотрудничестве, оплачиваются не больными, а государством. За профилактические мероприятия отвечают муниципалитеты и Государственный институт общественного здоровья. В государственных лечебных учреждениях врачи работают по договору с ландстингами и получают ежемесячную заработную плату, кроме того — доплату за сверхурочную работу и число больных. Частнопрактикующие врачи получают плату за оказанные медицинские услуги [117,118].

Мировая практика свидетельствует о том, что универсальной формы оплаты труда медицинских работников на данный момент не существует. Так, фиксированная оплата труда, являясь основополагающей в большинстве стран с экономикой переходного периода, не предполагает никакой мотивации для медицинского персонала в оказании качественной работы, так как не имеет никаких индикативных критериев ее оценки. Тогда как, метод гонорарной оплаты, доминирующий при развитии семейной медицины, способствует привлечению дополнительных финансовых средств, основанных на количественной характеристике результативности медицинского работника. С другой стороны, при данной системе у медицинского персонала есть интерес в оказании как можно большего количества услуг, выполнению дорогостоящих процедур и выписке дорогостоящих лекарственных препаратов [119]. При подушевой системе финансирования заработная плата медицинского персонала осуществляется по количеству зарегистрированных у них пациентов, независимо от количества и качества предоставляемых медицинских услуг. Данный вид оплаты характерен для первичной медико – санитарной помощи, при котором стимулы неоднозначны.

Несмотря на тот факт, что наиболее стимулирующей формой финансирования определена гонорарная, ее внедрение возможно не всегда по ряду причин. Например, в странах постсоветского пространства, по мнению международных экспертов, внедрение затруднительно в связи с небольшими финансовыми ресурсами (в отличие от стран Европейского союза) и неэластичностью снабжения системы ресурсами [120].

В странах с развитой экономикой заработная плата специалистов значительно превышает показатели развивающихся стран, и по своей сути является значительным стимулирующим показателем их деятельности. Так,



например, врач в Германии является самой высокооплачиваемой профессией по сравнению с другими ЕС, и оклад у главного врача, анестезиолога и диагноста может достигать 15 тыс. евро в месяц, аналогичная картина характерна и для Великобритании и Америки. В странах постсоветского пространства размер заработной платы не является стимулирующим компонентом, так как значительно ниже показателя ЕС, иногда даже в десятки раз. Так, в Швейцарии размер минимальной ежемесячной заработной платы врача в долларах составляет 7800, в Нидерландах – 3600, Испания – 5000, Польша – 1500 [121]. Так, средняя заработная плата медицинских работников в России составляет 962 долларов США в месяц (Росстат); в Украине – 319 долларов США в месяц и с учетом различного рода надбавок сумма составляет 375-440 долларов в месяц (Госкомстат), а ставка участкового терапевта составляет 185 долларов. В Беларуси средняя зарплата медиков составляет 389 долларов, а в Казахстане – 767 долларов.

Несмотря на тот факт, что количество подготовленных медицинских кадров, в странах постсоветского пространства значительно выше (основной целью при этом является всеобщий обхват медицинской помощью) и не создается такой конкурентной среды среди медицинского персонала как в странах ЕС, тем не менее, уровень заработной платы остается достаточно низким. Если в Канаде и Америке в среднем в один медицинский университет принимается до 150-200 студентов в год, то в Казахстане в среднем по всем ВУЗам – от 700 до 1500 студентов [121].

Несмотря на то, что ежегодно более 80% студентов проходят обучение за счет бюджетных средств и проводится работа по повышению потенциала по наиболее востребованным специальностям, в стране имеет место быть дефицит медицинских кадров. В основе данных несоответствий определено, прежде всего, отсутствие мотивации – низкий уровень заработной платы и отсутствие социального пакета. Ежегодно, большое количество выпускников медицинских ВУЗов (около 30%) уходят в частный сектор (частные клиники, фармацевтические компании) или в другие профессиональные области.

Большое число исследовательских работ (Пчела Л.П., 2010; Сарасв А.Р., 2011; Шейман И.М., 2009, Шевский В.И. с соавт., 2006 и др.) посвящены изучению вопроса мотивации труда медицинского персонала участковой службы и разработке современных подходов менеджмента к решению данной проблемы [122]. Ранее были предприняты попытки в изучении и научном обосновании стимулирующей системы оплаты труда (Комаров Р.Н. с соавт., 2003; Шамшурин Н.Г. с соавт., 2007), однако в основном они предназначались для использования в тарификационной сетке, которая обеспечивала стабильность и гарантированный характер выплат, однако не предусматривала использование методов стимулирования.

Как отмечают эксперты, что без совершенствования системы оплаты труда медицинского персонала участковых служб, нет возможности добиться повышения качества медицинской помощи. Так, зачастую система вознаграждения персонала первичного звена не только не соответствует целям

деятельности ПМСП, но и противоречит им, не учитывая конечные результаты труда и не мотивирует к качественному предоставлению медицинских услуг. В то время как эффективное функционирование службы ПМСП снижает частоту возникновения заболеваний и их осложнений, а также обострений хронических заболеваний, и как следствие – рост потребности в специалистах, объемах дорогостоящей стационарной и скорой медицинской помощи.

Так как в организациях ПМСП трудно скооперировать оплату труда с объемом и качеством медицинской помощи, расчет заработной платы осуществляется на основании данных прикрепленного населения и не имеет какой-либо стимулирующего аспекта. А отсутствие стимулирования труда работников первичного звена и удовлетворения от работы, в свою очередь, затрудняет получение положительных результатов в их деятельности. Система оплаты труда специалистов участковых служб должна быть призвана стимулировать к расширению объема работ и ответственности за состояние здоровья прикрепленного населения,

Таким образом, рациональная оценка труда медицинских работников должна включить в себя стимулирование с учетом достигнутых конечных результатов. Существующие формы оплаты труда, даже при достижении медицинскими организациями определенных количественных и качественных результатов деятельности, не отражаются на заработной плате, а основа полагаются на установленных законодательством нормативах рабочего времени (с учетом специфики).

Таким образом, существующая форма оплаты не стимулирует медицинский персонал к достижению качественных показателей. Данное обстоятельство определяет необходимость установления такой системы оплаты труда, которая должна создавать заинтересованность медицинских работников в конечных и качественных результатах деятельности, таким образом, обеспечивая баланс между уровнем их экономической мотивации и результатами деятельности [104].

Анализ опыта финансирования медицинских организаций зарубежных стран свидетельствует о существовании самых разнообразных вариантов механизмов оплаты медицинской помощи, и как следствие оплаты труда медицинских работников. Сравнительный анализ данных форм оплаты медицинских организаций свидетельствует об отсутствии единого оптимального метода оплаты, указывая на наличие у каждого метода преимуществ и недостатков, выбор которых зависит от экономических и социальных особенностей в стране.

В международной практике эффективным методом оплаты ПМСП определяется подушевой принцип финансирования. Данный метод финансирования стимулирует повышение ответственности за состояние здоровья пациентов, обеспечивает комплексность лечебного процесса и сдерживает финансовые потоки. В мировой практике считается, что финансирование по подушевому принципу наиболее полно демонстрирует разумный баланс между требуемым и реально оказываемым количеством услуг

и акцентом на профилактических мероприятиях [115]. Однако, как отмечают эксперты, для его эффективного применения требуется отработанная система подушевого финансирования с элементами оплаты за достигнутые результаты, а также создание системы взаиморасчетов звена ПМСП с другими звеньями – с применением элементов фондодержания.

И если при оплате за конкретные медицинские услуги по определенной системе тарифов и законченным случаям лечения повышается заинтересованность работников в оказании максимального объема услуг каждому пациенту, наряду с отсутствием их экономической заинтересованности в улучшении здоровья пациентов. То подушевой метод финансирования способствует росту интереса врачей в снижении числа больных и росту профилактической работы [115].

Однако, несмотря на тот факт, что данный тип финансирования определен более эффективным, при его внедрении могут возникнуть попытки со стороны медицинского персонала к необоснованному сокращению объема услуг. Методами «нейтрализации» указанных недостатков почти во всех странах (в том числе и Казахстане) является половозрастная дифференциация тарифов и свободный выбор пациентом врача, или как в Словакии, Болгарии и Румынии – доплата за выполнение целевых показателей [20]. В Великобритании таким методом определено экономическое стимулирование через механизмы фондодержания, в Канаде и Австралии – комбинация подушевого норматива с оплатой за количество оказанных услуг [20].

При построении рациональной системы финансирования здравоохранения одним из основополагающих критериев обозначено определение эффективной методологии оплаты труда медицинским сотрудникам [123].

При всех формах финансирования выделяются два основных вида построения системы оплаты труда - проспективная либо ретроспективная. Проспективная оплата труда имеет форму бюджета и включает жалование, оплату по числу больных (фиксированная сумма за каждого прикрепленного больного) и постатейные и глобальные бюджеты. Системы предоплаты в форме бюджетов (включающих жалование) помогают планировать расходы и создают для медицинских организаций выраженные стимулы к сдерживанию расходов. Ретроспективная оплата производится после оказания медицинских услуг, обычно в виде оплаты по объему оказанных услуг либо по числу законченных случаев лечения. Данный вид оплаты создает стимулы для активизации деятельности и дает полезную информацию об использовании медицинских услуг. В целом в Европейских странах первоначально наблюдался сдвиг в сторону проспективной оплаты, но сопутствующие ей стимулы иногда оказывались слишком сильными, в результате чего вновь вводились система ретроспективной оплаты с целью активизировать деятельность медицинских учреждений и повысить качество предоставляемых медицинских услуг [124].

Анализ систем оплаты труда врачей первичной медико – санитарной помощи в зарубежных странах различны, так в Великобритании присуща комбинация фиксированного оклада, выплаты за каждого обслуженного

пациента, платы за определенные предоставленные услуги и поощрения за достижение поставленных целей. В Канаде, Австралии и Японии оплата зависит от объема представленных услуг. В Малайзии в частном секторе оплата производится в зависимости от объема представленных услуг, как и в ряде Европейских стран, но на государственном уровне оплата осуществляется как и в Финляндии в основном посредством в установочном зарплата, или посредством оплаты за каждого обслуженного пациента. В США от оплаты за услуги перешли к выплате фиксированных сумм за каждого обслуженного пациента [125].

Оплата труда работников первичной медицинской помощи в странах Европейского союза обычно производится по числу больных в сочетании с объемом оказанных услуг. В странах, где здравоохранение финансируется главным образом из взносов социального страхования, специалистам обычно платят по объему оказанных услуг, а там, где финансирование идет главным образом из налогов, они чаще получают установленное жалование. Больницы обычно получают средства в виде бюджета, однако все чаще применяется оплата по числу случаев госпитализации – либо при составлении бюджета, либо как ретроспективная форма оплаты (с наличием потолка выплат или без него) [126].

Изучение международного опыта по оплате труда медицинских работников в разрезе стран свидетельствует, что в системе первичной медицинской помощи в ЕС чаще всего применяется сочетание оплаты по числу больных и по объему оказанных услуг. В странах, где здравоохранение финансируется в основном из взносов социального страхования, в основном платят по объему оказанных услуг, а в странах, где из налогов - медицинские работники обычно получают жалование [125,127].

На протяжении последних двадцати лет Европейские страны путем реформ и преобразований систем здравоохранения выстраивают эффективные системы оплаты труда медицинского персонала, которые способствуют оказанию качественной и безопасной медицинской помощи. Определенные реформы повлекли за собой построение устойчивой системы выплат жалования с определенными доплатами. Другие связывали величины оплаты труда с показателями деятельности – качеством медицинской помощи и ее результатами (Италия, Англия, Португалия т.д.)

Так, в Чехии уступив гонорарному (1998г.) и подушевому принципу финансирования (2002г.) на сегодняшний день оплата медицинских услуг ПМСП производится по числу зарегистрированных с учетом возраста и по объему оказанных услуг (смешанная система). В то время как для специалистов амбулаторной помощи производится оплата по объему оказанных услуг с верхним пределом выплат. Мотивацией для медицинского персонала в оказании качественной медицинской помощи являются высокий порог оплаты услуг медицинскому персоналу с учетом их квалификации [117]. Аналогичная картина характерна и для Румынии и Словакии, где до 2000 года оплата труда медицинских работников вне зависимости от уровня медицинской помощи

осуществлялась по средствам установленной заработной платы. Сегодня оплата медицинских услуг персоналу медицинских организаций ПМСП в Словакии осуществляется по числу зарегистрированных и в соответствии с объемом оказанных услуг (около 50%). В Румынии на уровне ПМСП 85% всей оплаты приходится на число зарегистрированных с учетом возраста, и 15% всего всех средств из оплаты по объему оказанных услуг. Тем не менее, несмотря на то, что привилегией при данной оплате определяется количество оказанных услуг, вопросу качества уделяется большое значение и предопределено основополагающим в системе здравоохранения страны [128].

В Словении на смену системы финансирования, устанавливающей контроль над общим объемом больничных расходов, не представляющей возможности для перераспределения возможных сбережений на премирование сотрудников, пришла система финансирования, основанная преимущественно на результативности. Так, на смену установленной заработной платы пришла оплата труда по числу зарегистрированных с учетом возраста и по объему оказанных услуг [117]. Данная система дает возможность премировать медицинский персонал, но не устанавливает методологию и критерии распределения данных финансовых средств среди работников МО.

В Венгрии введена система оплаты услуг ПМСП по числу зарегистрированных с учетом других факторов, включающих также поправки, основанные на специфике специальности, при этом для каждого фактора закреплены критерии оценки и номинальность доплаты [117].

Наиболее ориентированной на качество предоставляемых услуг определена система оплаты труда медицинских работников в Литве и Латвии. В данных странах оплата услуг ПМСП осуществляется по числу зарегистрированных с учетом возраста, при этом стимулирующим компонентом несколько количество просто зарегистрированных пациентов, а сколько количество зарегистрированных, которым оказано высококачественная медицинская помощь. Болгария также определена одной немногих стран, внедривших систему надбавок как на уровне ПМСП. В Австрии труд медицинских работников стационара оплачивается аналогично Болгарии, но на уровне ПМСП предполагается минимальная ставка (которая составляет 80% от всей оплаты специалисту) и оплата по объему оказанных услуг [129,130].

В последнее десятилетие отмечается тенденция по использованию смешанных систем оплаты труда, сочетающих несколько элементов, таких как заработная плата, оплата в зависимости от объема представленных услуг и стимулирование за достижение поставленных перед врачом целей. Так, например, ВОП в Великобритании, в дополнение к подушевому финансированию, получает также дополнительные выплаты за такие услуги, как вызовы на дом и рекомендации по планированию семьи. В Финляндии оклады в муниципальных клиниках комбинируются с подушевым финансированием и поощрительными вознаграждениями (для увеличения процента осмотра прикрепленных пациентов). В Норвегии врачи общей

практики получают оплату в виде сочетания подушевого финансирования и платы в зависимости от объема представленных услуг [117].

В большинстве стран ЕС методология оплаты труда медицинских работников государственных и частных организаций имеет общую направленность, и осуществляется по одному механизму. В некоторых странах, государственный и частный сектор разделяет оплату труда медицинских работников, так например, на Кипре государственные организации на уровне ПМСП получают установленное жалование, тогда как частные организации оплату производят по объему оказанных услуг. Государственный сектор в Финляндии осуществляет оплату с помощью установленного жалования и с учетом объема оказанных услуг, либо сочетание жалования с оплатой по числу зарегистрированных, тогда как частный сектор оплачивается только по объему оказанных услуг [117].

Существующие методы оплаты труда медицинских работников в странах Европейского союза [117] для ПМСП (врачей общей практики), специалистов амбулаторной практики, специалистов стационара (общего профиля) представлены в таблице 1.

Таблица 1- Методы оплаты труда медицинских работников в странах Европейского союза

Страна	Первичная медицинская помощь (врачи общей практики)	Специалисты (амбулаторная практика)	Специалисты (в стационаре)	Больницы (общего профиля)
Австрия	Минимальная ставка (80%) + оплата по объему оказанных услуг (с заключением контракта или без него)	Минимальная ставка (50%) + оплата по объему оказанных услуг (с заключением контракта или без него)	Жалование + надбавки	Оплата по числу случаев госпитализации с ретроспективным и поправками числа набранных баллов
Бельгия	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
Болгария	По числу зарегистрированных + надбавки	Оплата по объему оказанных услуг	Жалование + надбавки	Оплата по числу случаев госпитализации + общие бюджеты
Кипр	Жалование (государственные), оплата по объему оказанных услуг (частные)	Жалование (государственные), оплата по объему оказанных услуг (частные)	Жалование	Общие бюджеты

Продолжение таблицы 1

Чехия	По числу зарегистрированных с учетом возраста + оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг с верхним пределом выплат	Жалование	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
Германия	Оплата согласно баллам, набранным по объему оказанных услуг	Оплата согласно баллам, набранным по объему оказанных услуг	Жалование	Общие бюджеты, оплата по числу случаев госпитализации + суточная ставка госпитализации
Дания	По числу зарегистрированных + оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
Испания	Жалование + оплата по числу зарегистрированных с учетом возраста (15%)	Жалование	Жалование	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
Эстония	По числу зарегистрированных с учетом возраста + оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по числу случаев госпитализации
Финляндия	Жалование + оплата по объему оказанных услуг либо сочетание жалования, оплату по числу зарегистрированных + оплата по объему оказанных услуг для личных врачей (государственный сектор), оплата по объему оказанных услуг (частный сектор)	Жалование + оплата по объему оказанных услуг (государственный и частный сектор)	Жалование + оплата по объему оказанных услуг	Оплата по числу случаев госпитализации
Франция	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Жалование	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
Англия	По числу зарегистрированных с учетом других факторов + оплата по объему оказанных услуг + оплата по качеству деятельности	нет данных	Жалование (Государственная служба здравоохранения)	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации

Продолжение таблицы 1

Греция	Жалование + оплата по объему оказанных услуг (государственный и частный сектор)	Как и для ПМСП	Жалование + оплата по объему оказанных услуг	Общие бюджеты, суточная ставка госпитализации + оплата по числу случаев госпитализации
Венгрия	По числу зарегистрированных с учетом других факторов + поправки, основанные на характеристиках практики	Оплата по объему оказанных услуг с верхним пределом для медицинских организаций, но для врачей главным образом жалование	Жалование	Оплата по числу случаев госпитализации
Ирландия	По числу зарегистрированных с учетом других факторов + оплата по объему оказанных услуг	нет данных	Жалование	Оплата по числу случаев госпитализации
Италия	По числу зарегистрированных + оплата по объему оказанных услуг + оплата по качеству деятельности (также для педиатров)	Оплата по объему оказанных услуг	Жалование	Оплата по числу случаев госпитализации + оплата по числу больных
Литва	По числу зарегистрированных с учетом возраста	Оплата по числу законченных случаев лечения	Жалование	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
Люксембург	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации + надбавки
Латвия	По числу зарегистрированных с учетом возраста + оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг либо по числу законченных случаев лечения	Жалование + оплата согласно баллам, набранным по объему оказанных услуг	оплата по числу случаев госпитализации, суточная ставка госпитализации + оплата согласно баллам, набранным по объему оказанных услуг



Продолжение таблицы 1

Мальта	По числу зарегистрированных + оплата по объему оказанных услуг	нет данных	оплата по объему оказанных услуг с верхним пределом (65%) либо жалование	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
Нидерланды	Жалование	Жалование	Жалование	Общие бюджеты
Польша	По числу зарегистрированных с учетом возраста	Оплата по объему оказанных услуг	Жалование	Оплата по числу случаев госпитализации
Португалия	Жалование (Государственная служба здравоохранения) + оплата по числу зарегистрированных с учетом возраста + оплата по качеству деятельности	Жалование (Государственная служба здравоохранения)	Жалование (Государственная служба здравоохранения)	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
Румыния	По числу зарегистрированных с учетом возраста + оплата по объему оказанных услуг (15%)	Оплата по объему оказанных услуг (гибкая система баллов)	Жалование	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации + оплата по объему оказанных услуг
Словакия	По числу зарегистрированных + оплата по объему оказанных услуг (50%)	Оплата по объему оказанных услуг	Жалование	оплата по числу случаев госпитализации
Словения	По числу зарегистрированных с учетом возраста + оплата по объему оказанных услуг	Оплата по объему оказанных услуг с верхним общенациональным пределом суммы выплат	Жалование	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации
Швеция	Жалование либо оплата по числу зарегистрированных + оплата по объему оказанных услуг в определенном объеме	Жалование	Жалование	Общие бюджеты + оплата по числу случаев госпитализации

Проведенный анализ методов оплаты работы медицинского персонала зарубежных стран, свидетельствует, что зачастую страны, которые изначально

вводили вместо жалования оплату по объему оказанных услуг, в дальнейшем перешли на оплату по количеству больных, который в большинстве европейских стран является основным в первичной медицинской помощи. Основным стимулирующим составляющим данной системы оплаты является размер жалования, который в странах ЕС достаточно высок, в отличие от государств постсоветского пространства (Россия, Казахстан, Киргизия и т.д.).

Как указывают многие источники, стимулированием при всех видах оплаты услуг ПМСП, помимо привлечения доплат может привести к возникновению ряда проблем: при оплате по объему оказанных услуг – к необоснованному увеличению количества назначенных процедур пациентам; при оплате по числу зарегистрированных – к увеличению количества пациентов, которым нет необходимости в обращении в медицинскую организацию; при оплате по числу зарегистрированных с учетом возраста – к увеличению количества пациентов определенного возраста и отказ другим. Некоторые страны ЕС устанавливают ограничения на объем оказанных услуг, как например, в Швеции, или определяют верхний общенациональный предел суммы выплат, как в Словении, тем самым устанавливая ограничения на нерациональное назначение медицинских услуг [117].

При всех изученных механизмах финансирования стимулирующим компонентом являлся высокий уровень заработной платы, основанный на количественных характеристиках оказания медицинской помощи (увеличение количества процедур, диагностических услуг и т.д.). Попытки связать оплату труда с показателями результативности деятельности наблюдались в Италии, Португалии и Англии.

Так в Италии, оплата услуг медицинскому персоналу ПМСП помимо оплаты по числу зарегистрированных и по объему оказанных услуг предполагает и оплату по качеству деятельности врачей общей практики и педиатров, а в Португалии введен перечень индикативных показателей деятельности данных специалистов. Данные системы внедрены не повсеместно, локализуясь только в государственных медицинских организациях определенных регионов. В Англии в 2004 году были проведены исследования, с целью определения аналогичной системы, но не нашло своего признания по причине несовершенства оценочных критериев и механизма оплаты [117].

Ориентируясь на зарубежный опыт, страны постсоветского пространства определили институционально подушевое финансирование как наиболее рациональный метод финансирования медицинской помощи, и выстроили наиболее эффективные системы оплаты труда медицинских работников с учетом экономического потенциала своей страны, существующей модели медицинской помощи и т.д.

В России амбулаторно – поликлиническое звено обладает значительным потенциалом повышения эффективности использования финансовых ресурсов на уровне медицинской организации. Совершенствование методов оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования реализуется как определенный порядок амбулаторно-поликлинической помощи

на основе подушевого норматива финансирования с применением методов стимулирования поликлиник за эффективную деятельность. Порядок финансирования амбулаторно – поликлинической помощи определяет путем расчета базового тарифа и дополнительного финансирования поликлиник. В настоящее время в России сложилось принципиальное противоречие между традиционным бюджетным планированием расходов на здравоохранение по принципу «чем больше мощность, тем больше расходы» и современными методами оплаты медицинской помощи в системе ОМС, основанными на учете объема и качества оказываемой помощи вне зависимости от мощности учреждения [131].

В Узбекистане, как и во всех странах постсоветского пространства, введено подушевое финансирование, но в качестве повышения мотивации организаций более эффективно осуществлять свою деятельность, медицинским организациям предоставлено законодательное право формирования Фонда развития организации. Фонд развития формируется за счет сэкономленных средств в рамках бюджетного финансирования и всех других поступлений, который используются по усмотрению организаций ПМСП на премирование сотрудников и развитие материально – технической базы учреждения.

Таким образом, проведенный обзор систем здравоохранения разных стран свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования механизмов оплаты труда медицинского персонала. При этом наиболее важной проблемой является полнота ресурсного обеспечения, использование адекватных методов оплаты медицинских услуг и дифференциация заработной платы медицинских работников по конечным результатам деятельности. Несмотря на широкую практику внедрения различных методик оплаты труда как в странах ближнего, так и дальнего зарубежья, применение компонента подушевого норматива вызвано стимулировать медицинский персонал к оказанию наиболее качественной помощи при наименьших затратах.

### **1.3 Организация ПМСП в республике Казахстан**

В Республике Казахстан, как и в странах бывшего Советского Союза и некоторых других, медицинская помощь населению, оказывается через поликлиники (первичная помощь) врачами первичной звена - терапевтами, педиатрами и врачами специалистами, а также в стационарах (вторичная помощь) городского, районного и областного уровня. Первичную медицинскую помощь в сельских районах обеспечивают врачи сельских врачебных амбулаторий и средний медицинский персонал медицинских пунктов [132-134].

Первичная служба здравоохранения: ВОП, семейный доктор, терапевт, педиатр и другие специалисты оказывают медицинскую помощь до 90% обращающимся за ней (при том, что на финансирование ее тратится 10% финансовых средств, выделенных здравоохранению) [135,136].

Принцип многоуровневой сети медицинских организаций с акцентом на первичное звено был эффективен при низком уровне финансирования отрасли,

однако в последнее время из-за низкого уровня управления здравоохранения данный эффект утратил свою силу [137-140].

В настоящее время для здравоохранения Казахстана актуальны вопросы повышения качества и эффективности медицинской помощи [141,142].

Разработанная в республике Концепция оплаты труда в отрасли здравоохранения главным образом ориентирована на формирование коллективной и личной экономической ответственности за качество работы [139,143].

Действовавшая система централизованного регулирования оплаты труда медицинского персонала, финансирование системы здравоохранения по «остаточному принципу» привели к серьезному ухудшению здоровья населения республики [144,145].

Необходимо изменить положение медицинских работников республики: улучшить уровень заработной платы, повысить престиж профессии и применять новые механизмы финансирования с усилением самостоятельности медицинских организаций [146,147].

Негативное влияние на здравоохранение республики оказывает отток квалифицированных медицинских кадров из медицинских организаций ПМСП, текучесть кадров остается высокой как среди врачей, так и среди средних медицинских работников из-за низкого уровня заработной платы, ограниченного выбора мест для работы по специальности и т.д. [148,149].

Кроме того, большинство медиков вынуждены работать по совместительству, что отрицательно сказывается на качестве обслуживания больных. Также ситуация характеризуется определенным отставанием первичной медико-санитарной помощи в вопросах профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала [150-153].

Наряду с этими проблемами от организаций ПМСП на современном этапе требуется обеспечение оказания лечебно-диагностических услуг в объемах и качестве, которые позволят значительно улучшить показатели здоровья населения, а также переместить часть стационарной помощи на амбулаторный этап [154, 155].

Сложившаяся ситуация предполагает последовательные изменения ПМСП, в частности: развитие материально-технической базы участковой службы, дополнительные вложения в повышение квалификации профессионального уровня участковых врачей и педиатров, повышение профилактической направленности их деятельности, укрепление службы охраны материнства и детства путем совершенствования первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам, планирования семьи, интеграции родовспомогательных организаций с общей лечебной сетью [156].

Проблема отсутствия прямой зависимости объема, качества оказанных услуг и уровня заработной платы, ведет к ликвидации стимулов в работе медицинского персонала.

В качестве решения данной проблемы было предпринято введение в Республике Казахстан с 1993 года новых условий определения размера

заработной платы на основе Единой тарифной сетки (ЕТС) для всех категорий работников народного хозяйства, в том числе и отрасли здравоохранения. С введением ЕТС преследовалась цель улучшить мотивацию труда и обеспечить межотраслевое единство в оплате равносложного труда, устранить реальные различия в оценке сфер его приложения. При этом ЕТС по оплате труда рассматривается как гарантированная минимальная зарплата [157,158].

Проводимое повышение качества и эффективности медицинской помощи основано на приоритетных проблемах охраны здоровья населения [159]. Раннее действовавшая политика жесткого государственного централизованного регулирования оплаты труда, финансирования системы здравоохранения, как и других социальных отраслей, по «остаточному принципу» превратились в «тормоз» экономического развития в целом. Это привело к серьезному ухудшению здоровья населения [160,161].

Падение престижа профессии медицинского работника обусловлено низким уровнем заработной платы, отсутствием необходимой организации и условий труда: ограниченный выбор мест для работы по специальности, несовершенство механизмов финансирования организации здравоохранения [162,163].

Большинство медиков работают по совместительству, что отрицательно сказывается на качестве обслуживания больных. Снижение уровня качества лечения является основанием для предъявления к МО претензий о снижении размера оплаты за оказание медицинских услуг, штрафных санкций, что в конечном итоге отражается в заработной плате медицинских работников [150,164].

В Республике Казахстан на государственном уровне с 2000 года на смену бюджетно-сметному финансированию организаций ПМСП пришло финансирование по подушевому нормативу. Внедрение данного механизма финансирования способствовало достижению административной и финансовой самостоятельности организациями ПМСП, совершенствованию уровня менеджмента и управления ресурсами, расширению объема и качества услуг, оказываемых населению на уровне ПМСП.

Учитывая низкую плотность населения в Казахстане, а также сложившуюся на основе административного деления сеть организаций здравоохранения, достичь конкурентоспособности поставщикам услуг ПМСП сложно. Самостоятельно подушевое финансирование в данных условиях не способно стимулировать поставщиков услуг к непрерывному росту качества оказываемых услуг и повышению профилактической работы.

Система финансирования первичной медико-санитарной помощи Казахстана за последние годы претерпела значительные изменения и, на современном этапе нацелена на максимальное стимулирование и поддержку системы контроля качества медицинских услуг [165]. На сегодняшний день перед Казахстаном стоит задача дальнейшего совершенствования системы подушевого финансирования путем предоставления дополнительных стимулов для оказания эффективной и качественной помощи поставщикам ПМСП.

С 2011 года организации ПМСП в РК получают стимулирующие выплаты к основному компоненту подушевого норматива в соответствии с достигнутыми результатами работы. Внедрение стимулирующего компонента подушевого норматива (далее - СКПН) как конечный результат деятельности организации через оценку системы индикаторов является одним из решений проблемы обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи населению.

Данная система планирования затрат на оказание ПМСП направлена на решение следующих задач: 1) определение стимулирующей составляющей подушевого норматива для финансирования организаций ПМСП за достигнутые результаты, направляемые на материальное поощрение медицинских работников; 2) повышение квалификации медицинских работников ПМСП; и 3) совершенствование системы внутреннего менеджмента и мотивации сотрудников, что в свою очередь повлияет на повышение качества оказываемых услуг и создание более эффективной организационной структуры организаций ПМСП [166].

Согласно нормативно – правовым документам РК для бюджетных организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико– санитарную помощь, тарифом является подушевой норматив обслуживаемой территории и (или) прикрепления граждан с учетом права свободного выбора медицинской организации, направленный на стимулирование улучшения качества и увеличения объема услуг [166].

Вопросы формирования и планирования бюджета ПМСП нормативно закреплены приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года №801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» [166]. Указанная система планирования затрат одной из своих задач определяет стимулирующую составляющую подушевого норматива для финансирования организаций ПМСП, направленных на материальное поощрение медицинских работников. Приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года №689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрений» указывается, что денежное поощрение работников организаций здравоохранения осуществляется в соответствии со статьей 236 Трудового Кодекса РК за добросовестное исполнение должностных обязанностей и высокое качество выполнения работ.

В программном документе - Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 года - одним из путей к построению рациональной системы финансирования здравоохранения выделено совершенствование дифференцированной системы оплаты труда медицинских работников, ориентированной на конечный результат [2]. Так, приказом Министра здравоохранения РК от 20 мая 2011 года №310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников» введена система оплаты труда в целях поощрения за достигнутые результаты

работы медицинских работников, которые разработаны в соответствии с подпунктом 4) пункта 4 постановления Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1400 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий» [167]. Приказом Министра финансов Республики Казахстан №141 в структуре специфики экономической классификации расходов бюджета Республики Казахстан стимулирующие выплаты обозначены спецификой 112 «Дополнительные денежные выплаты» [168].

В 2011 году нормативно закрепляется механизм формирования дополнительного компонента к тарифу первичной медико – санитарной помощи в приказе и.о. Министра здравоохранения от 6 января 2011 года №21 (приказ Министра здравоохранения от 1 марта 2011 года) [169,170]. В указанном документе отражены методологические аспекты стимулирующего компонента подушевого нормирования: параметры системы формирования дополнительного компонента к тарифу ПМСП, система оценки индикаторов, алгоритм выплаты дополнительного компонента к тарифу ПМСП и расчет СКПН организаций ПМСП. Выделен рекомендательный характер направлять стимулирующие выплаты на премирование сотрудников организаций ПМСП в соответствии с условиями Трудового Кодекса и коллективного договора.

Вышеуказанные нормативные акты определяют методологическую основу построения такой системы финансирования здравоохранения, основными принципами которой является взаимосвязь стимулов и возможностей организаций ПМСП, ориентированных на достигнутые (качественные) результаты работы [169,171].

Правила оплаты труда медицинских работников организаций здравоохранения в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи в организациях ПМСП за счет ассигнований из республиканского бюджета на дополнительный компонент к тарифу ПМСП закреплены приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 года №310 [171]. Согласно установленным правилам выплаты поощрений медицинским работникам ПМСП за достигнутые результаты работы осуществляется в зависимости от объема и качества оказанной медицинской помощи сверх их должностного оклада (основного заработка)[171]. Законодательно приказом № 810 определен контингент специалистов практического здравоохранения (участковая служба), для которых возможно установление таких доплат (врачи общей практики, участковые терапевты и педиатры; медицинские сестры общей практики и участковой службы; заведующие и старшие медицинские сестры отделениями общей врачебной практики/участковой службы; а также врачи отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного здоровья), установленный согласно приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года №7 «Об утверждении Положения

о деятельности организации здравоохранения, оказывающих амбулаторно – поликлиническую помощь».

Позже, приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан №693 от 10 октября 2011 года «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года №689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрений» в перечень контингента введен социальный работник организаций ПМСП, поощрение которого осуществляется из средств республиканского бюджета, выделенных в виде целевых текущих трансфертов на дополнительный компонент к тарифу ПМСП и направляемых на стимулирование медицинских работников организаций ПМСП в соответствии с приказом №310 [172].

Нормативно закреплены и случаи, при которых распределение стимулирующих средств не проводится: наличие дисциплинарного взыскания, трудовой отпуск, временная нетрудоспособность, отпуск по уходу за ребенком, учебный отпуск, отпуск без сохранения заработной платы, предусмотренных трудовым законодательством и увольнение работника по собственному желанию до истечения календарного месяца [171]. В то же время, данный аспект не является совсем рациональным по причине того, что результативность по достижению квартальных показателей индикаторов может быть осуществлена до момента возникновения вышеуказанных факторов. Данное обстоятельство диктует необходимость совершенствования критериев распределения стимулирующих средств и их нормативного закрепления.

Для мониторинга эффективности работы специалистов ПМСП с целью стимулирования определены индикаторы оценки их деятельности, которые являются показателями, характеризующими результаты деятельности организаций ПМСП. Первоначально, приказом №21 был закреплён перечень Индикаторов оценки достигнутых результатов работы организаций ПМСП, состоящий из 9 основных и 10 подгруппных индикативных показателей [169]. Приказом Министра здравоохранения РК от 16 сентября 2011 года № 622 [173] внесены изменения в состав индикаторов, закрепив законодательно следующие:

- 1) Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП;
- 2) Беременность женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией;
- 3) Подростковая беременность;
- 4) Уровень абортот по отношению к родам;
- 5) Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП (ОКИ ОРИ);
- 6) Несвоевременно диагностированный туберкулез легких;
- 7) Впервые выявленные случаи с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии среди прикрепленного населения;
- 8) Уровень госпитализации больных из числа прикрепленного населения госпитализированных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт);



9) Количество обоснованных жалоб из расчета на прикрепленное население;

Для социальных работников организаций ПМСП приказом №689 введен индикатор «Уровень госпитализации лиц старше 70 лет с обострениями хронических заболеваний, не требующих госпитализации в круглосуточный стационар, из числа прикрепленного населения» [172].

Механизм определения размера СКПН регионально и по медицинским организациям отражен в приказе №622, где описан алгоритм определения интегрального показателя значений индикаторов каждой организации ПМСП в баллах, расчет суммы СКПН и предложены максимально возможные баллы в разрезе участковых служб по каждому индикатору [173]. Процесс определения суммы дополнительного компонента к тарифу ПМСП для каждой организации ПМСП и по структурным подразделениям внутри ПМСП определяется согласно приказу №810.

Приказом №810 разграничены функции и полномочия участников данного процесса, так Министерству здравоохранения определено общее управление при формировании системы дополнительного компонента к тарифу ПМСП и нормативно – правовое регулирование данной системы, а администраторам бюджетных программ - внедрение системы СКПН, управление и координацию деятельностью участников системы на уровне регионов. Так, приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2011 года №14 создана постоянно действующая рабочая группа по внедрению дополнительного компонента к тарифу первичной медико-санитарной помощи [174].

В свою очередь, организации ПМСП осуществляют основную деятельность в рамках оказания ГОБМП, эффективное управление и использование средств по гарантированным и стимулирующим выплатам и предоставление необходимой отчетности.

Нормативно закрепленные вопросы стимулирующей оплаты деятельности медицинских работников ПМСП позволяют реализовать стимулирующий компонент подушевого нормирования, сохраняя идеологию системы. Выстроенная методология с установленным перечнем оценочных индикаторов, разграничением функций и полномочий между участниками процесса способствует успешному внедрению новой формы финансирования в систему здравоохранения, содействуя повышению качества оказываемой медицинской помощи.

Таким образом, проблема мотивации медицинского персонала к повышению качества оказываемой медицинской помощи может быть решена посредством внедрения дифференцированной оплаты труда медицинских работников, при котором исключается равное распределение размера заработной платы с учетом трудового вклада каждого сотрудника в общие результаты работы.

## 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационная работа посвящена исследованию современных финансовых инструментов для улучшения деятельности участковых служб организаций здравоохранения (в частности, стимулирующего компонента подушевого финансирования) и определению путей оптимизации процесса финансирования организаций здравоохранения первичного звена.

Для решения поставленных задач использована ниже представленная программа исследования (рисунок 1, таблица 1).



Рисунок 1 – Программа исследования

Таблица 2- Программа исследования

Этапы	Объект и объем исследования	Предмет исследования	Методы исследования
1. Литературный обзор по методам оплаты труда и контент-анализ нормативно-правовых актов регламентирующих вопросы оплаты труда медицинских работников первичного звена.	- Результаты ряда оригинальных исследований отечественных и зарубежных ученых – 153 лит.источника. - Контент – анализ нормативно – правовых актов Республики Казахстан, регламентирующих вопросы оплаты труда медицинских работников первичного звена системы здравоохранения за период 2007-2013 гг. – 20 документов	- Финансовые аспекты оказания медицинской помощи в мире - Стимулирование трудовой деятельности медицинского персонала первичного звена	Анализ документов, контент-анализ
2. Анализ финансирования организаций здравоохранения первичного звена СКПН.	Сводные таблицы портала СКПН, отчеты медицинских организаций за 2011-2013 годы	Стимулирующий компонент подушевого финансирования	экономический, аналитический
3. Анализ экономической эффективности внедрения СКПН	5 индикаторов: «Беременность женщин с экстратагенитальной патологией», «Запущенные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации», «Запущенные случаи туберкулеза легких», «Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару» и «Уровень госпитализации с осложнениями сердечно – сосудистой системы» и данные по клинико – затратным группам.	Оценочные индикаторы развития организаций здравоохранения первичного звена и произведенные затраты	Экономический метод
4. Изучение исследуемого контингента и проведение пилотного анкетирования с целью оценки корректности предлагаемого опросника	Данные о количестве опрошиваемых респондентов в каждом регионе, критерии отбора медицинских работников и административных объектов.	Субъективная оценка мотивации и удовлетворенности медицинских работников СКПН	Выкопировка данных Аналитический Социологический (анкетирование фокус-группы

Продолжение таблицы 2

5. Анкетирование врачей и среднего медицинского персонала	1067 медицинских работников, из них – 307 врачей, 760 средний медицинский персонал	Субъективная оценка моральной и материальной заинтересованности медицинских работников в результативности их деятельности	Социологический
6. Экспертная оценка	1. 369 руководителей организаций ПМСП (79% от общего количества организаций внедривших СКПН) 2. 21 руководитель региональных Управлений здравоохранения	Субъективная оценка уровня информированности и меры по улучшению распределения СКПН руководителей организаций ПМСП и руководителей региональных УЗ.	Социологический
7. Формирование и обработка базы данных	Анкетные данные	Субъективная оценка моральной и материальной заинтересованности медицинских работников в результативности их деятельности и оценка уровня информированности и меры по улучшению распределения СКПН руководителей организаций ПМСП и руководителей региональных УЗ.	Информационный, программа SPSS 17
8. Разработка и внедрение предложений по совершенствованию механизма распределения стимулирующего компонента подушевого финансирования на основе социологического опроса и экспертных оценок	Медицинские работники организаций ПМСП, руководители организаций ПМСП, руководители региональных Управлений здравоохранения	Механизм распределения СКПН	Экспертная оценка

На первом этапе была изучена международная и отечественная литература, посвященная вопросам оплаты труда медицинских работников организаций участковых служб организаций здравоохранения. Для отбора и анализа литературных источников были выбраны следующие ключевые слова, имеющие отношение к интересующей нас проблеме: индикаторы, инновационные технологии, первичная медико-санитарная помощь, стимулирующий компонент подушевого норматива, участковые службы организаций здравоохранения. Объектами систематического анализа послужили результаты ряда оригинальных исследований отечественных и зарубежных ученых. Проведен контент-анализ нормативно-правовых актов Республики Казахстан, регламентирующих вопросы оплаты труда медицинских работников первичного звена системы здравоохранения.

Одним из направлений нашего исследования определено проведение анализа финансирования организаций здравоохранения первичного звена СКПН. С целью изучения закономерности финансирования организаций здравоохранения первичного звена в зависимости от колебания оценочных индикаторов нами был проведен экономический анализ в разрезе регионов и 16 медицинских организаций ПМСП, внедривших стимулирующий компонент подушевого нормирования.

Данные по индикаторам СКПН были сформированы на основании сводных таблиц портала «СКПН», представленных по запросу Управлениями здравоохранения с 1 квартала 2011 по 4 квартал 2013 годы (3 года).

Обработка результатов осуществлялась с помощью статистического пакета MS Excel 2007. В данном анализе применялись относительные (%), удельный вес, коэффициенты) и средние статистические величины. Так, для определения среднего значения по республике и в разрезе кварталов для построения динамической кривой мы рассчитали среднее значение ( $M$ ) и определили предельную ошибку ( $m$ ), а также максимальное и минимальное значение изучаемого явления.

Среднее линейное отклонение (простое) мы рассчитали по формуле (1):

$$\bar{d} = \frac{\sum |x_i - \bar{x}|}{n} \quad (1)$$

И для ряда индикаторов мы применили размах вариации, способствующего определить разность между максимальным и минимальным значением ( $r$ ).

Все показатели рассчитывались как для значений в разрезе регионов республики, так и в разрезе медицинских организаций.

В рамках данного исследования проведен анализ экономической эффективности внедрения СКПН – соотношение полученных результатов по оценочным индикаторам развития организаций здравоохранения первичного звена и произведенным затратам. Данный показатель определен как необходимое составляющее звено в оценке функционирования системы

здравоохранения в целом, и в частности влияния стимулирующего компонента подушевого норматива на здравоохранение. Проведение указанного анализа позволит рассчитать экономическую выгоду, полученную в результате внедрения СКПН и затрат на эти мероприятия, а также оценить экономический ущерб в связи с потерями здоровья населения.

Нами был проведен расчет экономической эффективности от внедрения СКПН с учетом динамики оценочных индикаторов, определенные приказом Министра здравоохранения №801 от 26 ноября 2009 года (таблица 3). Данные по индикаторам СКПН были сформированы на основании сводных таблиц портала «СКПН», представленных по запросу Управлениями здравоохранения с 2011 по 2012 годы (3 года).

Таблица 3 – Список оценочных индикаторов СКПН

№	Наименование индикаторов
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП
2	Беременность женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией
3	Подростковая беременность
4	Уровень аборт по отношению к родам
5	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП (ОКИ ОРИ)
6	Несвоевременно диагностированный туберкулез легких
7	Впервые выявленные случаи с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализаций 3-4 стадии среди прикрепленного населения
8	Уровень госпитализации больных из числа прикрепленного населения госпитализированных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт)
9	Количество обоснованных жалоб из расчета на прикрепленное население
10	«Уровень госпитализации лиц старше 70 лет с обострениями хронических заболеваний, не требующих госпитализации в круглосуточный стационар, из числа прикрепленного населения»

Для расчета были определены 5 индикаторов, на основании которых возможно оценить экономическую эффективность за краткий срок изучаемого периода: «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией», «Запущенные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации», «Запущенные случаи туберкулеза легких», «Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару» и «Уровень госпитализации с осложнениями сердечно – сосудистой системы».

Методологический подход к определению экономической эффективности основывался на 2-х этапах:

1 этап – определение изучаемых переменных по каждому индикатору;

2 этап – расчет экономической эффективности.

Экономическая эффективность рассчитывалась по формуле (4):

Экономический эффект

$$Kэ = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Экономические затраты, связанные с медицинской программой}} \quad (4)$$

Для расчета экономических затрат (экономический ущерб) применялась следующая формула (5):

$$lit = \sum (Njit * Zjit) \quad (5);$$

где,  $Njit$  – заболеваемость  $j$ -м заболеванием (число случаев) в возрасте  $i$  в году  $t$ ;  $Zjit$  – средняя величина на лечение  $j$ -го заболевания для возраста  $i$  в году  $t$ .

Методологически определение экономической эффективности системы здравоохранения основывается на определении стоимости отдельных видов медицинских мероприятий, а также величины затратной суммы, наносимыми теми или иными заболеваниями. Стоимостные показатели лежат в основе определения экономической эффективности системы здравоохранения.

В данном исследовании методом оценки эффективности затрат в здравоохранение применялся метод «затрат – результативность», который определен наиболее адекватным методом экономического анализа при рассмотрении эффективности внедрения новых программ в здравоохранение.

Определение для каждого индикатора показателей расчета экономической эффективности проводился на основании средних показателей (среднее значение). Сумма средних показателей, затраченных на 1 случай в стационаре, рассчитывалась на основании клинико – затратных групп, перечень которых был определен методологией СКПН.

Расчет экономической эффективности по индикаторам «Материнская смертность, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи», «Уровень аборт по отношению к родам», «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи от ОКИ и ОРИ» и «Количество обоснованных жалоб» затруднителен, в связи с небольшим сроком изучаемого периода (1,5 года) и отсутствием четких переменных для расчета в данном периоде.

Для индикаторов «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП» и «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП от ОКИ и ОРИ» был проведен анализ экономического ущерба в результате смертности, позволяющий оценить издержки при высоком

показателе данного индикатора. Нами применялась формула (6), рассчитываемая для группы людей, умерших в определенном возрасте:

$$Ппвт = nvt * Ct * (Жт-В) \quad (6)$$

где  $Ппвт$  – стоимость лет, потерянных в результате смерти  $n$  числа людей в возрасте  $В$  в году  $t$ ;  $nvt$  – число умерших в возрасте  $В$  в году  $t$ ;  $Ct$  – стоимость 1 года среднестатистической жизни в году;  $Жт$  – ожидаемая продолжительность в году;  $В$  – возраст умерших людей.

Экономический ущерб в результате смертности населения всех возрастов в году выражается суммой величин ущерба от смертности в каждом возрасте (7):

$$Mt = \sum Мпвт \quad (7)$$

Данный показатель позволит оценить экономические потери, которые несет общество в результате смерти человека, не дожившего до возраста средней продолжительности жизни.

Поперечное исследование проводилось среди врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций ПМСП. В анкетировании приняло участие 1067 медицинских работников организаций ПМСП, внедривших СКПН: 307 врача (участковые педиатры, участковые терапевты, врачи общей практики, социальные работники) и 760 среднего медицинского персонала организаций.

Методом рандомизации были выбраны группы для социологического опроса. Техника выборки – систематическая выборка. При расчете необходимой численности случайной выборки нами использовалось максимальное значение дисперсии 0.25, при уровне достоверности 99%. В качестве административных объектов базовых территорий выбраны 14 областей и 2 города республиканского значения (г. Астана и г. Алматы).

Количество опрошиваемых респондентов в разрезе врачей и средних медицинских работников в каждом регионе было определено из статистического соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала в данном регионе. Отбор медицинских организаций для исследования в каждом регионе и респондентов в каждой организации проводился случайным методом при помощи таблиц случайных чисел. Критерием отбора медицинской организации являлось внедрение СКПН не менее 1,5 года. Критерием отбора медицинских работников в качестве респондента исследования являлось: специальность (участковый педиатр, участковый терапевт, врач общей практики, социальный работник), полная занятость сотрудника (не менее 1,0 штатных единиц), стаж работы в данной организации и участие в реализации СКПН не менее 1,5 года.

Данный опрос проводился на добровольной основе и носил анонимный характер, посредством заполнения опросника в присутствии интервьюера. Опрос респондентов проводился перед началом работы в течение 15-30 минут.

Разработанная анкета содержит 21 вопрос, которые отражают основные моменты процесса внедрения системы СКПН и направлены на изучение мнения



медицинских работников о введении новой системы оплаты. Для того, чтобы оценить как экспериментальная группа подвергнется воздействию изучаемым переменам, мы провели предварительный замер – пре-тест (пилотный опрос) с целью выявления слабых сторон опросника.

Для достижения поставленной цели нами были проанализированы 14 вопросов. Обработка результатов осуществлялась с помощью статистических методов в программе обработки данных SPSS 17. Для выбора критериев оценки значимости межгрупповых различий средних проверяли соответствие формы выборочных распределений нормальному, используя критерий  $\chi^2$ , а также контролировали равенство генеральных дисперсий с помощью F-критерия Фишера. Нулевую гипотезу отвергали в случае  $p > 0,05$ .

До начала проведения анкетирования для получения репрезентативных данных нами установлена необходимая численность выборки.

Объем выборки был рассчитан по формуле (2)

$$n = \frac{t^2 G^2}{\Delta^2}, \quad (2)$$

где,  $n$  – объем выборки;  $G^2$  - дисперсия генеральной совокупности;  $t$  – коэффициент доверия,  $\Delta$  - предельная ошибка выборки.

Признаки, регистрируемые при анкетном опросе, носят качественный (атрибутивный) характер. В связи с этим мерой колебания выступает дисперсия альтернативного признака  $pq$ , где  $p$ - доля данного признака,  $q = (1 - p)$ .

При расчете необходимой численности случайной выборки используется максимальное значение дисперсии 0,25. Уровень достоверности при проведении социологического исследования обычно оценивается с учетом уровня доверительности равного 99%. Нормированное отклонение определено, исходя из выбранного уровня доверительности и соответствует 2,58.

Выборка ( $n$ ) среди руководителей медицинских организаций и руководителей Управлений здравоохранения РК составила 369 респондентов, при уровне доверительности равном 99 %, и  $\Delta = \pm 3$  %.

Выборка ( $n$ ) среди медицинских работников ПМСП при уровне доверительности равном 99 %, и  $\Delta = \pm 3$  % составляет 1067 респондентов. Количество опрашиваемых респондентов в каждом регионе было определено из статистического соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала в данном регионе за 2011 года (статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году).

В качестве административных объектов базовых территорий выбраны 14 областей и 2 города республиканского значения (г. Астана и г. Алматы). В качестве объектов исследования вступали медицинские работники организаций ПМСП, получающие стимулирующий компонент подушевого финансирования (участковые терапевты, ВОП, участковые педиатры, средний медицинский персонал и социальные работники организаций).

В рамках данного исследования с целью изучения мнения медицинских работников на внедрение новых финансовых методов оплаты труда (внедрение СКПН в организации ПМСП) нами было проведено анкетирование врачебного и среднего медицинского персонала. А также изучен уровень информированности сотрудников местных органов управления здравоохранения и руководителей государственных организаций здравоохранения, ответственных за процесс внедрения СКПН. Данный опросник (Приложение А, В) был направлен на изучение мнения медицинских работников, непосредственно участвующих во внедрении СКПН. На основании опроса было проанализировано 1436 анкет (врачебный и средний медицинский персонал).

Обработка результатов осуществлялась с помощью статистических методов в программе обработки данных SPSS 17.

При обработке результатов анкетирования использовались: номинальная, ранговая шкала отношений; суммарные статистики по отдельным переменным; частоты, суммарные статистики и графики произвольного числа переменных; построение N-мерных таблиц сопряженности и получение мер связи.

Для выбора критериев оценки значимости межгрупповых различий средних проверяли соответствие формы выборочных распределений нормальному, используя критерий  $\chi^2$ , а также контролировали равенство генеральных дисперсий с помощью F-критерия Фишера. Нулевую гипотезу отвергали в случае  $p < 0,05$ .

Для проведения взаимосвязи между изучаемыми переменными в нашем исследовании были построены таблицы сопряженности переменных (Crosstabs). Для измерения степени и характера взаимосвязи двух и более переменных использовался коэффициент сопряженности  $\chi^2$  Пирсона (хи – квадрат), который рассчитывался по формуле (3):

(3)

где,  $\chi^2$  – коэффициент сопряженности Пирсона (формула (3)), N – число опрошенных.

$$\chi^2 = \sum_{t=1}^n \frac{(O_t - E_t)^2}{E_t} \quad (4)$$

где,  $O_t$  – наблюдаемые частоты;  $E_t$  – ожидаемые частоты; n – число наблюдений.

Данные опроса были представлены как в целом по респондентам, так и в разрезе каждой изучаемой группы без учета регионов, в связи с тем, что основным является изучение мнения данных двух опрошенных групп.

Выбор нашего метода исследования был продиктован характером исследовательской гипотезы. Так как, целью исследования являлось описание одной характеристики выборки в определенный момент времени, мы выбрали

одномерный анализ, т.е. описание распределения наблюдений вдоль оси интересующего изучаемого признака.

Используя дескриптивную (описательную) статистику мы описали одномерное распределение переменных - признаков к конкретной выборке (по каждому значению переменной рассчитали количественное соответствие ему объектов). Одномерное распределение мы представили в виде статистических рядов, которые были выстроенные по вариационному ряду. В качестве единиц измерения мы выделили частоты (абсолютные единицы) и относительные показатели (% от числа опрошенных).

Таким образом, с целью построения процесса внедрения стимулирующего компонента подушевого финансирования в медицинский процесс применялся комплексный анализ. Научное обоснование эффективности внедрения стимулирующей оплаты на основе процессного подхода к управлению медицинскими услугами является одной из первоочередных задач системы здравоохранения.

Работой охвачены и выполнены в полном объеме все поставленные задачи, в результате которых предлагаются подходы совершенствования современных финансовых методов улучшения деятельности амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения.

### 3. ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СТИМУЛИРУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА ПОДУШЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

#### 3.1. Анализ особенности и закономерности финансирования организаций здравоохранения первичного звена

Стимулирующий компонент подушевого норматива финансируется из средств республиканского бюджета по 040 программе, 100 подпрограмме, 349 специфике «Обеспечение и расширение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, финансируемых за счет местного бюджета», согласно Плана финансирования по обязательствам в разрезе областей, г. Астаны и г. Алматы. Администратором данной бюджетной программы определено Министерство здравоохранения Республики Казахстан, которое определяет финансовые средства на оплату дополнительного компонента к тарифу первичной медико-санитарной помощи (стимулирующая составляющая к тарифу первичной медико-санитарной помощи), учитывающего результаты качества оказываемой медицинской помощи организации первичной медико-санитарной помощи. В 2011 году на стимулирующий компонент было выделено 9 030 974 тыс. тенге, в 2012 году данная сумма составила 9 496 943 тыс. тенге и в 2013 году – 9 998 956 тыс.тенге, превышая значение прошлого года на 5,1% в обоих случаях(согласно данным Министерства здравоохранения РК) (рисунок 2).

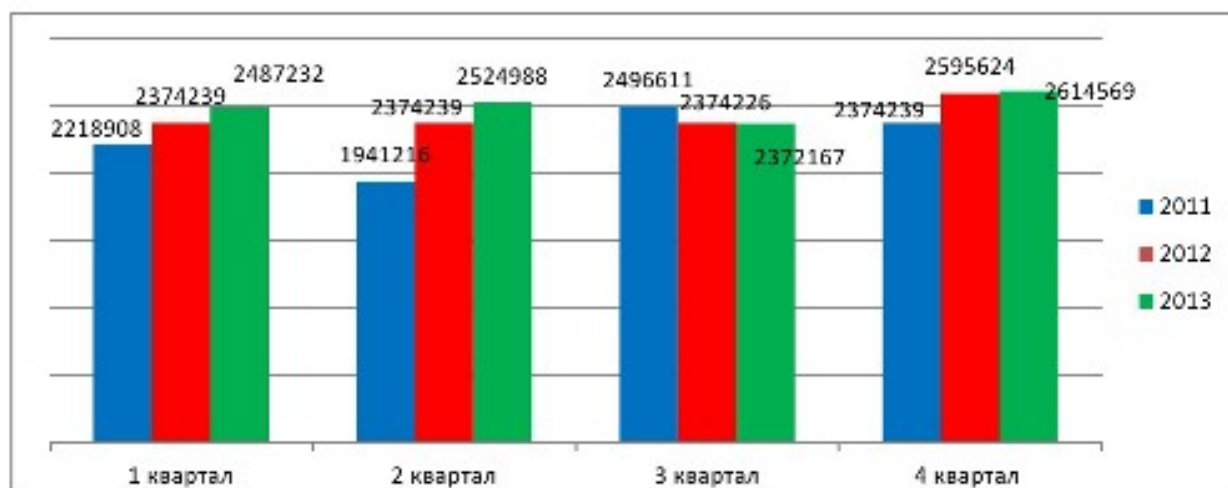


Рисунок 2 – Фонд финансирования стимулирующего компонента на 2011- 2013 годы, тыс.тенге.

В 2012 году отмечается равномерное распределение средств по кварталам, тогда как в 2011 году сумма колеблется от 1 941 216 до 2 496 611 тыс. тенге поквартально. В 2013 году с 1 по 4 квартал наблюдается увеличение выделяемых средств на стимулирование деятельности медицинского персонала с 2 487 232 до 2 614 569 тыс. тенге и составляет рост показателя на 5,1% соответственно общей тенденции роста выделяемых финансовых средств.

Таблица 4—Данные по финансированию медицинских организаций СКПН в разрезе регионов, тыс.тенге

Регион	2011				2012				2013				Итого
	I квартал	II квартал	III квартал	IV квартал	I квартал	II квартал	III квартал	IV квартал	I квартал	II квартал	III квартал	IV квартал	
Акмолинская	114 619	94 925	147 628	160 336	144 724	123 766	89 878	125 079	73 760	93 332	91 326	113 079	1 372 452
Актюбинская	135 815	114 287	96 730	165 554	147 008	123 055	140 513	134 028	138 627	138 930	138 236	137 124	1 609 907
Алматинская	226 357	178 828	197 375	198 523	300 928	266 400	316 081	396 982	281 702	304 239	298 220	308 982	3 274 617
Атырауская	36 255	76 828	115 570	65 201	102 592	87 759	98 487	98 802	64 205	76 113	75 423	98 802	919 924
Западно – Казахстанская	163 978	66 684	126 568	116 755	129 745	108 611	121 000	117 727	112 559	121 789	122 038	117 727	1 425 181
Жамбылская	60 620	155 490	13 368	126 253	128 323	173 084	130 817	190 050	192 461	189 054	187 103	190 950	1 737 573
Карагандинская	97 191	133 608	272 697	144 678	145 680	203 289	228 376	218 973	238 612	225 337	169 842	194 231	2 272 514
Костанайская	277 509	118 623	179 090	174 579	161 664	132 438	150 606	147 966	150 770	109 908	100 364	177 964	1 881 481
Кызылординская	134 589	84 872	130 539	72 787	121 587	75 666	73 153	70 907	67 158	120 773	111 239	129 321	1 192 591
Мангыстауская	101 050	78 422	106 668	54 538	98 525	80 727	55 570	92 001	94 814	56 860	75 329	91 591	986 095
Южно - Казахстанская	66 543	197 360	227 209	231 467	249 088	258 746	247 224	272 435	303 271	267 015	236 541	249 631	2 806 531
Павлодарская	110 392	110 472	92 422	153 999	134 776	120 738	87 730	128 099	129 868	138 768	131 412	128 176	1 466 852
Северо - Казахстанская	94 626	7 686	125 755	67 649	75 685	104 381	113 306	81 015	96 284	112 312	111 214	212 894	1 202 807
Восточно - Казахстанская	327 549	195 248	167 607	288 603	168 440	235 723	256 037	246 534	243 858	253 403	245 398	229 388	2 857 788
г. Астана	50 820	106 618	84 395	82 535	123 451	75 081	123 671	119 440	131 634	91 357	96 547	119 440	1 204 989
г. Алматы	220 994	152 098	292 679	270 783	1420 24	204 774	141 776	152 584	167 645	225 780	181 935	206 269	2 217 317

Данные финансирования медицинских организаций СКПН в разрезе регионов, представленные в таблице 4, показали, что наибольшее количество стимулирующих средств выделялось в Алматинской (3 274 617 тыс.тенге), Восточно – Казахстанской (2 857 788 тыс.тенге) и Южно – Казахстанской областях (2 806 531 тыс.тенге), что составляет 31,44% всех выделенных средств. Тогда как, наименьший показатель наблюдается в Атырауской (919 924 тыс. тенге) и Мангыстауской (986 095 тыс. тенге). Данное обстоятельство, связано, прежде всего, с достижением результативности по всем индикаторам СКПН за анализируемый период.

Аналогичная картина и в разрезе среднего значения квартального показателя СКПН. Так, наибольшее значение характерно для Алматинской (272 884,7 тыс.тенге), Восточно – Казахстанской (238 149 тыс.тенге) и Южно - Казахстанской областей (233 877,6 тыс.тенге), а наименьший показатель для Атырауской (76 660,3 тыс.тенге), Мангыстауской (82 174,6 тыс.тенге) и Кызылординской областях (99 382,6 тыс.тенге).

В рамках данного исследования проведен анализ экономической эффективности внедрения СКПН – соотношение полученных результатов по оценочным индикаторам развития организаций здравоохранения первичного звена и произведенным затратам.

В таблице 5 представлены изучаемые переменные по каждому индикативному показателю.

Таблица 5 – Определенные переменные по каждому индикативному показателю

№	Оценочные индикаторы	Переменные
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Число умерших по возрастным категориям;</li> <li>– Ожидаемая продолжительность в году;</li> <li>– Сумма средств, представляющая собой экономический ущерб для системы здравоохранения.</li> </ul>
2	Беременность женщин с экстрагенитальной патологией	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации в стационар беременных женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией;</li> <li>– Количество случаев госпитализированных беременных ЖФВ с ОПП.</li> </ul>
3	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП (ОКИ ОРИ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Число умерших по возрастным категориям;</li> <li>– Ожидаемая продолжительность в году;</li> <li>– Сумма средств, представляющая собой экономический ущерб для системы здравоохранения.</li> </ul>
4	Запущенные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации в стационар со злокачественными новообразования 3-4 стадией;</li> <li>– Количество впервые выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии.</li> </ul>

Продолжение таблицы 5

5	Уровень госпитализации с осложнениями сердечно – сосудистой системы	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Количество заболеваний с кодами по артериальной гипертензии и стенокардии, контролируемые на уровне организаций ПМСП;</li> <li>– Сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации с заболеваниями сердечно – сосудистой системы</li> </ul>
6	Запущенные случаи туберкулеза легких	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации в стационар с запущенными случаями туберкулеза легких;</li> <li>– Количество несвоевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных туберкулезом легких среди прикрепленного населения</li> </ul>
7	Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару	<p>Количество случаев госпитализации в круглосуточный стационар, дневной стационар и стационар на дому;</p> <p>Средняя стоимость пролеченного случая в круглосуточном стационаре</p>

Анализ экономической эффективности индикаторов определяет необходимость выбора наиболее оптимальных вариантов финансирования и содействует в установлении очередности проведения тех или иных мероприятий в условиях ограниченных финансовых ресурсов. Экономическая эффективность реализации мероприятий СКПН отражает усилия управленцев в области здравоохранения по превращению затрат в качество.

Все индикаторы были разделены на 2 группы: 1) индикаторы родовспоможения и 2) индикаторы, зависящие от эффективной работы ПМСП. Так, к первой группе индикаторов были отнесены: «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП», «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией», «Уровень аборт по отношению к родам» и «Подростковая беременность». Ко второй группе отнесены следующие индикаторы: «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи от ОКИ и ОРИ», «Несвоевременно диагностированные запущенные формы туберкулеза», «Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии», «Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы – артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт», «Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару».

На индикаторы родовспоможения в среднем за 3 года (2011-2013) было выделено около 43,5% всех финансовых средств СКПН. В 2012 году всего 38,8% средств пришлось на стимулирование данных индикаторов, тогда как в 2011 году данный показатель составил 54,5%. В 2013 года на данный

показатель затрачено 37,2% всех финансовых средств СКПН. Такой разброс, прежде всего, аргументируется тем, что в 2012 году из перечня индикаторов был исключен показатель «Подростковая беременность», удельный вес которого составлял в 2011 году 11,5% от всех средств СКПН.

Таким образом, исходя из выше представленных данных, наблюдается ежегодное увеличение финансовых средств на показатели родовспоможения. В таблице 6 показана динамика индикаторов родовспоможения со стороны увеличения доли финансирования в разрезе кварталов.

Таблица 6- Динамика показателя индикаторов родовспоможения со стороны увеличения доли финансирования.

Период	Материнская смертность	Беременность ЖФВ с ЭГП	Подростковая беременность	Уровень абортов по отношению к родам
I квартал 2011 года	22,14	12,59	14,32	9,84
II квартал 2011 года	19,38	10,44	12,34	11,1
III квартал 2011 года	25,9	9,0	9,7	9,0
IV квартал 2011 года	25,2	8,7	9,8	8,6
I квартал 2012 года	24,41	5,75	-	7,1
II квартал 2012 года	22,95	7,69	-	8,08
III квартал 2012 года	23,2	7,7	-	8,4
IV квартал 2012 года	24,0	8,4	-	7,7
I квартал 2013 года	26,1	9,9	-	9,3
II квартал 2013 года	22,7	7,3	-	8,0
III квартал 2013 года	23,4	7,1	-	8,1
IV квартал 2013 года	22,7	8,1	-	7,9
M±m (за весь период)	23,5±0,54	8,5±0,42	11,5±0,7	8,6±0,52

Данные, представленные в таблице 6, свидетельствуют о достаточно устойчивой динамике по всем индикаторам.

Средний показатель доли финансирования в 2011 году по индикатору «Материнская смертность» составлял 23,2%, в 2012 году – 23,6% и в 2013 году – 23,7% (при среднем показателе за 3 года - 23,5±0,54%;  $r=2,3$ ). С каждым годом наблюдается определенная динамика роста доли финансирования по сравнению с предыдущими периодами и составляет



ежегодно в среднем до  $0,2\% \pm 0,05$ . Если доля финансирования по указанному индикатору за 3равниваемых года находилась на одном уровне, по двум другим индикаторам наблюдается снижение доли в 2012 году по сравнению с 2011 годом, и ростом в 2013 году.

По индикатору «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией (далее - ЖФВ с ЭГП)» в 2011 году средний показатель составлял 10,18%, в 2012 году 7,4% и 8,1% в 2013 году ( $8,5 \pm 0,42$ ;  $r = 2,8$ ) и по индикатору «Уровень абортотв по отношению к родам» в 2011 году – 9,6%, в 2012 году – 7,8% и 8,3% в 2013 году ( $8,6 \pm 0,52$ ;  $r = 1,31$ ). Так, несмотря на уменьшение значения показателей «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией (далее - ЖФВ с ЭГП)» и «Уровень абортотв по отношению к родам» в 2012 году, отмечался незначительный их рост в 2013 году.

В рамках данного исследования нами был проведен анализ выделяемых финансовых средств на стимулирование деятельности в разрезе регионов по каждому индикатору с учетом динамики оценочных показателей.

1. Индикатор «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП». Как указано выше, на долю выплаты по индикатору «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП» приходится в среднем  $19,3 \pm 0,4\%$  всех финансовых средств, выделенных на стимулирование деятельности медицинских организаций ПМСП, и составляет 5 492 968,9 тыс.тенге от всех средств изучаемого периода.

В разрезе регионов наибольшее количество финансовых средств за 3 года было выделено в Алматинской (663 704,4 тыс.тенге), Восточно - Казахстанской (642 045,3 тыс.тенге) и Карагандинской областях (512 401,3 тыс.тенге). При этом и суммарное количество баллов достижения результатов индикаторов за изучаемый период по данным регионам выше. Аналогичная картина и в других регионах, подтверждающая зависимость динамики финансирования от динамики оценочных индикаторов (таблица 7).

Таблица 7 - Динамика показателя индикатора «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП» в разрезе баллов, в ед.

Регион	2011г				2012г				2013г				Всего
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	
Акмолтнская	38,5	38,5	49,03	48,58	48,56	24,93	0,00	44,9	0,00	0,00	36,8	43,9	374
Акжубинская	32,0	32,0	0,00	45,1	42,1	32,55	44,1	41,21	37,8	32,5	39,7	39,4	418,46
Алматынская	0,00	0,00	0,00	0,00	70,56	50,57	62,5	53,53	66,09	54,19	59,46	58,97	475,88
Атырауская	26,7	26,7	39,1	0,00	32,09	24,11	29,87	21,7	0,00	26,4	21,5	26,8	275,03
ЗКО	21,6	21,6	33,18	36,9	32,73	21,11	30,07	23,2	29,4	26,1	30,18	30,35	336,42
Жамбылская	50,77	50,77	0,00	0,00	0,00	47,67	0,00	49,17	57,4	36,5	0,00	40,1	332,38

Продолжение таблицы 7

Карагандинская	0,00	0,00	51,64	0,00	0,00	46,8	47,81	42,6	41,4	39,2	47,6	47,7	364,75
Костанайская	39,1	39,1	47,87	56,04	49,8	48,04	51,46	40,5	51,6	0,00	49,11	49,1	521,72
Кызылординская	25,2	25,2	30,11	0,00	32,22	0,00	0,00	28,5	21,8	22,7	36,97	25,7	248,4
Мангыстауская	22,11	22,11	38,34	0,00	23,36	25,08	0,00	27,1	29,5	0,00	28,1	26,7	242,4
ЮКО	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Павлодарская	35,8	35,8	0,00	47,4	31,07	31,13	0,00	28,9	38,51	35,5	35,87	28,08	348,06
СКО	22,9	22,9	33,95	0,00	0,00	21,3	28,61	0,00	31,9	31,9	22,14	0,00	205,6
ВКО	57,3	57,3	0,00	88,18	0,00	54,62	67,58	57,6	66	56,47	59,92	65,6	630,57
г. Астана	26,33	26,33	0,00	0,00	41,09	0,00	40,77	33,6	33,9	0,00	40,7	41,8	284,82
г. Алматы	0,00	0,00	59,26	59,12	0,00	58,11	0,00	0,00	0,00	55,33	52,17	54,25	338,24

Как видно на ниже представленном рисунке 3, за изучаемый период в Южно – Казахстанской области отсутствовало финансирование по данному индикатору по причине не достижения результатов деятельности.

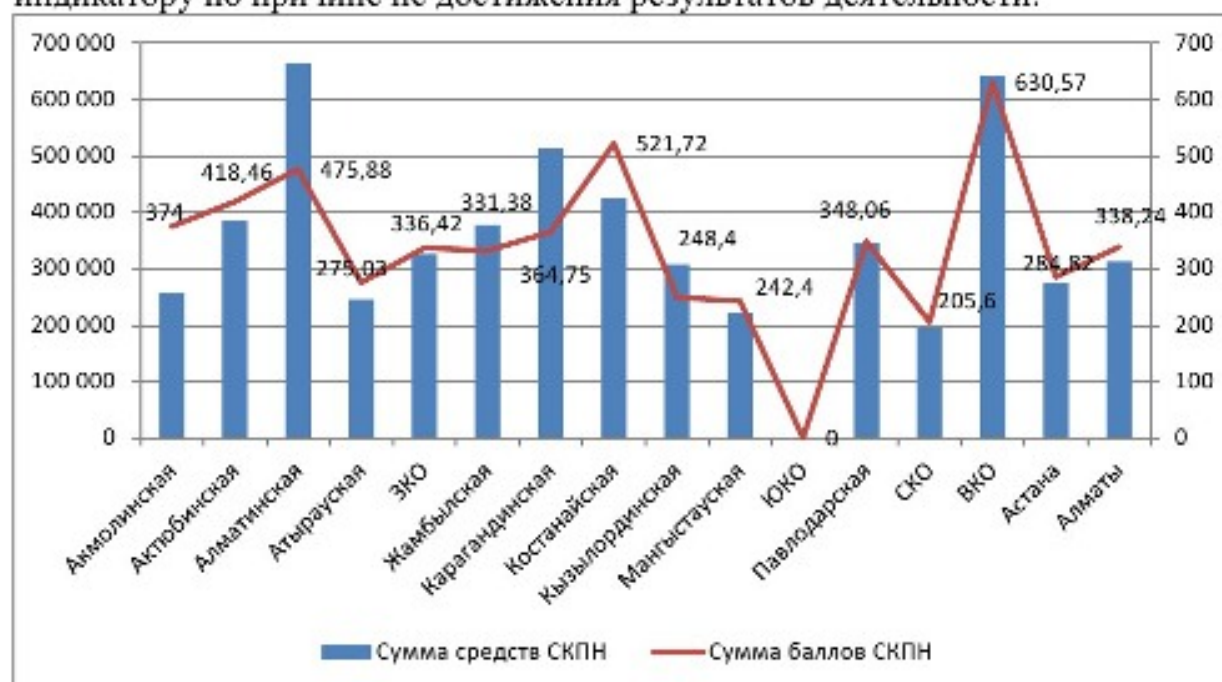


Рисунок 3 - Соотношение финансовых, средств выделенных на стимулирующий компонент индикатора «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП» и количества баллов по данному индикатору за период 2011-2013 годы в разрезе регионов.

За период с 2011 по 2013 годы среднереспубликанский показатель выделяемых средств по итогам достижения результатов выполнения данного

индикатора в квартал составил  $28\,609,2 \pm 3\,345,1$  тыс.тенге (M+m, при 95% ДИ).Средний показатель по Восточно – Казахстанской области превышает республиканское значение почти в 2 раза и составляет  $53\,503,8 \pm 7\,015,4$  тыс.тенге, аналогичная картина характерна и для Алматинской области –  $55\,308,7 \pm 11\,011,3$  тыс.тенге. В то время как показатель Мангыстауской области почти в 2 раза меньше и составляет всего  $18\,557,6 \pm 2\,964$  тыс. тенге, как и в Северо – Казахстанской области –  $16\,251,1 \pm 3\,651,2$  тыс. тенге.

Немаловажным при данном анализе является поквартальное распределение финансовых средств. Как видно в таблице 7 и рисунке 3 наибольшее количество финансовых средств ежеквартально выделяется в Западно – Казахстанской ( $32 \pm 1,6\%$ ) и Костанайской областях ( $32,5 \pm 1,9\%$ ), при этом как мы выдели выше на рисунке 3 размер суммарных выплат недостаточно однороден. И если для Костанайской области он превалирует среднереспубликанский показатель и составляет  $35\,339,4 \pm 4\,112,2$  тыс.тенге в среднем в квартал, то в Западно - Казахстанской области выделяемая сумма средств на стимулирование ниже среднего значения по республике и составляет  $27\,119,9 \pm 2\,241,4$  тыс.тенге.

Таблица 8 - Сумма выделенных средств по достижению результативности индикатора «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП», в тыс.тенге

Регион	2011				2012				2013				Итого	М4-т	% от общей суммы данного индикатора
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв			
Акмолинская	27 938,9	27 939,0	29 378,8	28 794,3	26 376,8	24 027,5	0,00	34 519,1	0,00	0,00	29 456,5	28 964,4	257 395,5	21 449,6+4 103,1	4,7
Актюбинская	33 137,4	33 137,4	0,00	30 657,8	28 349,7	26 512,5	27 120,6	40 080,8	46 112,7	40 796,5	42 361,4	36 846,4	385 113,5	32 092,8+3 731,4	7,0
Алматинская	0,00	0,00	0,00	0,00	62 192,3	60 492,7	63 498,6	92 630,1	106 243,1	93 345,6	87 947,5	97 354,3	663 704,4	55 308,7+11 011,3	12,0
Атырауская	21 905,0	21 905	22 931,7	0,00	20 224	19 048,2	19 566,9	28 335	0,00	28 749,5	29 359,1	33 841,2	245 866,3	20 488,8+2 711,6	4,5
ЗКО	18 795,6	18 795,6	22 834	20 289,1	23 409,5	21 800,7	22 315	32 797,2	38 137,5	32 989,2	33 654,1	39 621,1	325 438,8	27 119,9+2 241,4	6,4
Жамбылская	47 306,7	47 307	0,00	0,00	0,00	37 286,8	0,00	56 297,6	65 285,6	55 785,9	0,00	68 312,6	377 582,6	31 465,2+6 327,3	6,7
Карагандинская	0,00	0,00	55 842,8	0,00	0,00	47 003	47 954,5	69 149,8	79 640,9	70 336,4	68 234,5	74 239,1	512 401,3	42 700,1+9 169,0	9,3
Костанайская	35 524,7	35 524,7	37 347	34 739,1	31 677,5	28 963,2	29 654,3	43 596,1	50 861,3	0,00	44 821,3	51 364,1	424 073,5	35 339,4+4 112,2	7,7
К-Ординская	26 503,6	26 503,6	27 116,8	0,00	25 078,8	0,00	0,00	37 159,4	43 228,2	38 320,8	40 325,9	43 569,1	307 806,5	25 650,5+4 942,1	5,6
Мангистауская	23 335,9	23 336	23 848,2	0,00	20 030,4	18 628,5	0,00	27 703,2	32 149,3	0,00	24 695,4	28 964,3	222 691,2	18 557,6+2 964	4
ЮКО	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Павлодарская	32 256,5	32 256,5	0,00	28 922	26 507,1	25 152,8	0,00	37 070,8	43 531,0	39 953,2	38 452,1	41 569,2	345 671,3	28 805,9+4 565,2	6,3
СКО	22 525,0	22 525,1	24 127,8	0,00	0,00	19 787,6	20 046,7	0,00	33 359,5	30 299,7	22 341,8	0,00	195 013,3	16 251,1+3 651,2	3,5
ВКО	55 942,3	55 942,3	0,00	53 218,8	0,00	47 370,3	48 048,3	69 770,6	80 434,8	72 62,4	77 842,6	81 412,6	642 045,3	53 503,8+7 015,4	11,7

Продолжение таблицы 8

г. Астана	31 034,9	31 034,9	0,00	0,00	28 870,6	0,00	27 569,5	39 784,6	45 125,0	0,00	29 463,2	42 861,3	275 744,5	22 978,745 146,7	5,0
г. Алматы	0,00	0,00	62 452,4	56 724	0,00	48 203,9	0,00	0,00	0,00	75 169,7	0,00	69 871,3	312 421,4	26 035,149 121,6	5,6
РК (средние)	376 207,2	376 207,2	305 879,8	253 345,2	292 716,9	424 278,7	305 774,9	608 894,6	664 109,1	577 809,2	578 955,4	738 791	5 492 968,9	28 609,243 345,1	100

Несмотря на то, что более 11,7% всех выделенных средств на финансирование республики по данному индикатору приходится на Восточно – Казахстанскую область, среднее значение в квартал по региону составляет  $26 \pm 4,1\%$ , незначительно выше республиканского ( $24,3 \pm 1,7\%$ ). Данное обстоятельство связано, прежде всего, с неравномерностью распределения квартально финансирования по причине не достижения результатов по оценочным индикаторам квартально. Аналогичная картина характерна и для Алматинской ( $22,8 \pm 1,8\%$ ) и Карагандинской ( $23 \pm 2,0\%$ ) областей, на долю которых приходится 12% и 9,3% выделенных средств. В Карагандинской области, например, достижение результатов, наблюдается только в восьми кварталах из 12 анализируемых, при этом, квартальные показатели распределения финансовых средств выше среднего республиканского значения. Аналогичная картина и в Жамбылской области, городах Алматы и Астана.

Таблица 9 - Динамика показателя индикатора «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП» со стороны увеличения доли финансирования, в %

Регион	2011г				2012г				2013г				М-ин
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	
Акмолинская	29,43	29,43	42,12	42,45	36,09	24,93	0,00	27,6	0,0	0,0	29,3	31,4	24,3+4,7
Актюбинская	29,00	29,00	0,00	43,78	38,19	27,67	34,76	30,0	33,3	29,4	32,8	31,4	29,9+4,1
Алматинская	0,00	0,00	0,00	0,00	40,92	29,16	36,18	30,9	37,7	30,7	33,8	34,1	22,8±1,8
Атырауская	28,51	28,51	42,00	0,00	39,03	27,88	35,78	28,7	0,0	31,4	26,15	30,7	26,5±2,1
ЗКО	28,19	28,19	38,18	41,08	35,73	25,78	33,21	28,2	33,9	27,1	34,18	31,24	32±1,6
Жамбылская	30,42	30,42	0,00	0,00	0,00	27,67	0,00	29,6	33,9	29,5	0,00	30,1	17,6+4,1
Карагандинская	0,00	0,00	43,34	0,00	0,00	29,70	37,81	31,6	33,4	31,2	36,7	32,5	23+2,08
Костанайская	29,95	29,95	41,14	47,04	38,80	28,09	35,46	29,5	33,7	0,0	34,5	39,1	32,5+1,9
Кызылординская	31,23	31,23	43,97	0,00	40,84	0,00	0,00	31,8	35,8	31,7	32,8	34,9	26,2+1,8
Мангистауская	29,76	29,76	47,32	0,00	40,26	29,64	0,00	30,1	33,9	0,0	32,1	30,7	25,3±2,9
ЮКО	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Павлодарская	29,20	29,20	0,00	44,40	38,95	26,76	0,00	28,9	33,7	28,8	32,4	28,12	26,7±2,5
СКО	29,31	29,31	40,61	0,00	0,00	24,35	31,86	0,0	34,7	26,9	33,14	0,00	20,8+4,8
ВКО	28,65	28,65	0,00	43,59	0,00	25,81	33,79	28,3	33,0	28,4	29,4	32,8	26,0+4,1
г. Астана	29,11	29,11	0,00	0,00	46,31	0,00	40,15	33,3	34,3	0,0	44,31	47,26	25,32±8,3

Продолжение таблицы 9

г.Алматы	0,00	0,00	45,16	49,52	0,00	30,23	0,00	0,0	0,0	33,3	39,11	41,2	19,9+5,6
РК	19,38	19,38	25,93	25,23	24,41	22,95	23,19	24,0	26,1	22,7	29,4	29,7	24,3+1,7

Таким образом, ежеквартальное достижение установленных значений индикатора в значительной степени влияет не только на медицинскую эффективность, способствуя улучшению здоровья населения, но и способствует значительному снижению экономического ущерба.

Для детализированного анализа финансирования организаций здравоохранения первичного звена в зависимости от колебания оценочных индикаторов нами был проведен аналогичный анализ на примере 16 медицинских организаций, внедривших СКПН. На рисунке 4и таблице 10 представлены основные показатели, коррелирующие свыше представленными данными. Наблюдается также неравномерное распределение финансовых средств по кварталам, что связано, прежде всего, с тем, что на первом этапе распределение стимулирующих средств идет на региональном значении, следовательно, не достижение одной из организаций указанного показателя влечет за собой утерю стимулирующих выплат по всему региону.

Так, организация Южно – Казахстанской области (МО 11) не получала стимулирующие выплаты в течение 3 изучаемых лет даже при достижении определенных баллов по данному индикатору. Аналогичная ситуация характерна и для медицинских организаций, территориально относящиеся к Акмолинской, Алматинской, Жамбылской, Карагандинской, Мангыстауской областей и г. Астана, в которых финансирование не осуществлялось в четырех кварталах изучаемого периода. Так, в медицинской организации г. Астаны наблюдается недостижение показателя в 6 месяцах за весь изучаемый период.

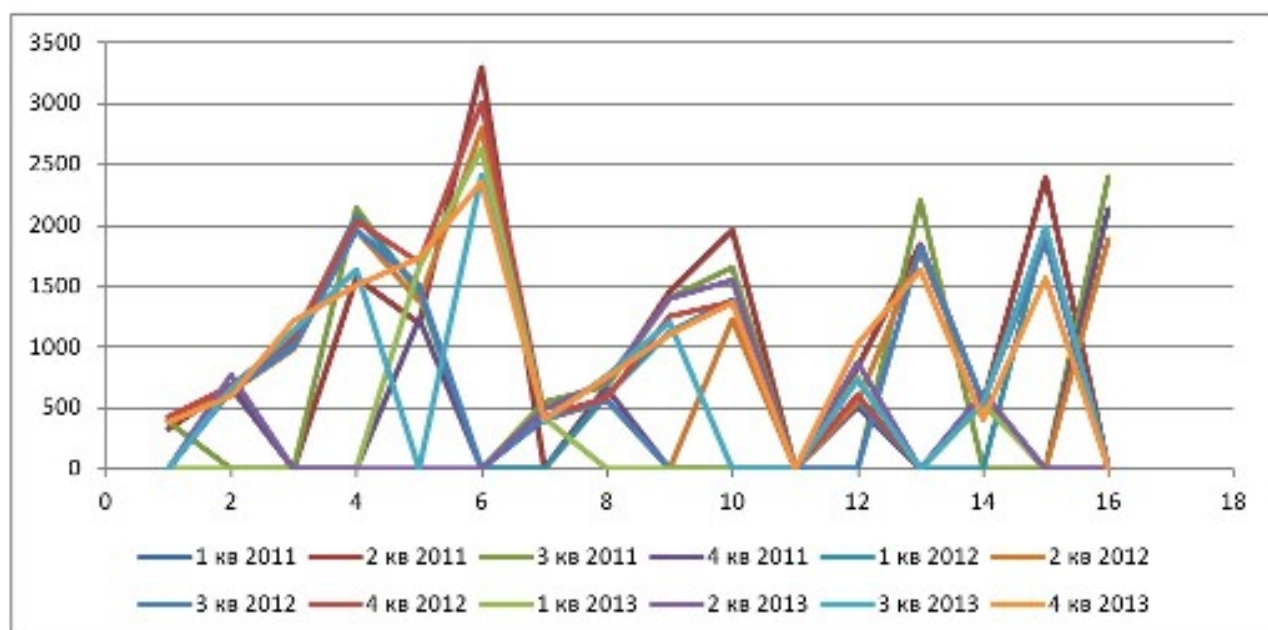


Рисунок 4 - Распределение стимулирующих выплат по организациям в разрезе кварталов

В разрезе данных организаций, наибольшее среднее значение размера стимулирующих выплат в квартал наблюдается в МО6 (Жамбылской области) и составляет  $1944,6 \pm 478,6$  тыс.тенге, в МО4 (Атырауская область) –  $1523,1 \pm 324,3$  тыс.тенге, МО13 (Северо - Казахстанская область) –  $1394,1 \pm 372,4$  тыс.тенге и в МО15 (г. Астана) –  $1381,7,5 \pm 436$  тыс.тенге. При этом, данные организации превышают в 2 раза среднее значение, которое составляет всего  $883,8 \pm 138,4$  тыс.тенге. Тогда как для МО1 (Акмолинская область) и МО7 (Карагандинская область) в 2-3 раза меньше данного значения и составляют всего  $255,3 \pm 33,4$  и  $290,9 \pm 61,3$  тыс.тенге соответственно. Данное обстоятельство связано, прежде всего, с неравномерностью распределения финансирования поквартально.

Среди организаций наблюдается стабильная динамика достижения показателей, и как следствие размера стимулирующих средств, и варьируется в пределах 10-15% от предыдущей суммы в сторону увеличения или уменьшения. Только в организации МО10 (Мангыстауской области) наблюдается значительный размах вариации ( $r=993,7$  тыс.тенге) между 1 кварталом 2011 года и 4 кварталом 2013 года в сторону уменьшения –  $1362,1$  и  $1549,7$  соответственно.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о прямой связи между динамикой оценочных индикаторов и размером стимулирующих выплат по ним. Эффективная профилактическая работа и оказание медицинской помощи на уровне ПМСП позволит в значительной степени улучшить результативность медицинских организаций по данному индикатору и способствовать улучшению здоровья прикрепленного населения.



На данном этапе, в таких регионах как Южно – Казахстанская, Карагандинская и Алматинская область необходимо усилить деятельность участковых служб ПМСП с интеграцией узких специалистов для совершенствования профилактической деятельности. Немаловажным, определено выделение средств на повышение квалификации, но, к сожалению, в 2013 году средств на обучающие семинары не выделено, определив важность инициативности организаций в проведении указанных семинаров самостоятельно. Таким образом, Управлениям здравоохранений областей необходимо оказать содействие в решении данной проблемы и скоординировать все медицинские организации в достижении результативность по данному индикатору.

Таблица 10 - Соотношение финансовых, средств выделенных на стимулирующий компонент индикатора «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП» и количества баллов по данному индикатору за период 2011-2013 годы в разрезе организаций, в 100 тыс.тенге

МО	2011 год								2012 год								2013 год								Среднее значение		
	1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал		1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал		1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал				
	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	
МО 1	0,54	326,2	0,54	326,2	0,54	385,9	0,84	396,7	0,68	425,2	0,61	394,7	0	0	0,64	424,6	0	0	0	0	0	0	0,58	384,5	0,41	255,3=33,4	
МО 2	1,11	671,1	1,11	671,1	0	0	1,41	665,8	1,08	675,2	0,97	630,6	1,03	641,2	1,03	682,6	0,79	616,2	1,14	770,8	1,08	658,7	0,92	596,3	0,97	606=61,4	
МО 3	0	0	0	0	0	0	0	1,67	1042,4	1,51	982,8	1,61	997,8	1,62	1077,7	1,25	968,2	1,87	1 260,2	1,74	1131,2	1,54	1213,4	1,06	722,9=84,1		
МО 4	2,6	1566,2	2,6	1566,2	3,01	2140,8	0	0	3,32	2079,2	3,01	1959,4	3,16	1961,0	3,05	2035,2	2,35	1 827,7	0	0	2,14	1637,2	2,18	1504,3	2,28	1 523,1=324,3	
МО 5	1,98	1192,5	1,98	1192,5	2,02	1434,7	2,61	1231,3	2,36	1476,9	2,11	1373,9	2,43	1504,6	2,54	1 692	2,13	1 657	0	0	1,98	1 521,1	2,21	1732,2	2,03	1334,05=141,7	
МО 6	5,47	3297,6	5,47	3297,6	0	0	0	0	0	0	4,29	2793,7	0	0	4,51	3003,5	3,38	2 628	5,26	3 546,7	3,47	2 412	3,85	2356	2,97	1944,6=478,6	
МО 7	0	0	0	0	0,77	548,1	0	0	0	0	0,62	402,1	0,66	409,4	0,64	429	0,54	417,1	0,7	488,9	0,4	389,3	0,5	406,8	0,4	290,9=61,3	
МО 8	1,13	682,5	1,13	682,5	0,96	680,7	1,39	654,9	0,97	606,2	0,86	557,1	0,9	559,3	0,88	584,1	0	0	1,07	723,8	1,15	765,4	1,18	752,3	0,97	604,1=78,13	
МО 9	2,41	1454,8	2,41	1454,8	1,97	1404,2	0	0	1,79	1121,5	0	0	0	0	1,88	1251,4	1,45	1 130,7	2,07	1 397	1,62	1 201	1,94	1102	1,46	959,8=172,5	
МО 10	3,25	1958,5	3,25	1958,5	2,32	1653,5	0	0	2,22	1388,8	1,88	1225,2	0	0	2,06	1370,5	0	0	2,3	1 549,7	0	0	1,9	1362,1	1,59	1038,9=205,7	
МО 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
МО 12	1,38	831,2	1,38	831,2	0	0	1,08	508,3	0,89	557,5	0,84	545,2	0	0	0,91	602,4	0,96	747	1,29	871,7	1,12	729,6	1,32	1024	0,93	604,1=31,4	
МО 13	3,06	1844,5	3,06	1844,5	3,1	2206	0	0	0	0	2,73	1781,1	2,94	1822,9	0	0	2,33	1 813,8	3,04	2 050,3	2,61	1 734,2	2,35	1632,1	2,02	1394,1=372,4	
МО 14	0,89	536,2	0,89	536,2	0	0	1,14	536,8	0	0	0,82	536,1	0,88	548,4	0,84	559	0,68	525,7	0,99	628,5	0,77	542,3	0,8	403,6	0,72	446,1=66,7	
МО 15	3,98	2395,8	3,98	2395,8	0	0	0	0	3,15	1972,1	0	0	3,01	1868,8	2,96	1970,2	0	0	3,6	2 426,8	2,49	1986,5	2,11	1563,2	2,07	1381,7=436	
МО 16	0	0	0	0	3,27	2396,4	4,51	2132,2	0	0	2,89	1884,5	0	0	0	0	2,79	2 170,8	0	0	2,11	1 984,2	2,07	1 865,3	1,48	1036,2=329,7	

2. Индикатор «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией».

На долю данного индикатора приходится 8,44±0,5% всех выделенных финансовых средств и составляет 2401783 тыс.тенге. В разрезе регионов наибольшее количество финансовых средств за 3 года было выделено в Южно - Казахстанской (367 335,5 тыс.тенге) и Алмагинской (261 561,2 тыс.тенге) областях (таблица 11 и 12, рисунок 5). При этом и суммарное количество баллов достижения результатов индикаторов за изучаемый период по данным регионам выше: 145,25 и 116,15 баллов соответственно. Аналогичная картина и в других регионах, подтверждающая зависимость динамики финансирования от динамики оценочных индикаторов.

Таблица 11 - Динамика показателя индикатора «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией» в разрезе баллов, в сд.

Регион	2011г				2012г				2013г				Всего
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	
Акмолинская	9,33	9,33	8,55	7,66	4,16	10,9	8,9	9,13	13,22	8,44	11,61	12,77	114
Актюбинская	12,3	12,3	16,77	9,1	5,84	11,20	10,4	12,22	12,5	13,15	12,08	11,3	139,16
Алматинская	33,45	33,45	38,28	35,1	16,2	16	17	23,28	22,38	21,51	23,07	22,98	302,7
Атырауская	8,94	8,94	6,85	8,2	6,3	7,78	6,66	6,9	10,22	6,08	8,07	7,65	92,59
ЗКО	9,87	9,87	7,84	7,22	5,01	5,88	5,71	6,42	11,55	7,44	8,55	8,18	93,54
Жамбылская	15,15 2	15,18 4	21,11 2	19,91 2	15,43 2	17,00 8	17,00 8	13,36	15,4	10,73 6	15,27 2	13,56 8	189,144
Карагандинская	27,54	29,54	13,96	26,72	15,2	12,22	12,22	15,08	20,04	14,82	16,84	16,63	220,81
Костанайская	11,7	11,7	11,76	12,26	11,56	12,35	14,35	11,28	8,63	11,66	11,76	13,76	142,77
Кызылординская	9,96	9,96	6,69	11,64	3,74	10,2	11,2	8,65	10,28	5,78	10,92	8,33	107,35
Мангистауская	5,97	5,97	4,48	7,31	4,27	8,34	8,34	7,43	7,06	7,09	7,1	7,07	80,46
ЮКО	36,63 9	36,63 9	36,55 8	34,91 1	21,22 2	32,78 1	29,41 1	34,88 4	41,95 8	23,19	28,71 8	24,83 4	381,745
Павлодарская	11,69	11,69	13,44	8,05	6,38	11,52	11,52	10,07	12,45	11,18	9,02	9,39	126,4
СКО	8,98	8,98	6,13	11,11	8	7,8	6,62	8,87	7,77	6,14	6,95	7,11	94,46
ВКО	19,64	23,64	25,96	14,94	17,24	13,4	17,4	20,94	20,32	13,64	18,64	18,56	224,32
г.Астана	10,14	10,4	13,93	15,74	11,4	15,85	6,34	7,86	8,27	11,08	9,88	9,63	130,52
г.Алматы	22,38	22,38	11,86	11,12	11,82	21,52	21,52	22,44	27,1	12,68	19,24	18,09	222,15

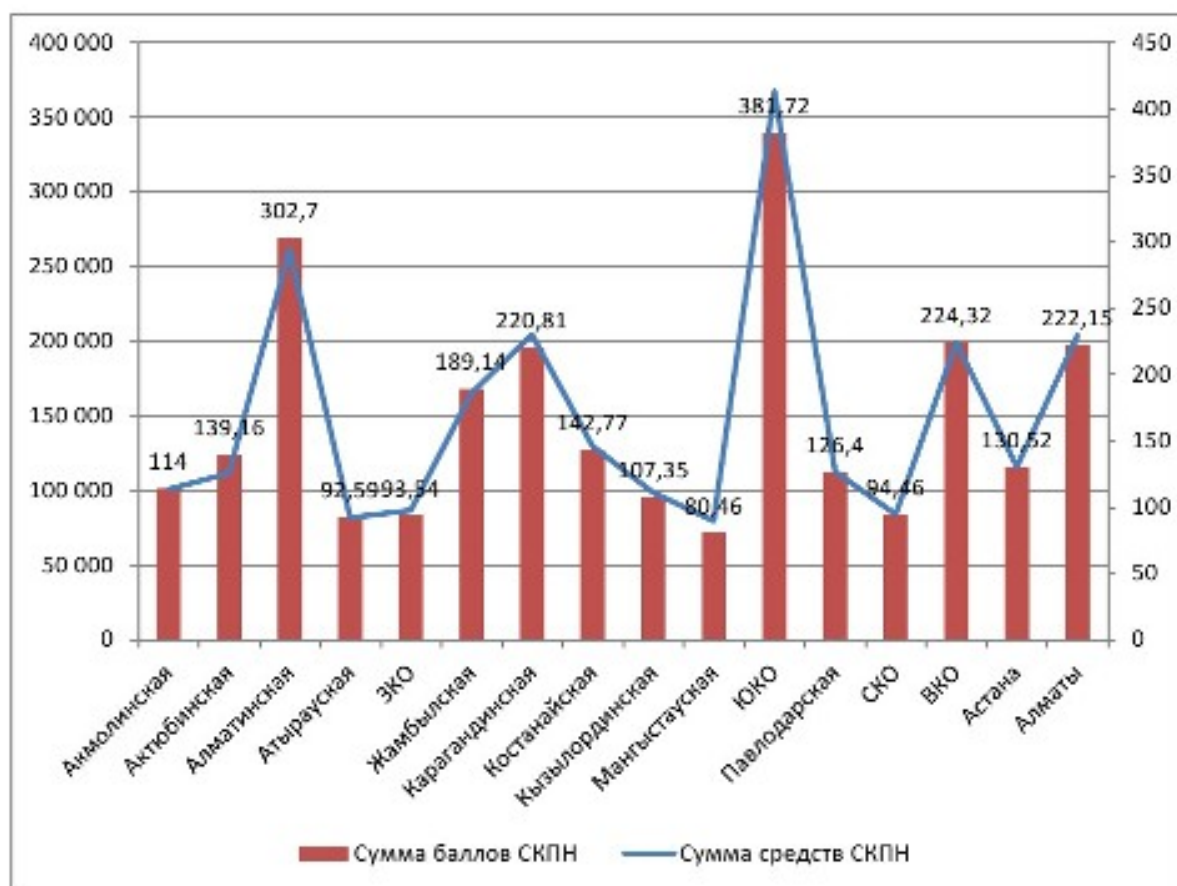


Рисунок 5 - Соотношение финансовых, средств выделенных на стимулирующий компонент индикатора «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией» и количества баллов по данному индикатору за период 2011-2013 годы в разрезе регионов.

За период с 1 квартала 2011 по 4 квартал 2013 года среднереспубликанский показатель выделяемых средств по итогам достижения результатов выполнения данного индикатора в квартал составил 12 509,5±452,7 тыс.тенге (M±m, при 95% ДИ).Средний показатель по Южно – Казахстанской и Алматинской областей превышает республиканское значение в 2 раза и составляет 30 011,1±911,5 тыс.тенге и 21 794,7±654,8 тыс.тенге, в то время как показатель Северо – Казахстанской (7 005,6±213,4), Атырауской (6 805,3±239) и Мангыстауской (6 628,2±511,3) областей почти в 2 раза меньше.

В отличие от индикатора «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП», для которого характерно неравномерное распределения поквартально стимулирующих выплат, финансирование по индикатору «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией» осуществляется ежеквартально. Существующая проблема неравномерности распределения доли финансовых средств по данному индикатору в разрезе кварталов, в то же время не отражается на размере стимулирующих выплат.

Так, например, в Алматинской области наблюдается динамика снижения доли финансирования с 13,38% в 1 квартале 2011 года до 7,66% во 4 квартале

2013, так размер стимулирующих выплат изменился с 23 934,5 до 22 311,4 тыс.тенге. Аналогичная картина характерна и для большинства других регионов Казахстана.

В то время как, в Мангыстауской области наблюдается увеличение доли финансирования с 1 квартала 2011 года с 7,97% до 10,02% во 4 квартале 2013 года. Однако, несмотря на то, что рост данного показателя составил 2,05%, наблюдается достаточно значимое увеличение в денежном эквиваленте значения (на 14,7%) – с 6252,2 тыс. тенге в 1 квартале 2011 года до 7324,5 тыс. тенге во 4-ом квартале 2013 года. Сходная ситуация наблюдается и в Костанайской области, где увеличение доли финансирования составило с 8,7% в 1 квартале 2011 года до 9,2% во 4 квартале 2013 года, и размер стимулирующих выплат составил с 10314,4 тыс.тенге и 10836,7 тыс.тенге соответствующего периода.

В то время как в Южно – Казахстанской области при снижении доли финансирования в начале и конце изучаемого периода (по отношению к общим показателям финансирования) – с 13,57% до 10,42%, наблюдается неустойчивая динамика: если в 1 квартале 2011 года показатель составлял 13,57% то к 1 кварталу 2012 году он снизился до 7,86% с дальнейшим ростом во втором квартале этого же года до 11,93% с постепенным увеличением показателя до 15,54% в 1 квартале 2013 года и к концу изучаемого периода составил всего 10,42%. Однако, по показателю размера стимулирующих выплат наблюдается рост значения - с 26 772,4 до 39 564 тыс.тенге изучаемого периода, и хотя динамика выплат соответствует динамике доли финансирования, рост выделенных средств превалирует в процентном значении и составляет 32,3%.

Таблица 12 - Сумма выделенных средств по достижению результативности индикатора «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией», в тыс.тенге

Регион	2011				2012				2013				Итого	M= m	% от общей суммы данного индикатора
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв			
Акмолинская	8382,8	8382,8	9397,2	9174,3	5944,6	8004,1	7995,2	8959,1	8876,8	7994,7	8543,2	8934,7	100589,5	8 382,4=328,4	4,18
Актюбинская	10708,6	10708,6	13318,8	10284,5	8580,8	8664,4	8020,4	9795,9	11609,2	9054,4	9763,1	10086,2	111549,9	9 299,5=475,1	4,64
Алматинская	23934,5	23934,5	25185,6	23226,7	16245,4	19374,9	20217,6	23252,4	21010,4	21825,6	21017,2	22311,4	261536,2	21 794,7=654,8	10,89
Атырауская	6695,3	6695,3	7912,4	7281,7	5041,2	6465,4	6468	7268,2	8835,1	5557,6	6321,4	7121,6	81663,2	6 805,3=239	3,4
ЗКО	6113,9	6113,9	8657,6	7363,1	5196,4	6822,1	6904,1	7478,1	9407,5	6726,8	8644,3	7219,8	86647,6	7 220,6=362,4	3,6
Жамбылская	14758,6	14758,6	16808,9	14917,3	9975,9	11533,8	12275,6	13497,5	17322,7	11453,2	12369,8	15321,4	164993,3	13 749,4=634,1	6,87
Карагандинская	17060,7	17060,7	19028,3	17887,7	11073,9	14719,2	13950,4	16515,5	21522,6	14440,9	18655,3	22365,1	204280,3	17 023,4=863,9	8,5
Костанайская	10314,4	10314,4	12113,3	10930,1	8994,1	9628,1	9570,4	10768,3	12519,2	11654,9	12036,8	10836,7	129680,7	10 806,7=563,2	5,39
К-Ординская	8456,6	8456,6	8733,9	8472	4550,8	7736,4	7464,1	8926,9	12427,5	6981,8	8653,2	7833,5	98693,3	8 224,4=618,6	4,11
Магистауская	6252,2	6252,2	5840,1	6184,3	4202,7	4706,7	6857,9	7754,4	9535,1	6306	8322,5	7324,5	79538,6	6 628,2=511,3	3,31
ЮКО	26772,4	26772,4	30761,5	29926,6	19581,9	28535,2	29501,3	35209,4	47133,9	25916,9	27659,8	39564	367335,3	30 611,3=911,5	15,29
Павлодарская	10710,2	10710,2	10570,1	9321,3	5904,7	8017,9	8349,3	9061,6	11444,4	8575	10236,1	9683,5	112584,3	9 382 =433,6	4,68
СКО	6897,6	6897,6	7408,2	6905,4	5338,7	7116,1	6986,2	7146,1	7107,9	7481,2	7123,4	7659,3	84067,7	7005,6=213,4	3,5

Продолжение таблицы 12

ВКО	17215,5	17215,5	18408,8	17228,4	11147,3	17013,6	14595,4	19657,5	19892,2	14747,4	15639,8	16322,1	199083,5	16 590,3+711,1	8,28
г.Астана	10551,3	10551,3	10911,6	11343,8	5626,3	8324,7	7837,9	9384,9	10882,4	10126,1	9321,5	10894,2	115756	9 646,3+334,6	4,82
г.Алматы	17775,9	17775,9	18823,2	16417,7	9104,5	16061	15959	18092,1	22708,3	15434,7	18365,8	17265,5	203783,6	16 981,9+982,1	8,48
РК (средние)	12 662,5	12 662,5	13 992,5	12 662,5	8531,8	12 662,5	114345	12 662,5	15764,7	12 662,5	12 667,08	13796,5	2401783	12 569,9+576,2	100

Таблица 13 - Динамика показателя индикатора «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией» со стороны увеличения доли финансирования, в %

Регион	2011				2012				2013				М±m
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	
Акмолинская	8,83	8,83	6,37	5,72	4,11	<u>8,90</u>	<u>8,90</u>	7,16	12,03	8,57	8,61	10,2	8,18±0,8
Актюбинская	9,37	9,37	<u>13,77</u>	6,21	5,84	5,71	5,71	7,34	8,37	6,52	7,89	8,12	7,85±0,6
Алматинская	<u>13,38</u>	<u>13,38</u>	12,76	11,70	5,40	6,40	6,40	7,76	7,46	7,17	7,69	7,66	8,93±0,7
Атырауская	8,71	8,71	6,85	11,17	4,91	6,57	6,57	7,36	<u>13,77</u>	6,07	11,23	8,15	8,34±0,67
ЗКО	<u>9,17</u>	<u>9,17</u>	6,84	6,31	4,01	5,71	5,71	6,42	8,36	5,52	7,23	7,11	6,79±0,42
Жамбылская	9,47	9,49	<u>12,57</u>	11,82	7,77	9,38	9,38	7,10	9	6,06	8,92	7,98	9,1±0,62
Карагандинская	<u>12,77</u>	<u>12,77</u>	6,98	12,36	7,60	6,11	6,11	7,54	9,02	6,41	8,42	8,01	8,67±0,71
Костанайская	8,70	8,70	6,76	6,26	5,56	6,35	6,35	7,28	8,3	<u>10,6</u>	9,8	9,2	7,82±0,84
Кызылординская	9,96	9,96	6,69	<u>11,64</u>	3,74	10,20	10,20	7,65	10,28	5,78	8,93	7,66	8,56±0,59
Мангыстауская	7,97	7,97	5,48	<u>11,34</u>	4,27	12,34	12,34	8,43	10,06	11,09	10,53	10,02	9,32±0,69
ЮКО	13,57	13,57	13,54	12,93	7,86	11,93	11,93	12,92	<u>15,54</u>	9,7	11,34	10,42	12,1±0,4
Павлодарская	9,69	9,69	<u>11,44</u>	6,05	4,38	9,52	9,52	7,07	8,85	6,18	7,22	7,39	8,24±0,7
СКО	8,98	8,98	5,89	<u>10,21</u>	7,12	6,17	6,17	8,87	7,38	6,66	6,95	7,11	7,64±0,48
ВКО	8,82	8,82	<u>10,98</u>	5,97	6,62	5,70	5,70	7,97	8,16	5,82	7,21	7,28	7,45±0,56
г.Астана	9,90	9,90	<u>12,93</u>	13,74	4,56	6,34	6,34	7,86	8,27	11,08	9,88	9,72	9,1±0,94
г.Алматы	11,69	11,69	6,43	6,06	6,41	11,26	11,26	11,72	<u>13,55</u>	6,84	10,12	9,12	9,7±0,91
РК	<u>10,44</u>	<u>10,44</u>	8,97	8,71	5,75	7,71	7,71	8,40	9,93	7,25	8,69	8,74	8,56±0,47

Наименьший показатель среднего значения доли финансирования, приходящей на данный индикатор, характерен для Западно - Казахстанской области (6,79±0,42%). В то же время, размер финансовых средств, выделяемых на стимулирование данного компонента в квартал также ниже средне республиканского значения (12 509,5±42,7) и составляет всего 7 220,6±362,4 тыс.тенге. Также, ниже республиканского значения показатель доли финансирования наблюдается в Мангыстауской (6 628,2±511,3) и Атырауской (6 805,3±239) областей. Наибольший показатель, как мы отмечали, наблюдается в Южно - Казахстанской области, который превалирует в 2 раза республиканское значение и составляет 30 611,3±911,5 тыс.тенге (12,1±0,4%) (таблица 13).

Данный анализ позволяет свидетельствовать о том, что размер стимулирующих выплат зависит от количества баллов, определенных по итогам достижения результативности, но, в то же время, доля финансовых



средств, выделенная на стимулирующие выплаты по данному индикатору, не зависит от размера данных средств. Это в первую очередь связано с тем, что увеличилось общее финансирование СКПН по регионам в пользу других индикативных показателей.

Проведение эффективной профилактической и скрининговой работы участковых служб ПМСП - взятие на диспансерный учет женщины при сроке беременности до 12 недель, соблюдение принципа регионализации – позволит снизить количество случаев госпитализации беременных ЖФВ с ЭГП, и следовательно предотвратить возможности материнской смертности по данной причине. Проведенный выше анализ свидетельствует, что даже при наличии профилактической и скрининговой работы и значительных средств, выделяемых на стимулирование, в некоторых регионах (Южно – Казахстанская и Алматинская области) регистрируется материнская смертность по причине экстрагенитальной патологии, не предотвратимая на уровне ПМСП. Данное обстоятельство позволяет говорить о необходимости проведения коррелирующей взаимосвязи данных индикаторов (материнские смерти по причине ЭГП и ранняя диспансеризация беременных ЖФВ с ЭГП) при подсчете баллов и распределении стимулирующих средств.

С целью изучения ситуации нами был проведен анализ по данному индикатору в разрезе 16 рассматриваемых организаций. В таблице 14 представлены данные по баллам и размеру финансирования медицинских организаций.

В разрезе данных организаций, наибольшее среднее значение размера стимулирующих выплат в квартал наблюдается в МО6 (Жамбылской области) и составляет  $1002,18 \pm 41,3$  тыс.тенге, и превышает среднее значение по всем медицинским организациям в 2,5 раза ( $435,95 \pm 8,25$  тыс.тенге). Тогда как для МО1 (Акмолинская область), МО7 (Карагандинская область) и МО14 (Восточно - Казахстанская область) в 2-3 раза меньше данного значения и составляют всего  $133,9 \pm 7,1$  тыс.тенге,  $159,2 \pm 15,4$  тыс. тенге и  $183,3 \pm 11,8$  тыс.тенге соответственно.

Анализ показателей на начало (1 квартал 2011 года) и конец (4 квартал 2013 года) изучаемого периода свидетельствует о неравнозначной их динамике. Так, в ряде организаций наблюдается снижение результативности показателей данного индикатора, и как следствие размера финансирования: в МО3 (Алматинской области) с 0,84 баллов при сумме 505,4 тыс.тенге до 0,51 баллов при сумме 329,1 тыс.тенге (уменьшение размера стимулирующих средств на 34,8%); в МО6 (Жамбылская область) с 1 129,2 тыс.тенге (1,87 баллов) до 867,2 тыс.тенге (1,11 баллов) – снижение на 23,2%; и в МО 15 (Кызылординская область) с 514,2 тыс.тенге (0,85) до 391,5 тыс.тенге (0,65) – снижение на 23,8%. В медицинской организации МО10 (Мангыстауской области) не наблюдалось финансирования по данному индикатору в 2011 году по причине не представления данных в региональное Управление здравоохранением, тогда как во 2 квартале 2012 года и 1 квартала 2013 года финансирование отсутствовало по причине не достижения результативности.

Вышеописанные результаты исследования свидетельствуют о прямой связи между ростом индикативных показателей и увеличением финансовых показателей, выделенных на стимулирование деятельности медицинского персонала.

По другим организациям характерна стабильная динамика, варьирующая в одном интервальном промежутке, и соответствует среднему квартальному значению каждого региона.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о прямой связи между динамикой оценочных индикаторов и размером стимулирующих выплат по ним. Мероприятия, которые лежат в основе достижения результативности данного индикатора (промежуточные индикаторы деятельности) заключаются в эффективной профилактической работе, ранней диспансеризации и комплексе мероприятий, позволяющих предотвратить ряд субклинических проявлений беременности. Увеличение размера стимулирующих средств определено мотивирующим фактором для медицинских работников по эффективной работе указанных направлений, способствующего достижению основополагающей цели данной группы индикаторов: сохранению здоровья женщин и потомства.

Таблица 14- Соотношение финансовых, средств выделенных на стимулирующий компонент индикатора «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией» и количества баллов по данному индикатору за период 2011-2012 годы в разрезе организаций, в 100 тыс.тенге

	2011								2012								2013								Среднее значение	
	1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал		1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал		1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал			
	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма
МО 1	0,17	104,5	0,17	104,5	0,2	139,3	0,2	130,5	0,1	114,8	0,1	118,1	0,2	130,8	0,1	129,6	0,3	205,8	0,1	142,8	0,23	144,1	0,21	142,9	0,2	<u>133,9+7,1</u>
МО 3	0,36	219,1	0,36	219,1	0,36	355,5	0,4	333,1	0,3	213,4	0,3	206,2	0,2	172,8	0,3	214,1	0,37	253,7	0,3	216,8	0,33	264,7	0,32	271,3	0,34	238,2+8,3
МО 3	0,84	505,4	0,84	505,4	0,64	452,2	0,9	428,1	0,3	206,3	0,5	324,7	0,6	378,1	0,4	322,8	0,69	470,4	0,2	278,6	0,44	321,5	0,51	329,1	0,6	347,6+16,1
МО 4	0,84	508,6	0,84	508,6	1,02	722,7	1,4	698,4	0,6	431,9	0,9	645,8	1,2	742,6	1,1	766,8	1,03	692,6	0,8	641,3	1,06	713,3	1,23	822,8	1,03	658+6,13
МО 5	0,63	379,5	0,6	379,5	0,75	534,5	0,9	437,5	0,6	383,1	0,6	406,9	0,5	334,4	0,7	511,7	1,13	762,2	0,6	472,1	0,74	510,5	0,97	562,1	0,66	472,75+4,1
МО 6	1,87	1129,2	1,87	1129,2	1,75	1244,9	2,1	1006,8	1,4	900,4	1,4	912,4	1,4	867,6	1,5	998,0	1,64	1107,1	1,1	871,2	1,32	991,3	1,11	867,2	1,54	<u>1002,18+41,3</u>
МО 7	0,34	207,1	0,3	207,1	0,3	213,8	0,4	187,4	0,1	68,8	0,2	145,2	0,2	129,6	0,2	155,1	0,23	157,8	0,1	145,9	0,17	134,4	0,2	157,6	0,24	<u>189,2+15,4</u>
МО 8	0,23	138,9	0,2	138,9	0,33	234,2	0,6	287,3	0,1	72,1	0,2	180,8	0,4	249,1	0,2	144,2	0,42	284,5	0,2	181,3	0,31	239,1	0,28	215,4	1,83	197,2+5,8
МО 9	0,85	514,2	0,8	514,2	0,58	411,3	0,8	404,4	0,2	174,8	0,7	457,1	0,6	390,5	0,6	413,8	0,74	497,2	0,3	397,8	0,54	362,1	0,65	391,5	0,64	410,7+25,1
МО 10	0	0	0	0	0	0	0	0	1,4	923,8	0	0	1,3	821,3	1,3	913,7	0	0	0,6	477,1	0,98	532,4	1,11	843,6	0,57	376,2+17,5
МО 11	0,65	394,4	0,6	394,4	0,75	530,6	1,2	593,7	0,6	406,5	0,8	538,3	1,0	671,8	1,1	722,6	1,25	847,3	0,2	181,3	1,01	811,2	0,75	549,0	0,85	554,3+32,5
МО 12	0,41	248,2	0,4	248,2	0,34	241,6	0,3	170,4	0,2	138,2	0,2	170,6	0,3	186,9	0,3	199,2	0,43	292,2	0,3	242,1	0,35	251,2	0,27	231,7	0,33	218,4+33,5
МО 13	1,04	625,5	1,0	625,5	0,93	661,8	1,4	673,3	0,6	401,4	0,9	644,9	0,9	566,1	0,8	568,5	0,99	670,4	0,7	605,8	0,95	678,9	0,86	634,5	0,95	613+25,6
МО 14	0,28	166	0,2	166	0,25	177,1	0,4	187,2	0,2	122,3	0,2	151,2	0,3	187,5	0,3	219,7	0,36	241,8	0,2	156,8	0,23	169,4	0,31	254,6	0,28	<u>183,3+11,8</u>
МО 15	1,37	828,3	1,3	828,3	1,06	753,3	1,7	814,2	0,6	390,2	0,7	467,2	1,0	678,9	1,0	672,3	0,99	671,4	0,9	725,3	1,01	775,2	1,17	798,6	1,09	700,4+35
МО 16	1,28	773,8	1,2	773,8	1,17	831,2	1,3	640,5	0,6	390,2	0,9	587,8	0,9	595,6	1,0	681,2	1,44	971,5	0,7	564,3	1,12	905,1	1,33	932,4	1,1	720+63,3

3. Другой индикатор «Подростковая беременность» анализировался при оценке результатов СКПН только в 2011 году и был исключен из перечня индикаторов после пересмотра всего алгоритма стимулирующих выплат.

В 2011 году на финансирование по данному индикатору выделялось в среднем 11,5±0,8% всего бюджета стимулирующих выплат. В квартал по республике в среднем размер стимулирующих выплат составляет 13 738,2±629,1 тыс.тенге. Наибольший размер стимулирующих выплат в квартал выделялся в Южно – Казахстанской (32 679±317,5 тыс.тенге), Алматинской (26 911,2±352 тыс.тенге) областях и г. Алматы (24 355,8±1023,5 тыс.тенге), превалярующие средний показатель по республике в 2-2,5 раза. Тогда как наименьший показатель в Атырауской (7590,5±34,7) и Западно – Казахстанской областях (7 230,1±220,5) в ½ раза ниже среднереспубликанского значения (таблица 15).

Аналогичная картина и в разрезе достижений по индикаторам, так наибольший показатель характерен также для Южно – Казахстанской (55,9±5,1%), Алматинской областях (46±3,9%) и г. Алматы (41,2±1,7%), а наименьший для Атырауской (12,9±1,16%) и Западно – Казахстанской областей (12,3±0,8%).

Таблица 15 - Динамика показателя индикатора «Подростковая беременность» со стороны увеличения доли финансирования и размера выделенных сумм, в % и тыс.тенге

Регион	1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал		Среднее значение	
	%	сумма	%	сумма	%	сумма	%	сумма	%	сумма
Акмолинская	10,6	10 062,5	10,6	10 062,5	6,76	9 986,7	6,21	9 961,3	8,54	10018,3±26
Актюбинская	10,15	11 598,8	10,15	11 598,8	11,96	11 567,5	6,74	11 158,7	9,75	11480,9±107
Алматинская	15,39	27 516,9	15,39	27 516,9	13,27	26 196,5	13,31	26 414,3	14,34	26911,2±352
Атырауская	9,93	7 625,5	9,93	7 625,5	6,48	7 486,2	11,69	7 624,9	9,51	7590,5±34,7
ЗКО	10,5	7 002,9	10,5	7 002,9	6,24	7 891,6	6,02	7 023	8,31	7230,1±220,5
Жамбылская	10,17	15 806,5	10,17	15 806,5	11,47	15 337,6	11,99	15 138,5	10,95	15522,3±169
Карагандинская	14,16	18 923,8	14,16	18 923,8	7,10	19 353,5	14,13	20 438,5	12,39	19409,9±357,5
Костанайская	11,1	13 169,9	11,1	13 169,9	7,59	13 593,6	7,26	12 676,2	9,26	13152,4±187
Кзылординская	11,87	10 073,9	11,87	10 073,9	7,01	9 144,5	12,47	9 075,1	10,80	9591,9±278,6
Мангистауская	11,97	9 389,5	11,97	9 389,5	8,68	9 261,9	14,59	7 954,8	11,80	8998,9±947,3
ЮКО	16,28	32 134,3	16,28	32 134,3	14,57	33 115,4	14,40	33 332,1	15,38	32679±317,5
Павлодарская	10,09	11 144,8	10,09	11 144,8	11,83	10 930,1	6,11	9 409,8	9,53	10657,4±418,9
СКО	10,48	8 057,3	10,48	8 057,3	6,67	8 384,7	11,87	8 031,3	9,88	8132,6±184

Продолжение таблицы 15

ВКО	10,5	20 508,7	10,5	20 508,7	12,64	21 182,6	6,97	20 123,3	10,15	20580,7+220,2
г.Астана	10,86	11 583,2	10,86	11 583,2	13,53	11 415,9	16,14	13 319,4	12,85	11975,4+449,7
г.Алматы	16,41	24 954,9	16,41	24 954,9	8,92	26 116,3	7,90	21 397	12,41	24355,8+1023,5
РК	12,34	202600,9	12,34	202600,9	9,65	240965,3	9,82	233078,6	11,5	13738,2+629,1

Как видно из таблицы 15, при наблюдаемой динамике доли финансирования в сторону уменьшения показателя, размер стимулирующих выплат зачастую оставался без изменения. Так, например, при снижении доли финансирования с 10,6% до 6,21% в Акмолинской области размер стимулирующих выплат сократился незначительно, с 10 062,5 до 9 961,3 тыс.тенге. Аналогичная картина наблюдается в Актюбинской, Западно – Казахстанской, Костанайской и Восточно- Казахстанской областях. В других областях, далее при увеличении доли финансирования не наблюдалось увеличение размера стимулирующих выплат: Атырауская, Жамбылская и Северо – Казахстанская областях.

В то же время, в Кызылординской области при увеличении доли финансирования с 11,87 до 12,47% наблюдается снижение размера стимулирующих выплат с 10 073,9 до 9 075,1 тыс.тенге. А в г. Алматы при снижении более чем в 2 раза доли финансирования данного индикатора (с 16,41 до 7,9%) отмечается незначительное снижение финансовых средств с 24 954,9 до 21 397 тыс.тенге.

Проведение профилактической работы направленной на снижение и предотвращение подростковой беременности косвенно влияет на показатели индикаторов «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП», «Беременность ЖФВ с ЭГП» и «Уровень аборт по отношению к родам» и коррелирует с их промежуточными индикаторами. Таким образом, включение указанного показателя в список индикаторов СКПН по родовспоможению является необходимым для комплексной профилактической деятельности медицинских организаций.

#### 4. Индикатор «Уровень аборт по отношению к родам»

На долю данного индикатора приходится 8,87+0,41% всех выделенных финансовых средств и составляет 2 522 486,4 тыс.тенге всех средств за 3 года. В разрезе регионов наибольшее количество финансовых средств за 3 года было выделено в Южно - Казахстанской (347 054,8 тыс.тенге) и Алматинской (281 931,4 тыс.тенге) (таблица 16 и 17, рисунок 6), как и для индикатора «Беременность ЖФВ с ЭГП». При этом и суммарное количество баллов достижения результатов индикаторов за изучаемый период по данным регионам выше: 152,85 и 111,37 баллов соответственно.

Таблица 16 - Динамика показателя индикатора «Уровень абортов по отношению к родам» в разрезе баллов, в ед.

Регион	2011г				2012г				2013г				Всего
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	
Акмолинская	11,66	11,66	9,44	9,46	8,84	11,8	9,1	9,8	14,44	11,23	9,27	11,33	128
Актюбинская	13,6	13,6	18,36	12,54	12,61	11,18	8,65	9,11	14,23	14,32	15,22	12,14	155,56
Алматинская	42,24	42,24	36,96	35,73	12,58	23,22	20,61	21,42	36,39	27,44	27,82	29,51	356,16
Атырауская	10,55	10,55	8,99	11,78	8,95	7,25	7,91	7,85	12,21	7,7	7,11	7,65	108,5
ЗКО	9,32	9,32	8,45	7,86	6,33	9,82	10,17	9,54	10,23	8,69	8,98	9,87	108,58
Жамбылская	22,9	22,9	27,67	22,34	17,6	14,1	19,88	16	18	13,66	12,78	12,82	220,65
Карагандинская	35,92	35,92	18,88	30,24	22,6	15,66	18,32	13,86	19,16	18,14	18,24	18,08	265,02
Костанайская	18,84	18,84	13,72	11,98	10,28	15,26	14,08	13,94	17,32	13,32	8,72	9,1	165,4
Кызылординская	10,6	10,6	8,99	11,63	8,08	10,59	11,35	14,35	13,74	12,93	9,06	11,24	133,16
Мангистауская	7,11	7,11	6,23	9,1	7,37	7,85	11,3	8,62	8,11	11,11	11,3	11,23	106,44
ЮКО	40,50 6	40,50 6	39,78 8	37,64 4	34,13 4	36,04 4	41,78	39,08 2	42,48 8	40,25 2	38,39 4	42,70 8	473,32
Павлодарская	12,95	12,95	15,2	11,33	9,83	14,12	12,75	9,42	14,13	10,58	12,12	9,89	145,27
СКО	10,32	10,32	8,45	10,24	8,11	8,96	8,46	8,71	8,91	8,16	9,442	8,84	108,9
ВКО	24,78	18,18	32,84	18,4	21,2	20,26	19,72	19,86	23,6	20,18	20,18	21,32	260,52
г.Астана	9,74	9,74	18,56	19,35	9,46	12,41	11,52	12,93	8,24	15,39	9,42	15,59	152,35
г.Алматы	28,3	28,3	18,38	18,72	27,92	16,6	25,15	25	28,52	21,54	21,26	21,02	280,71

Наименьшее количество финансовых средств на стимулирование по данному индикатору было выделено в Северо – Казахстанской (85 886,3 тыс.тенге), Атырауской (83 544,7 тыс.тенге) и Западно – Казахстанской (85794,7 тыс.тенге) областях. Аналогичная картина, соотношения размера финансовых средств и количества баллов, и в других регионах, подтверждающая зависимость динамики финансирования от динамики оценочных индикаторов.



Рисунок 6 - Соотношение финансовых, средств выделенных на стимулирующий компонент индикатора «Уровень аборт по отношению к родам» и количества баллов по данному индикатору за период 2011-2013 годы в разрезе регионов.

За период с 1 квартала 2011 по 4 квартал 2013 года среднереспубликанский показатель выделяемых средств по итогам достижения результатов выполнения данного индикатора в квартал составил  $13293,1 \pm 294$  тыс.тенге (M+m, при 95% ДИ). Средний показатель по Южно – Казахстанской и Алматинской областей превышает республиканское значение в 2-2,5 раза и составляет  $28921,2 \pm 844,6$  тыс.тенге и  $23494,5 \pm 961,4$  тыс.тенге, в то время как показатель Северо – Казахстанской (7157,3±324,9), Атырауской (7149,5±185,8) и Западно – Казахстанской (7149,5±241,1) областей в 2 раза меньше.

Аналогично индикатору «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией» финансирование осуществляется ежеквартально по всем регионам: неравномерность распределения доли финансовых средств по данному индикатору отражается на размере стимулирующих выплат. Важно отметить тот факт, что по данному индикатору снизился размер финансирования, и как следствие удельный вес финансирования.

Таблица 17 - Сумма выделенных средств по достижению результативности индикатора «Уровень абортс по отношению к родам», в 100 тыс.тенге

Регион	2011				2012				2013				Итого	М± m	% от общей суммы данного индикатора
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв			
Акмолинская	8872,6	8872,6	9500,3	9081,9	6998,1	7687,4	7987,4	6008,9	9608,8	8617,9	8236,4	9234,5	100 706,5	8392,2±323,1	3,94
Актюбинская	11258,7	11258,7	11245,5	9901,5	8244,3	8830,3	9142	9361,9	10971,3	9282,6	10763,5	9836,5	120 096,8	10008,7±269,4	4,7
Алматынская	25175,1	25175,1	24324,5	23643	18920,4	30616,5	21729,1	21385,3	22909,8	22865,9	21534,3	23652,4	281 931,4	23494,5±791,4	11,04
Атырауская	7113,5	7113,5	7828,8	7028,1	6100,3	6363,8	6801,4	6976,8	7836,1	6406,6	6852,3	7123,5	83 544,7	7149,5±185,8	3,37
ЗКО	6212,4	6212,4	7630,9	6825,4	5883,9	7624,5	7871,9	7259,7	8978,1	7265,8	6795,2	7234,5	85 794,7	7149,5±284	3,36
Жамбылская	16250,7	16250,7	16979,8	14096,6	11288,3	12198,6	12997,4	12341,6	15404	12904,6	13241,2	11369,2	165 322,7	13776,8±328,1	6,47
Карагандинская	18650,4	18650,4	18935,7	17542,1	13553,8	15914,3	16343,9	15170,4	19278,9	15482,7	18326,9	17563,2	205 412,7	17117,7±627,5	8,04
Костанайская	11175,9	11175,9	12278,7	10450,6	8302,9	10109,5	10595,7	10317,5	13051,1	10245,2	12325,2	11362,5	131 390,7	10949,2±293,3	5,14
К-Ордынская	8993,5	8993,5	9119,5	8463,4	7397,3	8011,5	8305,5	8577,5	10569,1	8375,4	9823,5	10965,2	107 594,9	8966,2±184,8	4,21
Мангистауская	6317	6317	6645,1	6328,8	7259,2	6624,6	6942,2	7928,5	8035,2	6886,7	7326,3	80123,2	156 733,8	13061,1±411,9	6,14
ЮКО	29232,6	29232,6	30411	29944	28866,2	30884,4	31266,2	31536,3	39057,1	32086	32169,5	31268,9	347 054,8	28921,2±844,6	14,76
Павлодарская	10993,2	10993,2	11086,8	9465,7	6101	8540,8	8554	8148,4	10003,1	9134,6	9823,7	9632,1	202 476,6	9373,05±458,9	4,4
СКО	7162,2	7162,2	8113,2	6928,7	4625,7	7267,9	7318,8	7019,6	8583,4	6920,9	7356,9	7426,8	85 886,3	7157,2±324,9	3,36



Продолжение таблицы 17

ВКО	18340,1	18340,1	19974,9	16453,6	12090,5	15623,3	16283,3	15840,8	20244,9	16688,5	15983,4	18732,1	202 851,4	16820±364,4	7,9
г.Астана	10379,7	10379,7	11443,2	11018,8	6734,7	8564	9294,8	9446,6	10851,5	10402,9	10597,2	11236,5	207 629	9975,8±858,2	4,69
г.Алматы	19243,8	19243,8	19566,5	17215,3	16278,2	16987,8	16992,4	17745,7	19723,4	18667,1	17659,2	18553,9	380 987,2	18081,8±198,5	8,5
РК	215 371,4	215371,4	225084,4	204387,5	168644,8	201849,2	198426,4	195065,5	235105,8	202233,4	258914,7	281032,3	2522486,4	210207,2±371	100

Таблица 18 - Динамика показателя индикатора «Уровень аборт по отношению к родам» со стороны увеличения доли финансирования, в %

Регион	2011				2012				2013				М±m
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	
Акмолинская	9,35	9,35	6,44	5,66	4,84	6,21	8,89	4,80	13,03	9,23	8,24	9,33	7,94±0,8
Актюбинская	9,85	9,85	11,63	5,98	5,61	7,18	6,51	7,01	7,91	6,68	6,22	7,11	7,62±0,71
Алматинская	14,08	14,08	12,32	11,91	6,29	7,74	6,87	7,14	8,13	7,48	7,16	8,17	9,2±0,83
Атырауская	9,26	9,26	6,77	10,78	5,95	7,25	6,91	7,07	12,21	7,0	7,11	7,65	8,1±0,67
ЭКО	9,32	9,32	6,03	5,85	4,54	7,02	6,51	6,23	7,98	5,97	6,12	6,21	6,75±0,33
Жамбылская	10,45	10,45	12,70	11,17	8,80	7,05	9,94	6,50	8	6,83	6,39	6,41	8,72±0,67
Карагандинская	13,96	13,96	6,94	12,12	9,30	7,83	7,16	6,93	8,08	6,87	7,12	6,54	8,9±0,83
Костанайская	9,42	9,42	6,86	5,99	5,14	7,63	7,04	6,97	8,66	9,32	8,22	9,10	7,8±0,16
Кызылординская	10,60	10,60	6,99	11,63	6,08	10,59	11,35	7,35	8,74	6,93	6,48	7,24	8,7±0,15
Мангистауская	8,11	8,11	6,23	11,60	7,37	8,21	12,49	8,62	8,47	12,11	11,3	11,07	9,47±0,67
ЮКО	14,81	14,81	13,38	12,94	11,59	11,94	12,65	11,57	12,88	12,02	11,69	12,58	12,73±0,33
Павлодарская	9,95	9,95	12,00	6,15	4,53	7,12	9,75	6,36	7,73	6,58	7,12	6,89	7,84±0,77
СКО	9,32	9,32	6,45	10,24	6,11	6,96	6,46	8,71	8,91	6,16	7,12	6,84	7,71±0,6
ВКО	9,39	9,39	11,92	5,70	7,18	6,63	6,36	6,43	8,3	6,59	6,59	6,89	7,61±0,41
г.Астана	9,74	9,74	13,56	13,35	5,46	11,41	7,52	7,93	8,24	11,39	9,42	10,3	9,83±0,83
г.Алматы	12,65	12,65	6,69	6,36	11,46	8,30	11,99	11,50	11,76	8,27	8,13	8,01	9,84±0,67
РК	11,64	11,64	9,18	9,21	6,89	8,06	8,65	7,57	9,31	8,08	7,77	8,14	8,63±0,15

Как видно на таблице 18, наименьший показатель среднего значения доли финансирования, приходящей на данный индикатор, характерен для Западно - Казахстанской (6,75±0,33%), Костанайской (7,8±0,16%) и Акмолинской (7,94±0,8%) областей. В то же время, размер финансовых средств, выделяемых на стимулирование данного компонента в квартал также ниже среднее республиканского значения (13293,1±294) и составляет от 7149,5±291,1 до 10 949,2±393,3 тыс.тенге. Наибольший показатель наблюдается в Южно – Казахстанской области, который превалирует почти в 1,5 раза республиканское значение и составляет 12,73±0,33%.

Таким образом, согласно представленным выше данным, можно говорить, что размер стимулирующих выплат по индикатору «Уровень абортов по отношению к родам» зависит от количества баллов, определенных по итогам достижения результативности, а также, в отличие от предыдущего индикатора наблюдается зависимость между размером

стимулирующих выплат и долей финансовых средств, выделенных на стимулирующие выплаты.

Анализ значений данного индикатора в разрезе 16 рассматриваемых организаций не свидетельствует об определенной закономерности финансирования, как это наблюдается в разрезе регионов. Так, в ряде организаций наблюдается значительное снижение показателя индикатора и размера выделенных средств: МО3 (Алматинская область) с 0,71 до 0,52 за период с 1 квартала 2011 по 4 квартал 2013 года и составило снижение размера СКПН с 425,2 до 388,7 тыс.тенге; в МО6 (Жамбылская область) с 1,83 до 1,45 баллов и составило 1104,8 и 906,8 тыс.тенге; и МО7 (Западно – Казахстанская область) с 0,31 до 0,19 за период и составило снижение размера финансовых средств с 186,3 до 131,5 тыс.тенге соответственно. Аналогичная картина наблюдается и в большинстве других рассматриваемых медицинских организациях. Если по первым трем областям, в разрезе регионов характерна схожая картина снижения размера стимулирующих средств, то в Северо – Казахстанской области она не наблюдается, так как при общем снижении индикативных показателей с 1,01 до 0,94 изучаемого периода наблюдается увеличение суммы показателя СКПН с 606,1 до 754,2 тыс. тенге.

Как видно в таблице 19 в некоторых организациях наблюдается рост показателя результативности и как следствие их финансирования. В МО5 (Западно – Казахстанская область) динамика роста составила с 0,66 до 0,81 баллов и в суммарном значении 62,3% - с 395,6 до 642,3 тыс.тенге, и вМО11 (Южно - Казахстанская область) с 0,94 до 1,16 баллов и размер суммы с 513,7 до 826,5 тыс.тенге (увеличение на 37,8%).

Данный анализ показывает, что размер финансирования в разрезе медицинских организаций зависит, прежде всего, от результативности и размер СКПН выделенных на регион, и не влияет на распределение финансирования между организациями.

В разрезе данных организаций, наибольшее среднее значение размера стимулирующих выплат в квартал наблюдается в МО6 (Жамбылской области) и составляет  $987,5 \pm 66,7$  тыс.тенге, и превышает среднее значение по всем медицинским организациям почти в 3 раза ( $450,18 \pm 25,3$  тыс.тенге). Тогда как для МО1 (Акмолинская область), МО7 (Карагандинская область) и МО14 (Восточно - Казахстанская область) в 2-3 раза меньше данного значения и составляют всего  $144,9 \pm 16,7$ ;  $147,4 \pm 7,5$  и  $181,1 \pm 13,3$  тыс.тенге соответственно.

В медицинской организации МО10 (Мангыстауской области) не наблюдалось финансирования по данному индикатору в 2011 году по причине отсутствия деятельности по данному направлению. Не наблюдается значительной динамики по индикаторам и росту финансовых средств в МО8 с 0,37 до 0,31 и суммы СКПН с 225,1 до 265,1 тыс.тенге.

Таким образом, эффективная работа специалистов ПСМП по профилактике аборт (контрацепция, информационная работа и т.д. среди

женщин) и достижение результатов по данному индикатору является мотивирующим фактором, способствующего посредством получения стимулирующих средств улучшению здоровья женщин фертильного возраста прикрепленного контингента.

Таблица 19 - Соотношение финансовых, средств выделенных на стимулирующий компонент индикатора «Уровень абортов по отношению к родам» и количества баллов по данному индикатору за период 2011-2012 годы в разрезе организаций, в 100 тыс.тенге

МО	2011 год								2012 год								2013 год								Среднее значение	
	1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал		1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал		1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал			
	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма		
МО 1	0,17	105,3	0,17	105,3	0,2	143,1	0,2	121,6	0,19	116,7	0,23	148,2	0,21	127,5	0,2	145,4	0,25	166,5	0,2	179,3	0,21	186,5	0,22	194,3	0,21	144,9±16,7
МО 2	0,4	242,3	0,4	242,3	0,35	247,8	0,4	211,5	0,33	208,2	0,31	204,6	0,35	215,5	0,2	194,5	0,37	253,3	0,2	223,9	0,28	264,2	0,31	283,6	0,34	232,6±33,3
МО 3	0,71	425,2	0,71	425,2	0,66	470,9	0,7	373,6	0,46	288,6	0,19	317,3	0,53	350,2	0,4	323,6	0,57	383,6	0,4	348,5	0,48	357,1	0,52	388,2	0,54	369,3±27,6
МО 4	0,86	513,7	0,86	513,7	1,1	782,3	1,4	639,7	0,99	618,2	1,02	663,2	1,03	636,5	1,0	697,9	1,13	759,6	0,7	565,3	0,61	589,3	0,74	607,9	0,96	633,9±16,7
МО 5	0,66	395,6	0,66	395,6	0,63	446,8	0,8	406,4	0,54	339,6	0,72	483,8	0,84	524,9	0,9	596,9	0,84	570,5	0,7	581,5	0,79	594,2	0,81	642,3	0,75	498±58,3
МО 6	1,83	1104,8	1,83	1104,8	1,61	1143,8	2,1	1021,6	1,33	832,4	1,39	906,6	1,56	964,8	1,3	885,4	1,66	1124,4	1,1	891,5	1,24	964,1	1,45	906,8	1,54	<b>987,5±66,7</b>
МО 7	0,31	186,3	0,31	186,3	0,27	189,4	0,3	167,6	0,2	125,1	0,19	126,3	0,22	134,4	0,1	121,6	0,22	150,9	0,1	125,6	0,18	123,4	0,19	131,5	0,23	147,4±7,5
МО 8	0,37	225,1	0,37	225,1	0,35	251,6	0,4	201,3	0,28	176,8	0,29	191,1	0,28	172,1	0,2	178,4	0,34	234,5	0,3	236,8	0,29	244,1	0,31	265,1	0,32	216,8±16,7
МО 9	0,81	488,4	0,81	488,4	0,64	452,6	0,8	408,1	0,55	341,1	0,55	357,1	0,59	363,8	0,6	411,8	0,7	465,7	0,5	385,2	0,6	267,1	0,7	296,4	0,66	416,2±17,4
МО 10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	925,9	0,42	272,2	1,32	821,3	1,3	913,7	0	0	0,9	697,4	0,77	701,1	0,84	699,2	0,55	393,8±39,7
МО 11	0,94	565,9	0,94	565,9	0,76	537,6	1,2	593,9	1,48	622,8	1,01	656,3	0,98	609,1	0,9	647,6	1,16	786,9	1,1	879,3	1,02	863,5	1,16	826,5	1,06	679,6±33,9
МО 12	0,48	288,6	0,48	288,6	0,35	250,7	0,3	172,5	0,17	109,1	0,31	202,2	0,33	205,5	0,3	231,6	0,4	265,1	0,2	201,6	0,34	176,3	0,36	213,6	0,35	217±41,7
МО 13	1,01	606,1	1,01	606,1	1,13	807,1	1,3	638,5	0,52	322,2	0,96	625,7	1,06	654,9	0,8	575,6	0,98	666,2	0,8	663,5	0,83	687,4	0,94	754,2	0,95	633,8±28,5
МО 14	0,31	189,3	0,31	189,3	0,27	193,7	0,3	166,4	0,25	154,2	0,26	169,5	0,29	177,2	0,2	195,9	0,31	211,3	0,2	164,1	0,22	176,3	0,24	186,3	0,27	187,7±13,3
МО 15	1,36	819,5	1,36	819,5	1,09	775,4	1,4	677,9	0,53	328,8	1,11	725,7	1,21	747,9	0,1	115,1	1,33	897,5	1,0	805,4	1,24	876,5	1,27	871,6	1,09	705,1±49,1
МО 16	1,36	831,7	1,36	831,7	1,12	798,2	1,4	670,4	0,94	584,9	0,96	634,9	0,97	602,8	1,1	757,9	1,19	803,9	0,9	748,6	1,06	811,3	1,25	843,6	1,14	705,1±31,7

Таким образом, анализ финансирования регионов и медицинских организаций по итогам реализации индикаторов родовспоможения свидетельствует о зависимости динамики оценочных индикаторов от размера стимулирующих выплат. Если при индикаторе «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП» и «Уровень аборт по отношению к родам» долевое распределение финансовых средств не отражается на суммарном их значении, то для индикатора «Беременность ЖФВ с ЭГП» наблюдается снижение не только доли финансирования данного индикатора, но и размера при сохранении динамики оценочных индикаторов. Немаловажно отметить иррациональность исключения индикатора «Подростковая беременность», который косвенно влияет на другие индикаторы родовспоможения и способствует созданию более детализированной картины данного направления.

К другой группе индикаторов, зависящих от эффективной работы ПМСП относятся: «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи от ОКИ и ОРИ», «Несвоевременно диагностированные запущенные формы туберкулеза», «Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 3-4 стадии», «Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы – артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт» и «Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару».

На данные индикаторы в среднем за 3 года (2011-2013) было выделено более 30,5% всех финансовых средств СКПН. В 2011 году всего 47,9 % средств пришлось на стимулирование данных индикаторов, тогда как в 2012 году данный показатель составил 43,2% и в 2013 году – 30,5%. Такой разброс, прежде всего, аргументируется тем, что в 2012 году в перечень индикаторов был включен показатель «Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару». В таблице 20 показана динамика индикаторов, зависящих от эффективной работы ПМСП со стороны увеличения доли финансирования в разрезе кварталов.

Таблица 20 - Динамика показателя индикаторов, зависящих от эффективной работы ПМСП со стороны увеличения доли финансирования.

Период	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП от ОКИ и ОРИ	Впервые выявленные запущенные формы туберкулеза	Впервые выявленные случаи ЗН ВЛ 3-4 стадии
I квартал 2011	17,07	6,25	13,4
II квартал 2011	17,07	6,25	13,4

Продолжение таблицы 20

III квартал 2011	14,6	4,99	12,23
IV квартал 2011	13,91	5,03	11,89
I квартал 2012	14,02	4,6	11,14
II квартал 2012	13,63	4,4	10,82
III квартал 2012	13,82	4,4	10,67
IV квартал 2012	13,7	4,64	10,3
I квартал 2013	15,8	4,67	12,2
II квартал 2013	13,64	4,42	9,1
III квартал 2013	13,57	4,38	8,9
IV квартал 2013	13,23	4,35	8,9
М.т.т (за весь период)	14,5±0,43	4,86±0,21	11,08±0,39

В таблице 20 видна динамика снижения по всем индикаторам. Средний показатель доли финансирования по индикатору «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи от ОКИ и ОРИ» составлял 14,5±0,43%. По индикатору «Несвоевременно диагностированные запущенные формы туберкулеза» средний показатель составлял 4,86±0,21 и по индикатору «Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 3-4 стадии» – 11,08±0,39% .

В рамках данного исследования нами был проведен анализ выделяемых финансовых средств на стимулирование деятельности в разрезе регионов и медицинских организаций по каждому индикатору с учетом динамики оценочных показателей.

5. Индикатор «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи от ОКИ и ОРИ».

На долю данного индикатора приходится 14,49±0,39% всех выделенных финансовых средств и составляет 4 120 477 тыс.тенге. В разрезе регионов наибольшее количество финансовых средств за 3 года было выделено в Южно - Казахстанской (558 677 тыс.тенге) и Алматинской областях (432 019 тыс.тенге) (таблица 35, рисунок 16). При этом и суммарное количество баллов достижения результатов индикаторов за 2011-2012 годы по данным регионам выше: 679,83 и 558,82 баллов соответственно. Наименьшее количество финансовых выделено в Мангыстауской (120 815 тыс.тенге), Кызылординской ( 136 762 тыс.тенге) и Атырауской (143 473 тыс.тенге) областях. Аналогичная картина и в других регионах,

подтверждающая зависимость динамики финансирования от динамики оценочных индикаторов (рисунок 7).

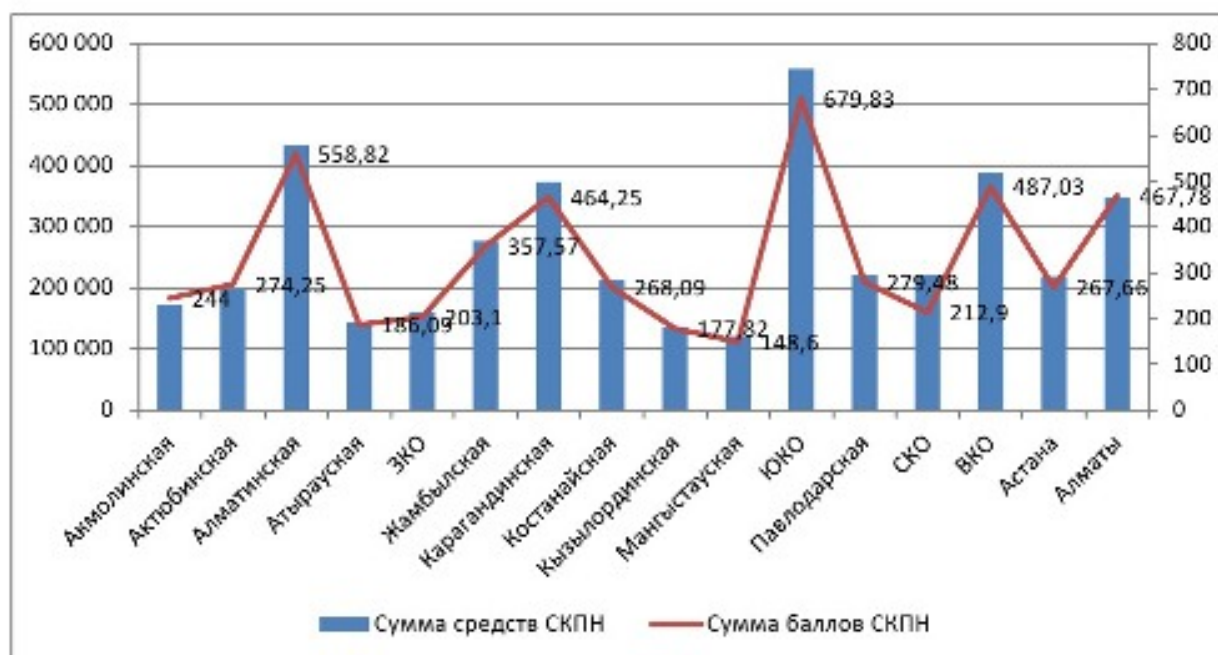


Рисунок 7 - Соотношение финансовых, средств выделенных на стимулирующий компонент индикатора «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи от ОКИ и ОРИ» и количества баллов по данному индикатору за период 2011-2013 годы в разрезе регионов.

За период с 1 квартала 2011 по 4 квартал 2013 года среднереспубликанский показатель выделяемых средств по итогам достижения результатов выполнения данного индикатора в квартал составил  $21\,460,8 \pm 436,7$  тыс.тенге (M+m, при 95% ДИ). Средний показатель по Южно – Казахстанской и Алматинской областей превышает республиканское значение в 1,5 - 2 раза и составляет  $46\,556,5 \pm 436,7$  тыс.тенге и  $36\,001,6 \pm 604,5$  тыс.тенге, на долю которых приходится 24,04% всех средств по данному индикатору. В то время как показатель по Мангыстауской ( $10\,067,9 \pm 320,5$ ), Атырауской ( $11\,394,3 \pm 183,6$ ) и Кызылординской ( $11\,511,6 \pm 367,9$ ) областей почти в 2 раза меньше среднего значения и составляет 9,73 %.

Наименьший показатель среднего значения доли финансирования, приходящей на данный индикатор, характерен для Кызылординской ( $11,5 \pm 0,25\%$ ). В то же время, размер финансовых средств, выделяемых на стимулирование данного компонента в квартал также ниже средне республиканского значения ( $21\,911,3 \pm 471,4$ ) и составляет всего  $11\,394,3 \pm 183,6$  тыс.тенге. Наибольший показатель наблюдается в Южно – Казахстанской, городах Астана, Алматы и Карагандинской областях,



который превалирует республиканское значение и составляет  $18,2 \pm 0,75\%$ ,  $17,9 \pm 0,33\%$ ,  $17,61 \pm 1,08\%$  и  $16,32 \pm 0,81\%$  (таблица 21 и 22).

Таблица 21 - Динамика показателя индикатора «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи от ОКИ и ОРИ» со стороны увеличения доли финансирования, в %

Регион	2011				2012				2013				М±m
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	
Алматынская	16,57	16,57	11,6	10,6	11,29	10,44	15,62	13,17	22,44	16,12	15,98	16,33	14,72±1,75
Актыбинская	16,69	16,69	20,71	9,31	9,18	13,02	12,87	13,02	15,45	13,32	14,5	13,22	13,99±1,83
Алматинская	21,88	21,88	19,3	17,78	10,2	12,43	10,57	11,67	12,57	12,83	13,11	12,94	14,76±0,33
Атырауская	15,53	15,53	12,61	18,26	10,32	12,13	11,51	12,44	20,23	12,58	15,41	13,64	14,18±0,5
ЗКО	18,13	18,13	10,95	10,61	10,91	11,89	10,51	12,65	13,83	10,74	11,29	11,75	12,61±0,58
Жамбылская	14,18	14,18	20,91	17,19	18,09	12,51	16,41	11,1	13,09	11,77	11,12	11,64	14,34±0,92
Карагандинская	24,7	24,7	12,81	20,42	17,07	12,44	11,83	12,97	15,48	14,10	15,27	14,06	16,32±0,81
Костанайская	14,09	14,09	9,39	8,81	11,05	12,64	11,84	12,34	14,06	17,02	15,21	16,04	13,04±0,83
Кызылординская	11,91	11,91	8,9	15,66	9,58	15,75	15,79	10,63	9,61	9,3	9,35	9,64	11,5±0,25
Мангыстауская	9,95	9,95	8,88	16,16	11,87	13,1	17,32	11,77	13,62	16,39	15,42	16,03	13,3±0,71
ЮКО	17,81	17,81	19,4	20,22	20,65	17,24	17,33	18,23	19,7	16,57	16,81	16,84	18,2±0,75
Павлодарская	17,1	17,1	20,38	11,65	12,44	13,89	18,81	13,96	16,27	13,06	14,5	14,33	15,3±0,8
СКО	16,91	16,91	11,39	19,98	18,35	12,64	11,8	16,03	14,55	10,78	12,11	12,03	14,75±0,67
ВКО	15,49	15,49	20,87	10,41	18,32	13,19	11,58	12,89	15,36	12,09	13,21	12,49	14,28±0,62
г. Астана	14,68	14,68	20,06	20,75	12,22	24,02	14,86	16,27	16,57	21,56	19,84	19,33	17,9±0,33
г. Алматы	20,26	20,26	10,56	9,58	21,31	13,74	21,37	20,3	22,24	13,81	20,4	17,5	17,61±1,08
РК	17,07	17,07	14,6	13,91	14,02	13,63	13,82	13,77	15,79	13,64	13,25	13,49	14,5±0,51

Для данного индикатора, как и для ряда других, характерно неравномерное распределение доли финансовых средств в разрезе кварталов. Однозначно судить о влиянии динамики финансирования на размер стимулирующих выплат не представляется возможным, зависимость была прослежена только в Мангыстауской, Алматинской, Южно – Казахстанской, Карагандинской и Павлодарской областях.

Таблица 22 - Сумма выделенных средств по достижению результативности индикатора «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи от ОКИ и ОРИ», в 100 тыс.тенге

Регион	2011				2012				2013				Итого	М± m	% от общей суммы данного индикатора
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв			
Акмолинская	15723,2	15723,2	17 127,8	16998,8	16342,4	12916,3	14039,6	16476,6	16549,4	15046	15897,3	16321,4	172 034	14 336,2±152	4,17
Актюбинская	19070	19070	200,35,5	15416,6	13495,8	16020,5	18080,4	17382	21421,1	18501,4	19722,3	19412,3	197 592	16 466±447,1	4,79
Алматинская	39132,9	39132,9	38092,1	35290,4	30687,7	33108,7	33404,7	34952,3	35403,1	39022,1	35946,8	37845,2	432 019	36 001,6±604,5	10,48
Атырауская	11930,3	11930,3	14575,5	11903,9	10591,6	10641,1	11331,6	12277,3	12979,1	11520,7	12033,4	11758,5	143 473	11 956,1±367,9	3,48
ЗКО	12089,5	12089,5	13861,1	12389,8	14149,3	12909,2	12711,1	14733,2	15565,2	13082,7	13648,9	13956,4	161 186	13 432±381,2	3,91
Жамбылская	22042,6	22042,6	27952,2	21709	23213,9	21659,7	21471,9	21085,3	25187,7	22245,8	24316,7	23695,4	276 623	23 051,9±337,2	6,71
Карагандинская	33004,7	33004,7	34929,6	29548,4	24873,3	25294	27020,3	28400,8	36940,8	31775,3	34562,1	33956,1	373 310	31 109,2±589,3	9,06
Костанайская	16716,9	16716,9	16818,3	15379,5	14856,4	16733,9	17834,2	18252	21201,6	18704,7	19634,2	18967,3	211 816	17 651,3±420,5	5,14
К-Ординская	10110,3	10110,3	11611,8	11401,6	11623,2	11917,4	11552,9	12410,4	11619,5	11233,3	11287,2	11854,2	136 762	11 394,3±183,6	3,31
Мангистауская	7803,3	7803,3	9473,1	8814,4	11699	10576,3	9622,5	10831,7	12914,7	9318,4	10934,2	11023,6	120 815	10 067,9±320,5	2,93
ЮКО	35155,5	35155,5	44068,2	46806,1	51442,7	44596,4	42843	49685,2	59750	44242,5	51236,9	53695,4	558 677	46 556,5±436,7	13,56
Павлодарская	18886,6	18886,6	18834,8	17944,9	16772	16768,5	16505,1	17876,9	21045	18118,9	19543,6	20223,1	221 406	18 450,5±331	5,37
СКО	12995,4	12995,4	14328,6	13513,6	13885,6	13191,7	13364,4	12923,9	14011,3	12103,8	13602,3	13221,4	160 137	13 344,8±362,1	3,88

Продолжение таблицы 22

ВКО	30252,5	30252,5	34980,8	30052,6	30861,2	31085,8	29659,3	31779	37467,4	30635,3	35695,4	34510,2	387 232	32 269,3+798	9,39
г.Астана	15649,6	15649,6	16927,3	17127,1	15091,4	18031,7	18379,7	19435,7	21815,6	19695,8	20369,2	21037,1	219 210	18 267,5+601,5	5,32
г.Алматы	30812,2	30812,2	30908,5	25928,2	30266,6	28128,9	30295,4	31329,4	27285,2	31185,4	30129,8	21132,4	378 214	29 017,9+382,2	8,45
РК	331375,5	331375,5	327361,9	330224,9	329852,1	323580,1	328116,1	349831,7	391156,7	346432,1	368560,3	362610	4 120 477	21 911,3+471,4	100

Так, как видно на представленных выше таблицах, в Карагандинской области снижение размера стимулирующих средств (с 33 004,7 до 33 956,1 тыс.тенге) коррелирует с показателем доли финансовой части, приходящей на данный индикатор (с 24,7 до 14,06%) и показателем результативности (с 61,5 до 63,2 баллов). Аналогичная картина наблюдается и в Актюбинской области.

Для Костанайской, Мангыстауской области и г. Астана наблюдается увеличение как размера стимулирующих средств, так и доли финансирования и составляет, соответственно, по Костанайской области с 16 716,9 до 18 967,3 тыс.тенге при доли финансирования 14,09% до 16,04%, по Мангыстауской области – от 7 803,3 до 11 023,6 тыс. тенге (от 9,95 до 16,03% доли финансирования) и по г. Астана – от 15 679,6 до 21 037,1 тыс.тенге (от 14,68 до 19,33%).

Для Жамбылской области при повышении размера стимулирующих выплат (с 32 042,6 до 23 695,4 тыс.тенге) наблюдается снижение доли финансирования (с 14,18 до 11,64%) и результатов достижения показателей (с 58,11 до 56,02 баллов). Аналогичная картина характерна и для Южно – Казахстанской области, где доля финансирования составила от 17,81 до 16,84% и увеличение размера стимулирующих выплат с 35 155,5 до 53 695,4 тыс.тенге. В свою очередь в ряде регионов при значительном снижении показателя доли финансирования наблюдается равномерное распределение размера финансовых средств. Данная ситуация характерна для Западно – Казахстанской (с 18,13% до 11,75% и с 12089,5 до 13956,4 тыс.тенге), Кызылординской (с 11,91% до 9,64% и с 10110,3 до 11854,2 тыс.тенге) и Восточно-Казахстанской (с 15,49% до 12,49% и с 30252,5 до 34 510,2 тыс.тенге). В свою очередь в других регионах при значительном снижении доли финансирования наблюдается равномерное распределение размера финансовых средств (в разбеге 1-1,5%). Так, в Алматинской области при снижении доли финансирования с 21,88 до 12,94% не в значительной степени изменился размер финансовых средств СКПН с 39132,9 до 37 945,2 тыс.тенге. Такая же картина характерна и для Атырауской, Павлодарской и Северо – Казахстанской областей. Так, при снижении доли финансирования на 3,82% (с 16,91 до 13,03%) в Северо – Казахстанской области, снижение финансовых средств составило с 12 955,4 до 13 221,4 тыс.тенге.

Равномерное распределение финансовых средств (доли финансирования по данному индикативному показателю и размер стимулирующих выплат) наблюдается только в Акмолинской области: с 16,57 до 16,33% и с 15 732,2 до 15 321,4 тыс.тенге соответственно.

Таким образом, однозначно судить о влиянии количества баллов, определенных по итогам достижения результативности на размер стимулирующих выплат не представляется возможным. Для более детального изучения нами был проведен анализ по данному индикатору в разрезе 16 рассматриваемых организациях. В таблице 23 представлены данные по баллам и размеру финансирования медицинских организаций.

Таблица 23 - Соотношение финансовых, средств выделенных на стимулирующий компонент индикатора «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи от ОКИ и ОРИ» и количества баллов по данному индикатору за период 2011-2013 годы в разрезе организаций, в 100 тыс.тенге

МО	2011 год								2012 год								2013 год				Среднее значение					
	1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал		1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал		инд	сумма								
	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма										
МО 1	0,23	138,9	0,23	138,9	0,36	257,3	0,56	264,4	0,4	283,5	0,4	263,1	0,43	268,5	0,72	283,1	0,58	392,7	0,43	234,7	0,46	374,1	0,52	381,2	0,44	281,7+19,2
МО 2	0,74	447,4	0,74	447,4	0,67	477,9	0,3	144,4	0,4	266,3	0,44	284,5	0,59	427,4	0,24	160,7	0,49	336,2	0,53	410,8	0,61	401,2	0,52	421,3	6,4	352,1+342,3
МО 3	1,49	899,4	1,49	899,4	1,22	870,2	1,75	827,7	1,1	695,5	1,01	655,2	1,07	665,2	1,08	718,5	1,24	840,1	0,83	645,4	0,94	687,1	0,81	662,3	1,17	755,5+29,4
МО 4	0,83	501,4	0,83	501,4	1	714,9	1,38	650,7	0,9	583,3	1,31	832	0,92	573,6	1,14	761,5	0,47	318	0,78	609,4	0,62	597,8	0,75	654,2	0,91	609,8+59,6
МО 5	1,32	795	1,32	795	1,34	956,4	0,81	381,9	0,8	326,4	0,59	385,2	0,94	381,1	1,69	1128	1,92	1294,3	1,42	1104,6	1,23	1008,3	1,37	1217,8	1,23	847,8+83,3
МО 6	1,88	1130,3	1,88	1130,3	3,16	2250,6	4,49	2121,9	1,5	934,9	1,54	1003,4	2,93	1815,4	1,4	934,3	1,87	1261,5	2,25	1725	2,06	1562,3	2,37	1894	2,27	1480,3+156,1
МО 7	0,27	164,5	0,27	164,5	0,26	183,2	0,71	336,6	0,4	283,5	0,41	268	0,44	272,9	0,43	286	0,48	352,9	0,36	278	0,4	304	0,37	284	0,4	264,8+58,4
МО 8	0,34	203,8	0,34	203,8	0,32	227,5	0,92	436,6	0,1	100,6	0,43	279,1	0,15	92	0,44	293,1	0,11	76,2	0,27	209,7	0,23	197,6	0,28	211,3	0,33	210,9+24,1
МО 9	1,61	969,8	1,61	969,8	1,31	936,1	0,73	345,1	0,7	442,1	1,12	727,2	0,39	242,7	0,73	486,7	0,5	333,2	0,49	377	0,54	375,3	0,51	366,2	0,85	547,6+92
МО 10	1,11	667,9	1,11	667,9	1,55	1102,3	2,32	1092,3	1,4	925,8	0,58	377,8	0,71	441,4	1,37	913,7	1,53	1033,3	0,33	256,7	1,29	964,1	0,61	457,5	1,16	741,7+101,1
МО 11	1,55	936,9	1,55	936,9	1,56	1113,7	2,79	1177,6	2,2	1395,1	1,94	1266,3	0,91	564,7	1,1	730	0,98	663,4	0,54	418,7	0,84	611,3	0,6	532,4	1,38	862,2+57,4
МО 12	0,92	554,1	0,92	554,1	0,72	511,2	0,72	338,8	0,5	371,9	0,56	363,4	0,6	371,9	0,6	402,3	0,82	581,1	0,64	498	0,77	551,3	0,68	472,1	0,71	464,2+67,2
МО 13	2,04	1229,6	2,04	1229,6	2,07	1470,6	2,91	1372,5	1,9	1201,8	1,82	1187,4	1,96	1215,3	1,89	1256,8	2,03	1366,8	1,56	1	1,98	1301	1,62	1311	1,98	1279,3+28,7
МО 14	0,36	214,3	0,36	214,3	0,54	383,1	0,76	357,9	0,5	370,9	0,55	357,4	0,59	365,6	0,56	372,7	0,09	61,8	0,23	175,2	0,11	311,1	0,25	234,5	0,41	268,1+67,1
МО 15	2,65	1597,2	2,65	1597,2	2,22	1580,3	3,44	1624,5	2,1	1315,4	1,87	1230,9	2,01	1345,9	1,97	1315,5	2,4	1617,9	1,78	1385	1,84	1462	1,72	1351	2,23	1442,6+53,7
МО 16	2,66	1603,6	2,66	1603,6	2,24	1597,6	3,01	1421,4	2,1	1337,9	1,93	1255,8	2,07	1381,1	2,15	1432,4	2,44	1647,2	1,86	1447,2	2,11	1763,1	1,82	1467	2,25	1488,1+87,3

В разрезе данных организаций, наибольшее среднее значение размера стимулирующих выплат в квартал наблюдается в МО16 (г. Алматы) -  $1488,1 \pm 87,3$  тыс.тенге, МО15 (г. Астана) -  $1422,6 \pm 53,7$  тыс.тенге и МО6 (Жамбылской области) -  $1480,3 \pm 156,1$  тыс.тенге, и превышает среднее значение по всем медицинским организациям почти в 2 раза ( $743,5 \pm 25,1$  тыс.тенге). Тогда как для МО8 (Костанайская область), МО1 (Акмолинская область) и МО7 (Карагандинская область) в 2-3 раза меньше данного значения и составляют всего  $2102,9 \pm 24,1$ ;  $281,7 \pm 19,2$  и  $264,8 \pm 58,4$  тыс.тенге соответственно.

Анализ показателей на начало и конец изучаемого периода свидетельствует о неравнозначной динамике индикаторов. Для основной части медицинских организаций характерно снижение, как показателей результативности, так и размера стимулирующих выплат. В МО1 (Акмолинская область) и МО7 (Карагандинская область) наблюдается повышение балловых значений и размера выплат, так рост значений составил из 0,23 до 0,52 баллов и в суммарном значении 138,9 до 381,2 тыс.тенге.

В свою очередь, в МО5 (Западно – Казахстанской области) при снижении индикативного показателя на 4% (с 1,32 до 1,37 баллов) наблюдается увеличение на 34,7% (с 795 до 1217,8 тыс.тенге). Данный аспект прежде всего обосновывается распределением финансовых средств внутри организации здравоохранения по всему перечню индикаторов (изменение доли финансовых средств).

Проведение анализа на примере медицинских организаций позволяет свидетельствовать о зависимости показателей индикаторов и их финансирования, в то время как по регионам выявление данной зависимости было сложно по причине нестабильной динамики достижения индикативных показателей некоторых организаций данных регионов. Следовательно, эффективная профилактическая работа участковых служб позволяет привлечению дополнительных стимулирующих выплат, тем самым создавая стимулирующую основу для их эффективной реализации и достижению значимых целевых показателей.

6. Индикатор «Несвоевременно диагностированные запущенные формы туберкулеза».

На долю данного индикатора приходится  $4,87 \pm 0,21\%$  всех выделенных финансовых средств и составляет 1 384349 тыс.тенге. В разрезе регионов наибольшее количество финансовых средств за 3 года было выделено в Южно - Казахстанской (209 248 тыс.тенге), Алматинской областей (142 865 тыс.тенге) и г. Алматы (139 396,2 тыс.тенге) (таблица 24 и 25, рисунок 8). При этом и суммарное количество баллов достижения результатов индикаторов за изучаемый период по данным регионам выше: 265,35; 190,94 и 187,08 баллов соответственно.

Таблица 24 - Динамика показателя индикатора «Несвоевременно диагностированные запущенные формы туберкулеза» в разрезе баллов, в ед.

Регион	2011г				2012г				2013г				Всего
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	
Акмолинская	6,69	6,69	5,36	4,98	4,77	5,8	6,41	5,99	8,11	6,98	6,33	5,9	74
Актюбинская	8,551	8,551	10,88	6,324	7,633	5,678	7,571	6,358	7,429	8,392	6,749	6,426	90,54
Алматинская	19,83	19,83	21,06	19,86	10,8	12,51	10,8	13,26	11,25	17,79	18,92	15,03	190,94
Атырауская	5,61	6,32	4,26	6,38	4,25	5,12	3,62	4,47	6,33	4,01	5,62	5,51	61,5
ЗКО	5,99	5,99	4,24	5,24	4,69	5,23	4,63	5,63	6,23	6,18	5,98	5,35	65,38
Жамбылская	9,76	9,76	12,68	10,36	8,66	7,58	11,1	6,56	8,22	6,3	9,21	8,92	109,11
Карагандинская	19,2	19,2	10,02	20,19	21,66	7,92	6,74	13,32	7,7	11,67	6,03	4,69	148,34
Костанайская	12,56	12,56	7,34	8,28	8,18	7,74	6,22	8,88	9,32	9,9	6,36	4,81	102,15
Кызылординская	6	6	4,99	6,47	4,52	5,72	4,87	4,47	4,84	4,69	5,11	4,89	67,57
Мангистауская	5,11	5,11	4,1	7,21	3,51	4,83	7,53	6,68	5,32	8,38	6,12	7,11	71,01
ЮКО	24,54	24,54	23,34	7,59	7,81	25,24	25,5	27,11	26,69	21,03	25,61	27,35	265,35
Павлодарская	6,578	6,578	11,003	4,444	3,43	4,771	8,344	9,278	8,136	5,648	5,915	5,226	79,35
СКО	6,53	6,53	5,21	7,45	4,66	4,22	4,94	5,19	6,41	4,56	5,64	5,2	66,54
ВКО	16,2	16,2	20,34	10,47	18,72	11,4	11,7	12,48	13,11	11,64	13,74	5,17	161,172
г.Астана	6,93	5,93	6,91	9,75	6,73	8,79	5,11	6,6	4,9	7,12	5,11	5,9	79,78
г.Алматы	22,34	22,34	10,9	9,28	17,22	11,7	16,72	15,72	15,02	12,62	16,24	16,98	187,08

Наименьшее количество финансовых выделено в Атырауской (46 292,7 тыс.тенге), Северо - Казахстанской (46 682,5 тыс.тенге) и Кызылординской (50 149,7 тыс.тенге), как и количество баллов: 61,5 баллов, 66,54 и 67,57 баллов. Аналогичная картина и в других регионах, подтверждающая зависимость динамики финансирования от динамики оценочных индикаторов.

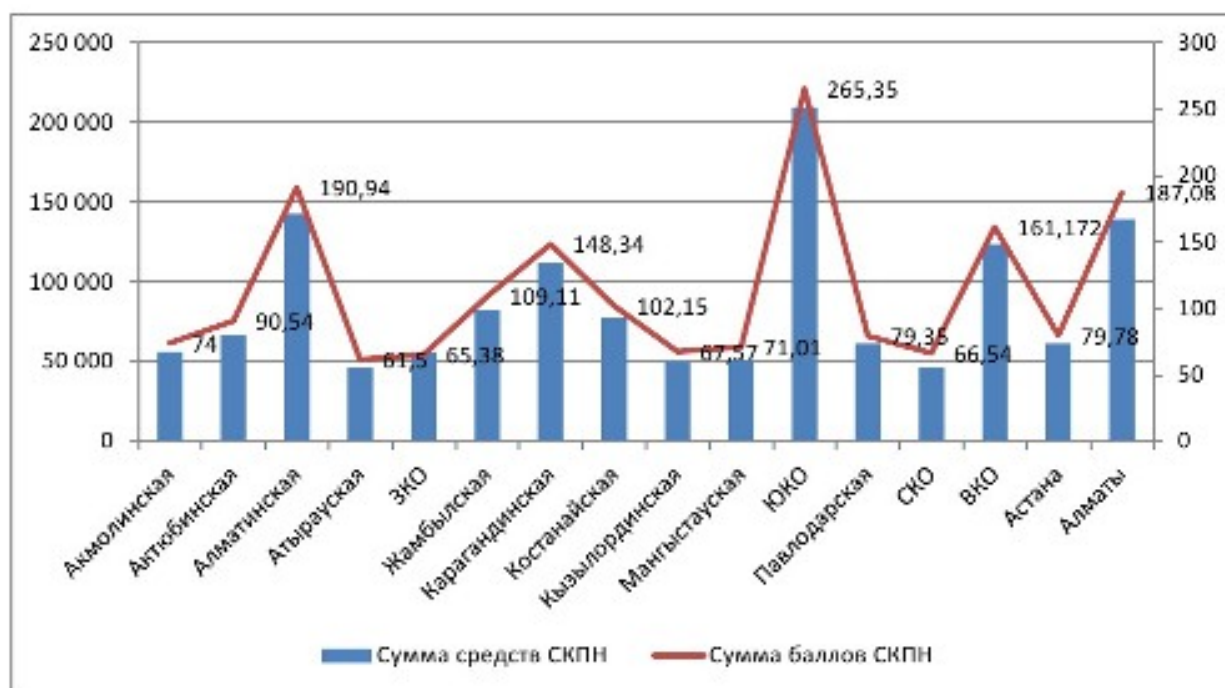


Рисунок 8 - Соотношение финансовых, средств выделенных на стимулирующий компонент индикатора «Несвоевременно диагностированные запущенные формы туберкулеза» и количества баллов по данному индикатору за период 2011-2012 годы в разрезе регионов.

За период с 1 квартала 2011 по 4 квартал 2013 года среднереспубликанский показатель выделяемых средств по итогам достижения результатов выполнения данного индикатора в квартал составил  $7210,1 \pm 341,2$  тыс.тенге (M+m, при 95% ДИ).

Средний показатель по Южно – Казахстанской (17 462,3±324,1 тыс.тенге), Алматинской областей (11 905,4±374,6 тыс.тенге) и г.Алматы (11 613,4±412,3 тыс.тенге) превышает республиканское значение в 1,5-2 раза и на их долю приходится 26,02% всех средств по данному индикатору.

В то время как показатель по Атырауской (3 857,7±273,1 тыс.тенге) и Северо – Казахстанской (3890,2±335,6 тыс.тенге) областей почти в 2 раза меньше среднего значения и составляет 3,14 % всех средств (по 1,12%).



Таблица 25 - Сумма выделенных средств по достижению результативности индикатора «Несвоевременно диагностированные запущенные формы туберкулеза», в 100 тыс.тенге

Регион	2011				2012				2013				Итого	М± m	% от общей суммы данного индикатора
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв			
Акмолинская	4485,8	4485,8	4606,8	5534,6	4736	3959	4567,8	4996,7	5100,7	4644,9	4369,7	4941,1	56428,9	4 702,4±123,4	4,07
Актюбинская	5792	5792	6188,2	6158,3	6597,5	4106,6	4821,7	4998,2	6053,1	5222,9	5461,1	5367,1	66558,7	5 546,5±156,3	4,80
Алматынская	11825,2	11825,2	13859,6	13138,3	10845,7	11092,9	11378,6	13242,5	10053,0	11937,1	12013,4	11653,2	142865	11905,4±374,6	10,32
Атырауская	4306,8	4306,8	3581,1	4161,7	3336,5	3523,7	3565	4415	3804,2	3675,9	3654,2	3961,8	46292,7	3 857,7±273,1	3,34
ЗКО	3725,2	3725,2	3987,2	3783,3	4878,3	4222,6	4398,1	4165,4	6131,5	5093,2	5942,3	6123,5	56195,8	4 682,9±189,6	4,06
Жамбылская	7584,9	7584,9	8472,8	6542,8	5559,4	6559,4	7256	6226	7905,8	5962,6	6923,2	6102,3	82680,1	6890,01±196,8	5,97
Карагандинская	10256,2	10256,2	9100,6	9740,5	10519,3	8042,9	7700,1	9727,8	9187,6	8765,7	9746,2	9154,2	112197	9 349,8±712,5	8,10
Костанайская	7448,3	7448,3	6578	7233,5	6610,7	5124,3	4688,3	6570,3	7022	5443,7	7112	5964,1	77243,5	6 436,9±313,6	5,57
К-Ординская	4294,3	4294,3	4311,8	4416,1	1021,3	4324,6	3560,2	5223,2	5040	4659,3	4653,4	4351,2	50149,7	4 179,1±263,7	3,62
Магистауская	5225,3	5225,3	5208,3	4414,1	3736,5	3902,4	4185,1	4305,9	3143,5	3599,1	4123,8	4432,5	51501,8	4 291,8±211,1	3,72
ЮКО	16136,4	16136,4	17676,8	14575	15917,1	18230,1	16062,9	17367,1	18908,1	18727,9	19672,7	20137,2	209248	17 462,3±324,1	15,13
Павлодарская	5587,4	5587,4	6383,1	4594	4617,9	4427,5	4280,3	5202,9	5841,4	4895,8	5002,2	5112,3	61532,2	5 127,7±168	4,44
СКО	4253,6	4253,6	5288,6	4941,9	3250,1	3299,9	1281,3	4179,6	4245,4	3677,1	4116,2	3895,2	46682,5	3890,2±335,6	3,37
ВКО	10537	10537	11358,3	10081,4	10503	8964,7	9985,5	10251,6	10644,7	9834,5	10845,2	10031	123574	10 269,8±223,4	8,92

Продолжение таблицы 25

г.Астана	5260,7	5260,7	4928,2	5935,3	4606,7	4718,6	3841,9	5821,6	4744,5	5314,1	5542,3	5563,2	61537,8	5128,15±223,6	4,44
г.Алматы	14709,3	14709,3	13019,5	11130,9	9388,2	9925,8	11846,2	10583,3	10907,6	10867,7	11241,3	11032,1	139361,2	11 613,4±412,3	10,06
РК	121428	121428	124549	116382	106124	104425	103419	117277	118733	112322	120439	117822	1384349	7 210,1±341,2	100

Наименьший показатель среднего значения доли финансирования, приходящей на данный индикатор, характерен для Атырауской ( $4,66 \pm 0,83\%$ ), Актыобинской ( $4,25 \pm 0,5\%$ ) и Акмолинской ( $4,46 \pm 0,83\%$ ) областей. В то же время, размер финансовых средств, выделяемых на стимулирование данного компонента в квартал также ниже среднее республиканского значения ( $7\,210,1 \pm 341,2$ ) и составляет  $3\,857,7 \pm 273,1$  тыс.тенге,  $5\,546,5 \pm 156,3$  тыс.тенге и  $4\,702,4 \pm 123,4$  тенге соответственно.

Наибольший показатель наблюдается в Южно – Казахстанской ( $7,13 \pm 0,58\%$ ) и города Алматы ( $6,7 \pm 0,41\%$ ) который превалирует республиканское значение и составляет  $17\,462,3 \pm 324,1$  тыс.тенге и  $11\,613,4 \pm 412,3$  тыс.тенге (таблица 26 и 27).

В свою очередь, несмотря на то, что в Мангыстауской области достаточно высокая доля финансирования ( $5,7 \pm 0,85\%$ ) от всех выделенных средств региона, данный показатель ниже республиканского значения и составляет всего  $3,72\%$  средств, а сумма равна  $4\,291,8 \pm 211,1$  тыс.тенге

Таблица 26 - Динамика показателя индикатора «Несвоевременно диагностированные запущенные формы туберкулеза» со стороны увеличения доли финансирования, в %

Регион	2011				2012				2013				M+m
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	
Акмолинская	4,73	4,73	3,12	3,45	3,27	3,2	5,08	3,99	6,92	4,98	5,16	4,99	4,46±0,83
Актыобинская	5,03	5,03	6,4	3,72	4,49	3,34	3,43	3,74	4,37	3,76	3,97	3,78	4,25±0,5
Алматинская	6,61	6,61	7,02	6,62	3,6	4,17	3,6	4,42	3,57	3,92	4,64	4,01	4,89±0,9
Атырауская	5,61	5,61	3,1	6,38	3,25	4,02	3,62	4,47	5,93	4,01	5,62	4,31	4,66±0,83
ЗКО	5,59	5,59	3,15	3,24	3,76	3,89	3,63	4,09	5,45	4,18	4,97	4,35	4,32±0,4
Жамбылская	4,88	4,88	6,34	5,18	4,33	3,79	5,55	3,28	4,11	3,15	4,19	3,46	4,42±0,8
Карагандинская	7,68	7,68	3,34	6,73	7,22	3,96	3,37	4,44	3,85	3,89	4,03	3,73	4,99±0,33
Костанайская	6,28	6,28	3,67	4,14	4,09	3,87	3,11	4,44	4,66	4,95	4,36	5,12	4,58±0,83
Кызылординская	5,06	5,06	3,3	6,07	3,31	5,72	4,87	4,47	4,17	3,86	4,25	3,89	4,5±0,25
Мангыстауская	6,66	6,66	4,88	8,09	3,79	4,83	7,53	4,68	3,32	6,33	5,98	6,67	5,7±0,85
ЮКО	8,18	8,18	7,78	7,59	6,39	7,08	6,5	6,37	6,23	7,01	6,87	7,45	7,13±0,58
Павлодарская	5,06	5,06	6,91	2,98	3,43	3,67	4,88	4,06	4,52	3,53	4,55	4,02	4,39±0,17

Продолжение таблицы 26

СКО	5,53	5,53	4,21	7,31	4,29	3,16	3,78	5,19	4,41	3,27	4,66	5,2	4,71±0,26
ВКО	5,4	5,4	6,78	3,49	6,24	3,8	3,9	4,16	4,37	3,88	4,71	5,17	4,77±0,5
г.Астана	4,93	4,93	5,84	7,19	3,73	6,28	3,11	4,87	3,60	5,82	3,48	4,4	4,77±0,5
г.Алматы	9,67	9,67	4,45	4,11	6,61	4,85	8,36	6,86	6,51	4,81	7,12	7,49	6,7±0,41
РК	6,05	6,05	5,01	5,39	4,48	4,35	4,64	4,59	4,75	4,46	4,96	4,82	4,96±0,7

Для данного индикатора, как и для ряда других, характерно неравномерное распределение доли финансовых средств в разрезе кварталов. Почти во всех регионах наблюдается снижение доли финансовых средств, выделенных на данный индикатор. Однако какой-либо закономерности, между суммарным значением СКПН и долей финансовых средств не наблюдается. Данное обстоятельство, прежде всего, связано с увеличением общей суммы финансирования и, как следствие, неоднозначным распределением средств между другими индикаторами в регионах.

Так, как видно на представленных выше таблицах, повышение размера стимулирующих средств при снижении доли финансирования данного индикатора наблюдается в Западно – Казахстанской (с 3752,2 до 6123,5 тыс.тенге) и Южно- Казахстанской областях (с 16136,4 до 20137,2 тыс.тенге). В то же время в Актобинской, Кызылординской, Павлодарской областях при равнозначных стимулирующих выплатах наблюдается снижение общей доли финансирования СКПН на данный регион в разной степени. И если в Актобинской и Павлодарской областях снижение % финансирования незначительное, то в Кызылординской областях составляет с 4294,3 до 4351,2тыс.тенге. В г. Алматы в свою очередь при равнозначной сумме изучаемых периодов с5260,7 до 5363,2 тыс.тенге, доля финансирования составляет с 4,93 до 4,4%. Другая картина характерна для Мангыстауской области – при снижении суммы стимулирующих средств с 5225,3 до 4432,1 тыс.тенге и равномерном изменении доли финансирования от 6,66 до 6,67%.

Анализ по данному индикатору в разрезе 16 рассматриваемых организациях показан в таблице 41 (по баллам и размеру финансирования).

В разрезе данных организаций, наибольшее среднее значение размера стимулирующих выплат в квартал наблюдается в МО6 (Жамбылской области) – 511,6±28,3 тыс.тенге и МО10 (Мангыстауской области) - 450±83,2 тыс.тенге, и превышает среднее значение по всем медицинским организациям почти в 2 раза(262,6±84 тыс.тенге). Тогда как для МО1 (Акмолинская область), МО7 (Карагандинская область), МО8 (Костанайская область) и МО2 (Актобинская область) в 3-4 раза меньше данного значения и составляют всего 96,6±17,4, 110,4±25,2, 127,8±27,9 и 122,2±11,6 тыс.тенге соответственно.

Анализ показателей на начало (1 квартал 2011 года) и конец (4 квартал 2013 года) изучаемого периода свидетельствует о повышении показателя результативности индикаторов, и как следствие увеличение размера стимулирующих выплат. Только в МО6 (Жамбылская область) наблюдается снижение почти в 3 раза - с 825,5 до 413,4 тыс.тенге (с 1,37 до 0,64 баллов), в МО15 (г. Астана) – с 435,0 до 381,6 тыс.тенге (с 0,72 до 0,5 баллов) и МО10 (Мангыстауская область) – с 625,8 до 353,4 тыс.тенге (с 1,08 до 0,5 баллов).

В четырех медицинских организациях в определенные кварталы результаты по индикаторам не были достигнуты и финансирование не проводилось: в МО1 (Акмолинская область) в 3 квартале 2012 года, в МО2 (Актюбинская область) во 2 квартале, МО8 (Костанайской области) этого же года и МО10 (Мангыстауская область). В МО 12 (Павлодарская область) финансирование по данному индикатору не наблюдалось в течение всего 2011 года.

Таблица 27 - Соотношение финансовых, средств выделенных на стимулирующий компонент индикатора «Несвоевременно диагностированные запущенные формы туберкулеза» и количества баллов по данному индикатору за период 2011-2012 годы в разрезе организаций, в 100 тыс.тенге

МО	2011 год								2012 год								2013 год				Среднее значение					
	1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал		1 квартал		2 квартал		3 квартал		4 квартал		1 квартал		2 квартал				1 квартал		2 квартал	
	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма	инд	сумма
МО 1	0,18	108,7	0,18	108,7	0,18	108,7	0,19	88,15	0,23	141,7	0,2	131,5	0	0	0,21	141,5	0,07	49,12	0,1	90,3	0,15	93,7	0,1	97,24	0,15	96,6±17,4
МО 2	0,11	67,1	0,11	67,1	0,11	67,1	0,47	231,9	0,36	235,1	0	0	0,16	101,5	0,34	227,9	0	0	0,2	178,3	0,34	192,8	0,2	184,77	0,21	127,8±27,9
МО 3	0,07	42,7	0,07	42,7	0,07	42,7	0,33	155,2	0,35	217,3	0,5	327,6	0,13	83,1	0,36	242,4	0,14	98,55	0,3	267	0,32	281	0,4	299,42	0,26	174,9±36,7
МО 4	0,44	263,3	0,44	263,3	0,44	263,3	0,54	256,3	0,67	418,8	0,49	317,6	0,51	316,2	0,51	339,4	0,68	458,4	0,3	268,85	0,51	308,4	0,4	272,7	0,5	312,2±16,7
МО 5	0,32	194,7	0,32	194,7	0,32	194,7	0,21	100,8	0,66	410,2	0,3	193,7	0,38	237,2	0,51	338,4	0,96	647,2	0,2	197,25	0,76	439,6	0,2	208,17	0,44	279,7±43,2
МО 6	1,37	825,5	1,37	825,5	1,37	825,5	0,37	176,8	0,33	208,5	0,83	543,4	0,9	555,7	0,42	279,5	0,77	521,6	0,3	395,51	0,72	568,4	0,6	413,44	0,8	511,6±28,3
МО 7	0,31	189,5	0,31	189,5	0,31	189,5	0,2	96,7	0,09	57,9	0,05	31,8	0,1	64,8	0,19	124,2	0,15	101,8	0,0	46,36	0,13	134,5	0,0	98,69	0,16	110,4±25,2
МО 8	0,18	110,9	0,18	110,9	0,18	110,9	0,46	218,3	0	0	0,25	161,3	0,19	116,5	0,29	194,7	0,12	80,4	0,1	112,24	0,3	113,6	0,1	136,76	0,2	122,2±11,6
МО 9	0,48	290,7	0,48	290,7	0,48	290,7	0,5	238,3	0,23	145,7	0,27	173,5	0,47	293,8	0,63	417,1	0,22	145,5	0,2	177,13	0,36	221,8	0,2	184,25	0,38	239,1±27,7
МО 10	1,08	625,8	1,08	625,8	1,08	625,8	1,16	547,6	0,74	462,9	0,63	408,4	0,66	410,6	0,69	456,8	0	0	0,4	348,75	0,71	507,3	0,5	353,4	0,73	450±83,2
МО 11	0,41	244,7	0,41	244,7	0,41	244,7	0,65	307,3	0,55	343,6	0,63	409,6	0,45	277,5	0,61	404,7	0,51	346,6	0,7	617,69	0,68	530,7	0,7	603,21	0,56	381,2±41,7
МО 12	0	0	0	0	0	0	0,27	127	0,3	185,8	0,28	181,7	0,3	185,9	0,3	201,1	0,43	290,6	0,3	2492	0,41	307,2	0,3	2583	0,24	165,2±25
МО 13	0,51	309,3	0,51	309,3	0,51	309,3	0,67	316,7	0,44	276,2	0,42	274,2	0,46	286,9	0,47	315,3	0,47	316,1	0,3	301,49	0,49	409,3	0,4	337,8	0,47	313,5±8,3
МО 14	0,19	116	0,19	116	0,19	116	0,28	134,7	0,3	185	0,27	178,7	0,29	182,8	0,28	186,3	0,31	209,5	0,0	43,86	0,12	146,7	0,0	56,98	0,21	139,3±36,7
МО 15	0,72	435	0,72	435	0,72	435	1,63	769,5	0,4	250,4	0,55	357,5	0,45	279,1	0,56	372,1	0,44	300,1	0,4	342,24	0,64	402,8	0,5	381,6	0,64	396,7±54,2
МО 16	0,7	423,5	0,7	423,5	0,7	423,5	0,73	346,4	0,63	393,3	0,63	410,5	0,26	160,1	0,61	429,4	0,7	467,5	0,3	275,25	0,82	484,4	0,4	336,2	0,6	381,1±257

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о зависимости показателей индикаторов и их финансирования. Увеличение объема стимулирующих средств, способствует улучшению деятельности специалистов участковых служб, повышая ответственность специалистов в достижении результатов, которые в значительной степени сказываются на медицинскую и экономическую эффективность от проводимости профилактической и скрининговой работы среди населения.

7. Индикатор «Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 3-4 стадии».

На долю данного индикатора приходится 11,15+0,32% всех выделенных финансовых средств и составляет 3 169 910 тыс.тенге. В разрезе регионов наибольшее количество финансовых средств за 3 года было выделено в Южно – Казахстанской(425 929 тыс.тенге), Алматинской (350 478,9 тыс.тенге) областей и г. Алматы (279 910 тыс.тенге) (таблица 28, рисунок 9).



Рисунок 9 - Соотношение финансовых, средств выделенных на стимулирующий компонент индикатора «Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 3-4 стадии» и количества баллов по данному индикатору за период 2011-2013 годы в разрезе регионов.

При этом и суммарное количество баллов достижения результатов индикаторов за изучаемый период по данным регионам выше: 553,03 баллов, 483,9 и 371,36 баллов соответственно. Наименьшее количество финансовых средств на стимулирование по данному индикатору было выделено в Западно – Казахстанской(120 739 тыс.тенге) и Северо - Казахстанской (109 270,9 тыс.тенге) областях. Аналогичная картина, соотношения размера

финансовых средств и количества баллов, и в других регионах, подтверждающая зависимость динамики финансирования от динамики оценочных индикаторов.

За период с 1 квартала 2011 по 4 квартал 2013 года среднереспубликанский показатель выделяемых средств по итогам достижения результатов выполнения данного индикатора в квартал составил 16 509,95±657,4 тыс.тенге (M±m, при 95% ДИ).

Средний показатель по Южно – Казахстанской и Алматинской областей превышает республиканское значение в 2 раза и составляет 35494±1234,8 тыс.тенге и 29 206,6±974,2 тыс.тенге, в то время как показатель Северо – Казахстанской (9 105,9±541,2) и Западно – Казахстанской (10 061,6±528) областей в 2 раза меньше.

Как видно на представленной выше таблице, в основном по всем регионам характерно снижение размера стимулирующих выплат, за исключением Западно – Казахстанской (11 636,8 тыс.тенге), Кызылординской (11 615,7 тыс.тенге) и Южно - Казахстанской областей (40 733,3 тыс.тенге). При этом как показано на таблице 29, общая доля финансирования на данный индикатор снижается.

Для остальных регионов характерно снижение и доли финансовых средств и суммы выделенных средств на стимулирование.



Таблица 28 - Сумма выделенных средств по достижению результативности индикатора «Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 3-4 стадии», в тыс.тенге

Регион	2011				2012				2013				Итого	М±m	% от общей суммы данного индикатора
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв			
Акмолинская	11794,5	11794,5	10665,2	12154,3	10575,6	12410,3	10329,7	13162,0	11961,7	8836,7	12461,2	9764,2	135 909,9	11325,8±276,5	4,29
Актюбинская	12632,9	12632,9	13984,5	12609,4	11952,9	10870,9	12713,5	13568,7	15655,1	10757,7	14866,7	11237,2	153 482,4	12790,2±311,5	4,84
Алматынская	29345,2	29345,2	34977	34980,1	25523,7	28558,1	34918,5	27801,7	28352,8	22351,1	25678,2	28647,3	350 478,9	29206,6±974,2	11,05
Атырауская	10616,5	10616,5	13121,5	11,689,3	11085,6	11192,4	10993,9	12613,2	12535,7	8514,5	11644,3	9015,6	121 949,7	10162,5±480	3,86
ЗКО	7315,8	7315,8	11259,1	9597,9	10138,9	9112,7	9091,6	9793,1	12820	9011	13646,3	11636,8	120 739	10061,6±528	3,8
Жамбылская	17258,7	17258,7	24192,5	25569,8	23761,6	18769,2	19834,9	22691,4	23584,8	17450,1	22462,4	17082,2	249 916,3	20826,4±364,5	7,88
Карагандинская	20794,5	20794,5	27539,8	22082,1	23965,9	19925,4	19133	17822,5	24361	17503,8	19542,1	18396	251 860,6	20988,4±769,5	7,95
Костанайская	13516	13516	16143,1	14990,5	12630,9	12066,2	12287,9	14614,6	16901,4	11583,8	13653,8	11860,7	163 764,9	13647,1±461,2	5,16
К-Ордынская	8908	8908	11257	12035,7	11228,1	9691,7	10421,7	9209,7	12926,4	10137	12017,3	11615,7	128 356,3	10696,4±501,2	4,05
Мангистауская	13231,7	13231,7	10750,6	10822,3	8646,2	9703	7538,3	9535,6	11317,8	7560,2	11026,3	8963,2	122 326,9	10193,9±544,3	3,87
ЮКО	31381,1	31381,1	37115,2	36005,8	37028,4	38368,1	34827,6	3604,2	50681,5	38150,2	46652,5	40733,3	425 929	35494,1±1234,8	13,44
Павлодарская	11783,4	11783,4	12707,2	12083,6	9,24,1	8784,9	9760,4	10385,3	12831,3	10927,7	11606,8	11001,3	123 655,3	10304,6±461,2	3,9
СКО	8070,9	8070,9	12169,5	9230,9	10406,2	8674	8749,9	10593,6	10058,8	7626,3	8153,2	7466,7	109 270,9	9105,9±541,2	3,44
ВКО	25283	25283	27058,4	24273,8	25952	25482,8	21394,6	21661,8	26688,3	20139,4	23674,2	21646	288 537,3	24044,7±780,1	9,1
г.Астана	12939	12939	16003,3	11193,5	9551,8	10964,1	12014,7	10069,1	14125,5	10563,1	12386,4	11072,6	143 822,1	11985,2±580,2	4,54

Продолжение таблицы 28

г. Алматы	26422,8	26422,8	26729,2	25037,7	23100,2	22300	19560,8	22129,9	25909,9	19941,2	23671,3	20684,2	279 910	23325,8±830,2	8,83
РК	261294	261294	305673,1	270667,4	255548	256873,8	253571	229256,4	310712	231053,8	283143	250823	3 169 910	16509,95±657,4	100

Таблица 29 - Динамика показателя индикатора «Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 3-4 стадии» со стороны увеличения доли финансирования, в %

Регион	2011				2012				2013				Мам
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	
Алматинская	12,43	12,43	7,22	7,58	7,31	10,03	11,49	10,52	16,22	9,47	11,86	10,02	10,54±0,8
Актюбинская	11,05	11,05	14,16	7,62	8,13	8,83	8,83	10,16	11,3	7,74	9,13	8,11	9,7±0,83
Атматинская	16,41	16,41	17,72	17,62	8,48	10,72	11,05	9,28	10,06	7,35	9,41	9,06	11,96±1,17
Атырауская	13,82	13,82	11,35	17,93	10,81	12,75	11,16	12,78	19,54	9,3	11,55	11,09	12,99±0,67
ЗКО	10,98	10,98	8,90	8,22	7,81	8,39	7,51	8,41	11,4	7,4	9,66	8,12	8,9±0,72
Жамбылская	11,10	11,10	18,10	20,25	18,52	10,84	15,16	11,94	12,25	9,23	10,48	9,56	13,21±0,62
Карагандинская	15,56	15,56	10,10	15,26	16,45	9,80	8,38	8,14	10,21	7,77	11,1	9,17	11,45±0,83
Костанайская	11,39	11,39	9,01	8,59	7,81	9,11	8,16	9,88	11,21	10,54	11,34	11,1	9,9±0,6
Кызылординская	10,50	10,50	8,62	16,54	9,23	12,81	14,25	7,89	10,7	8,39	8,96	9,12	10,6±0,25
Мангыстауская	16,87	16,87	10,08	19,84	8,78	12,02	13,57	10,36	11,94	13,3	14,2	12,3	13,34±0,47
ЮКО	15,90	15,90	16,34	15,56	14,87	14,83	14,09	13,23	16,71	14,29	15,88	14,77	15,19±0,87
Павлодарская	10,67	10,67	13,75	7,85	6,70	7,28	11,13	8,11	9,93	7,87	8,13	8,11	9,18±0,35
СКО	10,50	10,50	9,68	13,65	13,75	8,31	7,72	13,14	10,45	6,79	9,22	7,65	10,11±0,33
ВКО	12,95	12,95	16,14	8,41	15,41	10,81	8,36	8,79	10,94	7,95	8,55	8,13	10,78±0,25
г. Астана	12,14	12,14	18,96	13,56	7,74	14,60	9,72	8,43	10,73	11,56	12,2	11,87	11,97±0,95
г. Алматы	17,37	17,37	9,03	8,51	16,27	10,89	13,80	14,34	15,46	8,83	12,2	9,62	11,9±0,83
РК	13,10	13,10	12,46	12,93	11,13	10,75	10,89	10,33	12,44	9,23	10,86	9,86	12,8±0,75

Наименьший показатель среднего значения доли финансирования, приходящей на данный индикатор, характерен для Западно - Казахстанской (8,9±0,72%), Актюбинской (9,7±0,83%) и Павлодарской (9,18±0,35%) областей. В то же время, размер финансовых средств, выделяемых на стимулирование данного компонента в квартал также ниже средне республиканского значения (16 509,95±657,4) и составляет 10 61,6±527 тыс.тенге, 12 790,2±311,5 тыс.тенге и 10 304,6±541,2 тыс.тенге соответственно.

Наибольший показатель наблюдается в Южно - Казахстанской (15,19±0,87%), Мангыстауской (13,34±0,47%) и Жамбылской областей (13,21±0,62%) которые превалирует республиканское значение и составляет 35 494±1234,8 тыс.тенге, 10 193,9±544,3 тыс.тенге и 20 826,4±364,9 тыс.тенге.

Проведенный анализ позволяет свидетельствовать о зависимости показателей индикаторов и их финансирования. Увеличение объема стимулирующих средств способствует улучшению деятельности специалистов участковых служб, повышая ответственность специалистов в достижении результатов, которые в значительной степени сказываются на медицинскую и экономическую эффективность от проводимости профилактической и скрининговой работы среди населения.

Таким образом, проведенный выше анализ по данным 7 индикаторам свидетельствует о прямой связи между размером стимулирующих выплат и количеством баллов, определенных по итогам достижения результативности. Несмотря на то, что по ряду индикаторов не наблюдается закономерности в росте или снижении показателей суммы, выделенной на финансовые средства, и индикативных показателей. Увеличение финансирования и как следствие улучшение индикативных показателей свидетельствует об эффективности внедрение СКПН в процесс оказания медицинской помощи на ПМСП.

Мотивирование медицинских работников посредством выделения дополнительных финансовых средств за счет проведения эффективной работы, является достаточно эффективным инструментом на сегодняшний день. Профилактическая работа, скрининг и оказание медицинских услуг на уровне ПМСП способствуют значительному снижению пороговых значений данных индикаторов, таким образом, повышая как медицинскую, так и экономическую эффективность внедренных индикаторов СКПН.

### **3.2 Анализ экономической эффективности внедрения СКПН**

В рамках данного исследования был проведен количественный анализ индикаторов эффективности деятельности СКПН в разрезе регионов по итогам периода с 2011 по 2013 год. Данный анализ позволил оценить эффективность внедрения стимулирующего компонента подушевого нормирования в систему здравоохранения.

1.Индикатор «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией».

Исследуемыми параметрами (переменные) определены следующие: сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации в стационар беременных женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией (даже - ЖФВ с ЭГП) и количество случаев госпитализированный беременных ЖФВ с ЭГП.

Данный индикатор рассчитывается как соотношение количества случаев госпитализированных беременных ЖФВ с ЭГП к количеству случаев госпитализированных беременных среди прикрепленного населения. Пороговым значением определено снижение показателя на 5% по сравнению с предыдущим периодом.

Экономическая эффективность данного показателя учитывалось в динамике оценочных индикаторов квартально в период с 2011 по 2013 год. Расчет проводился следующим образом: сумма средств, затраченная на

госпитализацию беременных ЖФВ с ЭГП (по перечню заболеваний МКБ – 10, приложение 3) по отношению к общей сумме средств затраченных госпитализацию беременных женщин по различным причинам.

Анализ данного индикатора по количеству госпитализации беременных ЖФВ с ЭГП представлен в таблице 30.

Таблица 30 - Анализ индикатора «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией»

Период	Кол-во случаев	Всего госпитализированных беременных	% беременных ЖФВ с ЭГП от всего госпитализированных беременных
I квартал 2011	51 857	128 309	40,42
II квартал 2011	51 857	128 309	40,42
III квартал 2011	55 879	148 915	37,52
IV квартал 2011	41 193	110 475	37,29
<i>Итого 2011</i>	<b>200 726</b>		
I квартал 2012	51 483	149 415	34,46
II квартал 2012	55 033	150 182	36,64
III квартал 2012	57 142	152 371	37,50
IV квартал 2012	44 325	122 346	36,23
<i>Итого 2012</i>	<b>207 983</b>		
I квартал 2013	27 662	94 268	29,34
II квартал 2013	27 554	93 951	29,32
III квартал 2013	27 341	93 128	29,35
IV квартал 2013	26 823	92 741	28,92
<i>Итого 2013</i>	<b>109 380</b>		
Среднее значение	44 600	122 034	34,78

Как показано в таблице 30 удельный вес случаев госпитализации беременных ЖФВ с ЭГП за изучаемый период снизился. Если в течение 2011 года наблюдается снижение показателя в конце изучаемого периода по сравнению с началом года на 3,13%, то в период с I по IV квартал 2012 года данный показатель увеличился на 1,8%, тогда как за четыре квартала 2013 года показатель остался на одном уровне. За изучаемый период с I квартала 2011 года по 4 квартал 2013 года наблюдается снижение % беременных ЖФВ с ЭГП от всего количества госпитализированных беременных на 11,5% (с 40,42 по 28,92%). Аналогичная картина и в количественном показателе случаев госпитализированных беременных ЖФВ с ЭГП. Так, например, снизилось количество случаев на 48,2% и количество госпитализированных больных на 27,7% за изучаемый период.

Для расчета экономической эффективности стоимость лечения в стационаре по анализируемым нозологиям МКБ-10 (утвержденный нормативными актами министерством здравоохранения РК) был рассчитан средний показатель пребывания в стационаре на лечении с данной нозологией, который на конец 2012 года составил 179 748 тенге. При этом

средний показатель стоимости лечения в стационаре беременных женщин по разным причинам составил 97 623 тенге. Таким образом, пребывание в стационаре беременных ЖФВ с ЭГП на 81 125 тенге превалирует средний показатель пребывания в стационаре беременных женщин.

Так, на лечение в стационаре беременных ЖФВ с ЭГП в I и II кварталах 2011 года было затрачено (Iit) по 9 321 192 036 тенге, что составляет 55,5% всей затраченной суммы на лечение. В III квартале 2011 года данный показатель (Iit) составляет 10 044 138 492 тенге и в IV квартале 2011 года 7 404 329 364 тенге (53% и 52,2% соответственно). В трех кварталах 2012 года аналогичная картина: I квартал – 17 603 081 136 тенге (64,8%), II квартал – 9 892 071 684 тенге (52%) и III квартал – 10 319 692 176 тенге (53%). Тогда как, в IV квартале 2012 года при общем количестве снижения как всего госпитализированных беременных женщин, так и с данной патологией, было затрачено 66,7% всей суммы лечения госпитализированных женщин. В 2013 году затрачено 54% от всей суммы и составила в среднем 4 915 29 060 тенге ежеквартально (итого 19 660 836 240 тенге). Следовательно, более 50% всех затраченных средств на госпитализацию беременных приходится на случаи с экстрагенитальной патологией.

Ожидается, что снижение ежеквартально показателя индикатора на 5% порогового значения (что от среднего числа случаев составляет 2 320 случаев) позволит сэкономить 417 001 879 тенге.

Таким образом, эффективная профилактическая и скрининговая работа участковых служб ПМСП - взятие на диспансерный учет женщин при сроке беременности до 12 недель, соблюдение принципа регионализации – позволит снизить количество случаев госпитализации беременных ЖФВ с ЭГП и следовательно сократить количество затрат на их пребывание в стационаре.

2.Индикатор «Запущенные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации».

Исследуемыми параметрами (переменные) определены следующие: сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации в стационар со злокачественными новообразования 3-4 стадией и количество впервые выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии.

Данный индикатор рассчитывается как соотношение впервые выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии среди прикрепленного населения к количеству всех впервые выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации среди прикрепленного населения. Пороговым значение определено снижение показателя на 5% по сравнению с предыдущим периодом.

Спад показателя данного индикатора свидетельствует об эффективности раннего выявления (1-2 стадия) случаев злокачественного

новообразования визуальной локализации способствующего снижению госпитализации данных случаев на более поздней стадии (3-4). Таким образом, можно свидетельствовать, что каждый случай выявленный на 3-4 стадии - это не выявленный больной на 1-2 стадии, своевременно не охваченный диспансерным наблюдением. Следовательно, медико – экономическую эффективность данного индикатора заключается в снижении количества выявленных пациентов на 3-4 стадии путем их выявления на 1-2 стадии и проведении эффективных лечебных и профилактических мероприятий.

Экономической эффективности данного индикатора рассчитана как разница суммы средств затраченных на лечение ЗНЛВ в 3-4 стадии в стационаре и средств на лечение 1-2 стадии по отношению к количеству впервые выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии.

Анализ данного индикатора по количеству случаев выявленных впервые ЗНЛВ показан в таблице 31.

Таблица 31 – Динамика выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации (по индикаторам СКПН)

Период	Впервые выявленные случаи ЗНЛВ среди населения	Количество всех впервые выявленных случаев ЗНЛВ среди населения	%
I квартал 2011	500	2216	22,56
II квартал 2011	500	2216	22,56
III квартал 2011	204	1113	22,7
IV квартал 2011	300	1456	20,6
<b>Итого 2011</b>	<b>1504</b>	<b>7001</b>	
I квартал 2012	232	1013	22,9
II квартал 2012	353	1813	19,47
III квартал 2012	350	1849	18,9
IV квартал 2012	388	2070	18,74
<b>Итого 2012</b>	<b>1323</b>	<b>6745</b>	
I квартал 2013	447	6846	6,52
II квартал 2013	446	6820	6,53
III квартал 2013	401	6423	6,24
IV квартал 2013	399	7012	5,7
<b>Итого 2013</b>	<b>1693</b>	<b>27101</b>	
Средний показатель	376,6	3403,9	16,1

Средняя стоимость лечения в стационаре по анализируемым нозологиям МКБ-10 (Международной квалификации топографии и морфологии опухолей) на ранних стадиях выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации на конец 2012 года составила 98 601 тенге. Расчет средней суммы проводился по клинико –

затратным группам злокачественных новообразований (приказ и.о.министра здравоохранения РК №11 от 8.01.2013 года) согласно перечню определенных заболеваний, учитываемых СКПН. На поздних стадиях выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации стоимость лечения в стационаре составляет 163 274 тенге. Таким образом, каждый больной с ЗНВЛ 3-4 стадии в среднем получает лечение на 64 673 тенге дороже ранней стадии лечения.

Так, на лечение в стационаре случаев запущенной стадии ЗНЛВ в I и II кварталах 2011 года было затрачено (Iit) по 81 637 000 тенге, что составляет 32,5% всей затраченной суммы на лечение. В III квартале 2011 года данный показатель (Iit) составляет 33 307 896 тенге и в IV квартале 2011 года 48 982 200 тенге (27% и 30% соответственно). В четырех кварталах 2012 года аналогичная картина: I квартал – 37 879 568 тенге (32,9%), II квартал – 57 635 722 тенге (28,59%), III квартал – 57 145 900 тенге (30,5%) и IV квартал – 63 350 312 тенге (31,03%). В свою очередь, в I и II кварталах 2013 года сумма затраченных средств составляет 72 983 478 и 72 820 204 тенге соответственно, а в III и IV кварталах 2013 года – 65 472 874 и 65 146 326 тенге., и составляет около 11% всех затраченных средств на данную клинику – затратную группу ежеквартально. Таким образом, от 21-33% всех затраченных средств приходится на лечение злокачественного новообразования визуальной локализации в стационаре.

В среднем в месяц на злокачественные новообразования визуальной локализации расходуется 186 972672 тенге. Выявление аналогичного количества случаев злокачественного новообразования визуальной локализации на ранних стадиях (3 720) позволит сэкономить около 240 583 560 тенге за изучаемый период, в квартал сумма составляет 24 058 356 тенге. Таким образом, удельный вес экономии средств в квартал составляет 10-12% от общей суммы и за три года - около 9-11%.

Так, даже при установленном ежеквартальном пороговом значении показателя – снижение значения на 5% (среднее значение случаев 18,6) - экономия средств в среднем составляет 3 036 896 тенге.

Немаловажным при расчете экономической эффективности является % впервые зарегистрированных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации подлежащих стационарному лечению. Средний показатель госпитализации больных онкологией составляет около 83%. Таким образом, если учитывать данный критерий экономическая эффективность возрастает на 15-16% и составляет около 9 110 689 тенге в квартал.

С учетом финансовых средств, выделенных на стимулирование результатов деятельности по данному индикатору, экономическая эффективность в квартал составляет около 1 822 138 тенге (на СКПН по данному индикатору затрачивается около 2-3% от всей суммы затраченных средств на лечение).



Следовательно, раннее выявление случаев злокачественного новообразования визуальной локализации свидетельствует об их экономической эффективности для здравоохранения. Эффективная работа специалистов участковых служб ПМСП по раннему выявлению в связи с ежегодным высоким показателем онкологических заболеваний в стране определена актуальной на сегодняшний день. Проведение мероприятий по своевременному охвату диспансерным наблюдением больных с злокачественными заболеваниями и своевременным направлением на оздоровление больных с предопухолевыми заболеваниями, а эффективные лечебные мероприятия позволят снизить количество случаев злокачественного новообразования визуальной локализации. Таким образом, снижение показателя по данному индикатору и стимулирование специалистов ПМСП позволит в значительной степени не только повысить медицинскую эффективность, но и сэкономить финансовые средства, выделяемые на лечение указанной нозологии в системе здравоохранения.

### 3. Индикатор «Запущенные случаи туберкулеза легких».

Исследуемыми параметрами (переменные) определены следующие: сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации в стационар с запущенными случаями туберкулеза легких и количество несвоевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных туберкулезом легких среди прикрепленного населения.

Осложненными случаями туберкулеза считаются впервые выявленные больные туберкулезом со следующими клиническими формами:

- 1) подострый и хронический диссеминированный туберкулез (берется из заключительного клинического диагноза карты ТБ01 – коды 07,08,09,10);
- 2) казеозная пневмония (берется из заключительного клинического диагноза карты ТБ01 – коды 15, 16);
- 3) фиброзно-кавернозный туберкулез (берется из заключительного клинического диагноза карты ТБ01 – коды 21, 22);
- 4) деструктивные изменения в легких или бактериовыделение.

Данный индикатор рассчитывается как соотношение количества несвоевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных туберкулезом легких среди прикрепленного населения к количеству впервые выявленных случаев туберкулеза легких среди прикрепленного населения. Пороговым значением определено снижение показателя на 5% по сравнению с предыдущим периодом.

Анализ эффективности реализации индикатора показан в таблице 32.

Таблица 32 – Анализ эффективности индикатора «Запущенные случаи туберкулеза легких» за период 2011-2013 годы в РК.

Период	Кол-во несвоевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных среди прикрепленного населения	Кол-во впервые выявленных случаев туберкулеза легких среди прикрепленного населения	%
I квартал 2011	1046	3066	34,1
II квартал 2011	1046	3066	34,1
III квартал 2011	772	2183	35,4
IV квартал 2011	741	2199	33,7
<b>Итого 2011</b>	<b>3605</b>	<b>10514</b>	
I квартал 2012	804	2227	36,1
II квартал 2012	868	2464	35,2
III квартал 2012	743	2125	34,9
IV квартал 2012	601	1977	30,4
<b>Итого 2012</b>	<b>3016</b>	<b>8793</b>	
I квартал 2013	876	2387	36,7
II квартал 2013	872	2372	36,7
III квартал 2013	866	2166	39,9
IV квартал 2013	845	2274	37,16
<b>Итого 2013</b>	<b>3459</b>	<b>9199</b>	
Средний показатель	840	2375,5	35,36

Как видно на представленной таблице 32 в III и IV кварталах 2011 года наблюдается снижение количества несвоевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных среди прикрепленного населения на 2-3% и постепенное увеличение показателя в I и II кварталах 2012 года на 3-4%.

Все выявленные случаи туберкулеза легких среди прикрепленного населения подлежат лечению в стационаре. Следовательно, для расчета экономической эффективности нами были определены следующие показатели: средняя сумма за лечение всех форм туберкулеза в стационаре по определенным нозологиям в методологии СКПН (МКБ – 10) (Приложение 3) и средняя сумма за лечение всех запущенных форм туберкулеза легких. Так, средний показатель за лечение в стационаре составляет 78 497,8 тенге, тогда как лечение запущенных форм – 167 543 тенге.

Анализ показал, что за I и II квартал 2011 года сумма затраченных средств на лечение в стационаре (lit) по данным нозологиям составляет в среднем 481 348 510 тенге, при этом на запущенные формы туберкулеза легких затрачено 72,8% всех средств – 350 499 956 тенге. Аналогичная картина и в III и IV кварталах 2011 года – 129 343 196 тенге (53,9%) и 124 149 363 тенге (52%) соответственно. За 2012 год картина такова: I квартал – 134 704 572 тенге (54,7%), II квартал – 145 427 324 тенге (53,7%), III квартал – 124 484 449 тенге (53,4%) и IV квартал – 100 693 343 тенге (64,9%). Для I и II квартал 2013 года сумма затраченных средств на лечение составили

146 767 668 и 146 97 496 тенге соответственно, что составляет около 65% всех финансовых средств. Аналогичная ситуация характерна и для III и IV кварталов 2013 года, финансовые расходы на которые составляет – 145 092 238 и 141 573835 тенге соответственно.

Согласно установленному порогу данного индикатора (снижение на 5%) ежеквартально достижение которого позволит сэкономить 4 206 502 тенге (25 случая от среднего показателя количества несвоевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных среди прикрепленного населения), в год данный показатель составит около 17 млн.тенге (с учетом постепенного снижения данного индикатора на 5% в квартал).

Таким образом, реализация всех лечебных и профилактических мероприятий на уровне ПМСП - полный охват населения профилактической флюорографией среди обязательного контингента, выявляемость больных туберкулезом среди обследованных лиц методом флюорографии, проведение оздоровленных мероприятий из числа выявленных при целевых профилактических медицинских осмотров, выполнение диагностического алгоритма у лиц с подозрением на туберкулез, госпитализация бацилловыделителей – позволит в значительной степени сэкономить финансовые средства для системы здравоохранения.

4. Индикатор «Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару».

Исследуемыми параметрами (переменные) определены следующие: сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации в круглосуточный стационар и количество случаев госпитализации в круглосуточный стационар, дневной стационар и стационар на дому.

Таблица 33 – Показатели госпитализации в круглосуточный стационар (2011-2013 год).

№	Период	Показатель госпитализации				
		в круглосуточный стационар		в дневной стационар и стационар на дому		
		кол-во случаев	динамика показателя с предыдущим периодом		кол-во случаев	% от общей госпитализации
кол-во случаев	%					
2011	III квартал 2011 год	608 361				
	IV квартал 2011 год	594 885	-13 476		242 246	39
2012	I квартал 2012 года	568 315	-26570	- 4	224 019	41
	II квартал 2012 года	581 348	+13 033	+ 2,3	239 488	41
	III квартал 2012 года	569 234	- 12 114	-2,1	218 136	38

Продолжение таблицы 33

№	Период	Показатель госпитализации				
		в круглосуточный стационар			в дневной стационар и стационар на дому	
		кол-во случаев	динамика показателя с предыдущим периодом		кол-во случаев	% от общей госпитализации
			кол-во случаев	%		
2012	IV квартал 2012 год	702 228	+132 994	+18,94	226 238	32,2
	I квартал 2013 года	539 395	-162 833	-23,18	125 670	23,3
2013	II квартал 2013 года	535 428	-3 967	-0,74	125 169	23,4
	III квартал 2013 года	522 137	-3 291	-0,63	129 657	24,8
	IV квартал 2013 год	515 657	-6 480	-1,26	134 623	26,1
	Средний показатель	577 951			180 153	

Данный показатель в перечень оценочных индикаторов СКПН внесен с 2011 года и направлен на снижение количества случаев госпитализации в круглосуточный стационар, в т.ч. дневной стационар и стационар на дому. Высокий показатель данного индикатора свидетельствует о качественной работе специалистов ПМСП, способствующей улучшению оказываемой медицинской помощи населению, и как следствие улучшению их здоровья.

Анализ данного индикатора по количеству случаев госпитализации в круглосуточный стационар свидетельствует об общей динамике снижения в изучаемый период, как показано в таблице 33. Так, за изучаемый период количество случаев снизилось на 15,2% (92 704), при этом наблюдается в IV квартале 2012 года рост показателя по сравнению с предыдущим и последующим кварталом на 19%.

На основании показателей динамики снижения количества случаев госпитализации в круглосуточный стационар и средней стоимости леченного случая в круглосуточном стационаре нами была рассчитана экономическая эффективность для системы здравоохранения от указанного индикатора.

Согласно данным Министерства здравоохранения (выступление Министра здравоохранения РК) средняя стоимость пролеченного случая в круглосуточном стационаре на конец года составляет 87 082 тенге.

Расчет проводился по отношению к предыдущему кварталу. Проведенные расчеты свидетельствуют о наличии экономии средств во всех кварталах, за исключением II квартала 2012 года.

Так, экономия средств по индикатору в IV квартале 2011 года составила 1 173 517 032 тенге (рисунок 10). За I квартал данный показатель почти в 2 раза выше и составляет 2 213 768 740 тенге. Во II квартале 2012 года в связи с наблюдением роста количества случаев госпитализации по сравнению с предыдущим (I квартал 2012 года) экономии финансовых средств не наблюдается. Тем не менее, относительно IV квартала 2011 года данный показатель позволил сэкономить 1 178 829 034 тенге. За счет снижения госпитализации в круглосуточный стационар в III квартале 2012 года экономия составила около 1 021 091 808 тенге. В IV квартале 2012 года наблюдается увеличение количества госпитализированных, что как следствие не привело к экономии финансовых средств. В свою очередь в I квартале 2013 года по сравнению с предыдущим кварталом 2012 года экономия финансовых средств по данному показателю составила 14 179 832 206 тенге и во втором квартале 345 454 249 тенге. В III и IV квартале 2013 года экономия составила 286 586 862 и 564 291 360 тенге соответственно

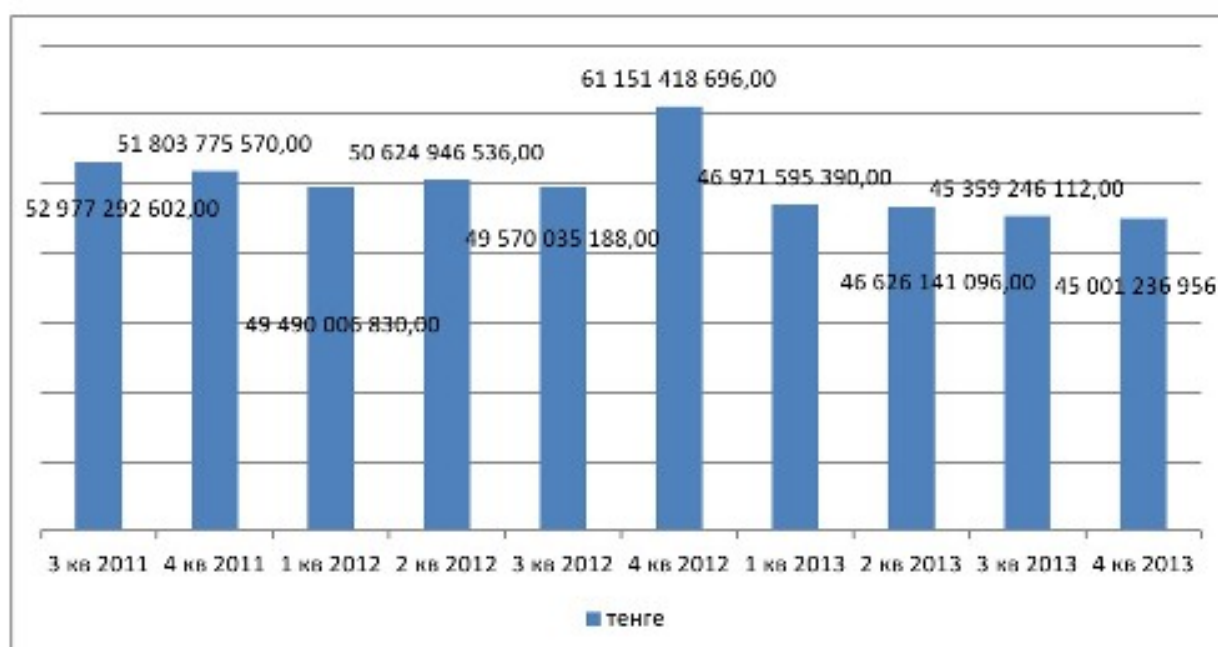


Рисунок 10–Средства, затраченные на госпитализацию в круглосуточный стационар, тыс.

Среднее значение экономии средств в квартал составляет 2 090 055 082 тенге. С вычетом средств, выделенных на стимулирование работников можно предположить, что чистая экономия в среднем в квартал составляет 1 096 678 463 тенге, при вычете среднего показателя выделенной суммы СКПН в регионы по снижению измеряемому показателю (227 414 378,03 тенге).

Согласно установленному порогу достижения данного индикатора ежеквартально(5%) позволит сэкономить 2 557 595 074 тенге (при среднем значении 29 370 случаев госпитализации).

Таким образом, внедрение системы СКПН в медицинские организации, способствующей проведению активной работы снижению количества случаев госпитализации в круглосуточный стационар. Несмотря на тот факт, что показатель дневного стационара и стационара на дому пропорционально зависит от роста общего количества случаев госпитализации, и уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару также возрастает, влияние СКПН однозначно на снижение данного показателя.

5. Индикатор «Уровень госпитализации с осложнениями сердечно – сосудистой системы».

Для проведения данного анализ нами учитывались заболевания с кодами по артериальной гипертензии и стенокардии, контролируемые на уровне организаций ПМСП (таблица 48).

Исследуемыми параметрами (переменные) определены следующие: количества заболеваний с кодами по артериальной гипертензии и стенокардии, контролируемые на уровне организаций ПМСП (Приложение 3) и сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации с заболеваниями сердечно – сосудистой системы.

Анализ госпитализации с осложнениями сердечно – сосудистой системы за изучаемый период представлен в таблице 34.

Таблица 34 – Показатели госпитализации с осложнениями сердечно – сосудистой системы (за период: IV квартал 2011 по IV квартал 2013 год).

Период	Показатель госпитализации с осложнениями сердечно – сосудистой системы				
	в круглосуточный стационар			в дневной стационар и стационар на дому	
	кол-во случаев	динамика показателя с предыдущим периодом		кол-во случаев	%
кол-во случаев		%			
III квартал 2011 год	43 088				
IV квартал 2011 год	39 187	-3 901	- 10		
I квартал 2012 года	53 615	+14 428	+27	30 732	57
II квартал 2012 года	53 799	+184	+0,3	32 190	59
III квартал 2012 года	45 477	-8 322	-18	29 524	62
IV квартал 2012 года	72 521	+27 044	+60	45 155	62
I квартал 2013 года	57 459	-15 062	-41,3	36 439	63
II квартал 2013 года	57 260	-199	-0,5	32 329	56
III квартал 2013 года	56 984	- 276	-0,48	32 699	57
IV квартал 2013 года	56 574	-410	-0,72	32 874	58
Среднее значение	53 596			23 993	

Средняя стоимость в круглосуточном стационаре по анализируемым нозологиям МКБ -10 на конец 2012 года составила 137 038 тенге.

Так, например в IV квартале 2011 года показатель госпитализации с осложнениями сердечно – сосудистой системы, снизился на 3 901 случай, что составило в экономии 534 852 238 тенге. В то время как увеличение в I квартале 2012 года количества случаев на 27% способствовало привлечению значительных затрат на госпитализацию – около 1 977 184 264 тенге. В III квартале 2012 года количества случаев снизилось на 18% по сравнению с II кварталом, и составило экономию 1 140 430 236 тенге. В IV квартале 2012 года количества случаев увеличилось на 60% , и как следствие экономии средств не наблюдалось. В четырех кварталах 2013 года наблюдается снижение показателя количества случаев госпитализации в круглосуточном стационаре, по сравнению с IV кварталом 2012 года.

Несмотря на снижение показателя госпитализации в течение 2012 года по сравнению с 2011 годом, наблюдается увеличение количества случаев на 8-12%. Однако во втором квартале увеличился показатель госпитализации в дневной стационар и стационар на дому на 1223 случаев, и 905 случаев переместились в дневной стационар и стационар на дому (по сравнению с I кварталом 2012 года). В данном случае на лечение в дневном стационаре и стационаре на дому составили 9 760 166,33 тенге.

Таким образом, при снижении данного показателя в квартал даже в среднем на 2-4% (800-1500 случаев) позволит в год сэкономить от 109 630 400 до 205 557 000 тенге. Экономическая эффективность от выделения средств на СКПН, способствующих достижению высоких результатов по данному индикатору, превалирует в несколько раз.

6. Индикатор «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП».

Исследуемыми параметрами (переменные) определены следующие: число умерших по возрастным категориям согласно индикаторам СКПН; ожидаемая продолжительность в году; сумма средств, представляющая собой экономический ущерб для системы здравоохранения.

Данный индикатор рассчитывается как соотношение количества случаев материнской смерти среди прикрепленных жителей от предотвратимых причин, подтвержденных экспертизой за отчетный период к количеству прикрепленных женщин фертильного возраста.

Анализ материнской смертности, предотвратимой на уровне участковых служб представлен в таблице 35.

Таблица 35 – Показатели материнской смертности за изучаемый период

Период	Кол-во случаев	Кол-во прикрепленных женщин фертильного возраста
I квартал 2011 год	6	4 325 062
II квартал 2011 год	6	4 325 062
III квартал 2011 год	11	5 590 702
IV квартал 2011 год	14	7 741 185
Всего за 2011 год	37	
I квартал 2012 года	11	4 376 330
II квартал 2012 года	8	4 462 409
III квартал 2012 года	10	4 445 489
IV квартал 2012 года	5	8 711 895
Всего за 2012 год	34	
I квартал 2013 года	14	9 026 122
II квартал 2013 года	14	8 997 092
III квартал 2013 года	11	7 602 031
IV квартал 2013 года	7	8 687 112
Всего за 2013 год	46	

Ожидаемая продолжительность жизни у женщин в 2011 году составляла 73,81 лет, в 2012 году – 74,33 лет и 2013 году – 75,06 (согласно данным статистического сборника «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения» за 2013 год).

Стоимость 1 года среднестатистической жизни в году - за этот показатель чаще всего берут величину среднегодовой заработной платы, либо подушевой ВВП, рассчитанный исходя из численности населения, занятого в экономике в финансовом году, и он составляет в 2011 году 88 564 тенге, в 2012 году - 90 028,0 тенге и в 2013 году – 99 152 тенге.

За возрастную величину был взят средний показатель возрастного интервала – 37,4 лет. Данный подход оправдан, так как учитывается среднестатистический показатель.

Так, в 2011 году экономический ущерб от материнской смертности составил 119 310 764 тенге.

$$\text{Ппвт (2011)} = 37 * 88\,564 * (73,81 - 37,4) = 119\,310\,764 \text{ тенге}$$

В 2012 году за 4 квартала экономический ущерб от материнской смертности составил 113 040 957 тенге.

$$\text{Ппвт (2012)} = 34 * 90\,028,0 * (74,33 - 37,4) = 113\,040\,957 \text{ тенге}$$

В 2013 году экономический ущерб от материнской смертности составил 171 766 959 тенге.

$$\text{Ппвт (2013)} = 46 * 99\,152 * (75,06 - 37,4) = 171\,766\,959 \text{ тенге}$$

Таким образом, за изучаемый период экономический ущерб по данному индикатору составил 404 118 680 тенге.

Следовательно, при достижении порогового значения СКПН, который равен 0, затраты снизятся на сумму около 100 000 тыс.тенге.



Проведение оздоровительных мероприятий и профилактической работы участковой службы – взятие на диспансерный учет женщины при сроке беременности до 12 недель, охват контрацепцией женщин с экстрагенитальной патологией, госпитализация женщин с нарушением принципа регионализации, 100% охват перинатальным и неонатальным скринингом и т.д. – позволит сократить количество материнской смерти и значительно сократить экономический ущерб.

7. Индикатор «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП от ОКИ и ОРИ»

Исследуемыми параметрами (переменные) определены следующие: число умерших по возрастным категориям, ожидаемая продолжительность в году; сумма средств, представляющая собой экономический ущерб для системы здравоохранения.

Данный индикатор рассчитывается как соотношение количества случаев детской смертности от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП (ОКИ, ОРИ) к количеству детей в возрасте от 7 дней до 5 лет.

Анализ детской смертности от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП от ОКИ и ОРИ, предотвратимой на уровне участковых служб представлен в таблице 36.

Таблица 36 – Показатель детской смертности от 5 дней до 7 лет, предотвратимая на уровне ПМСП от ОКИ и ОРИ.

Период	Кол-во случаев						Кол-во детей в возрасте от 7 дней до 5 лет
	Всего	1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет	
I квартал 2011 год	92	28	21	19	13	11	1 504 956
II квартал 2011 год	92	19	13	22	18	20	1 504 956
III квартал 2011 год	28	11	8	4	2	3	1 879 779
IV квартал 2011 год	108	36	39	23	7	3	2 834 039
Всего за 2011 год	320	94	81	68	40	37	
I квартал 2012 года	62	19	26	11	3	3	1 547 321
II квартал 2012 года	60	22	16	17	5	0	1 628 887
III квартал 2012 года	65	17	5	14	15	14	1 622 164
IV квартал 2012 год	81	26	8	22	14	11	3 158 623
Всего за 2012 год	268	84	55	64	37	28	
I квартал 2013 год	68	17	24	12	9	6	3 271 840
II квартал 2013 год	68	26	20	13	5	4	3 245 893
III квартал 2013 год	62	15	19	17	6	5	
IV квартал 2013 год	66	21	23	11	4	7	
Всего за 2012 год	264	79	86	53	24	22	

Ожидаемая продолжительность жизни обоих полов в 2011 году составляла 68,98 лет, в 2012 году – 69,61 лет и в 2013 году 70,45 - лет

(согласно статистическому сборнику «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения» за 2013 год).

Стоимость 1 года среднестатистической жизни в году составляет в 2011 году 88 564 тенге, в 2012 году - 90 028,0 тенге и в 2013 году – 99 152 тенге.

Так, в 2011 году экономический ущерб в результате смертности за изучаемый период составляет 1 883 632 290,4 тенге.

для периода с 7 дней до 1 года:  $Ппвт = 94 * 88\,564 * (68,98 - 1) = 565\,934\,587,6$  тенге

для 2-х лет:  $Ппвт = 81 * 88\,564 * (68,98 - 2) = 480\,493\,354,3$  тенге

для 3-х лет:  $Ппвт = 68 * 88\,564 * (68,98 - 3) = 397\,354\,785$  тенге

для 4-х лет:  $Ппвт = 40 * 88\,564 * (68,98 - 4) = 230\,195\,548,8$  тенге

для 5-ти лет:  $Ппвт = 37 * 88\,564 * (68,98 - 5) = 209\,654\,14,6$  тенге

Рассчитан суммарный показатель рассчитанного экономического ущерба по каждому году жизни (от 7 дней до 5 лет):

$Mt = 565\,934\,587,6 + 480\,493\,354,3 + 397\,354\,785 + 230\,195\,548,8 + 209\,654\,14,6 = 1\,883\,632\,290,4$  тенге

Так, в 2012 году экономический ущерб в результате смертности за изучаемый период составляет 1 618 836 681,4 тенге.

для периода с 7 дней до 1 года:  $Ппвт = 84 * 90\,028,0 * (69,61 - 1) = 518\,852\,970,7$  тенге

для 2-х лет:  $Ппвт = 55 * 90\,028,0 * (69,61 - 2) = 334\,773\,619,4$  тенге

для 3-х лет:  $Ппвт = 64 * 90\,028,0 * (69,61 - 3) = 383\,792\,965,1$  тенге

для 4-х лет:  $Ппвт = 37 * 90\,028,0 * (69,61 - 4) = 218\,549\,272$  тенге

для 5-ти лет:  $Ппвт = 28 * 90\,028,0 * (69,61 - 5) = 162\,867\,854,2$  тенге.

$Mt = 518\,852\,970,7 + 334\,773\,619,4 + 383\,792\,965,1 + 218\,549\,272 + 162\,867\,854,2 = 1\,618\,836\,681,4$  тенге.

Так, в 2013 году за 4 квартала экономический ущерб в результате смертности за изучаемый период составляет 1 802 796 536,8 тенге.

для периода с 7 дней до 1 года:  $Ппвт = 79 * 99\,152 * (70,45 - 1) = 544\,002\,405,6$  тенге

для 2-х лет:  $Ппвт = 86 * 99\,152 * (70,45 - 2) = 583\,678\,078,4$  тенге

для 3-х лет:  $Ппвт = 53 * 99\,152 * (70,45 - 3) = 354\,453\,527,2$  тенге

для 4-х лет:  $Ппвт = 27 * 99\,152 * (70,45 - 4) = 177\,893\,560,8$  тенге

для 5-ти лет:  $Ппвт = 22 * 99\,152 * (70,45 - 5) = 142\,768\,964,8$  тенге.

$Mt = 544\,002\,405,6 + 583\,678\,078,4 + 354\,453\,527,2 + 177\,893\,560,8 + 142\,768\,964,8 = 1\,802\,796\,536,8$  тенге.

Таким образом, экономический ущерб в результате смертности за период 2011 - 2013 года составляет 5 305 265 508,6 тенге.

Повышение показателя преживаемости со специализированными медицинскими организациями со своевременной передачей экстренных извещений на впервые выявленные инфекционные заболевания, рациональное лекарственное обеспечение позволит снизить экономический ущерб по данному индикатору.

На основании проведенных расчетов экономической эффективности по 5 индикаторам, можно сделать вывод, что в среднем в квартал введение стимулирующей компонента подушевого нормирования позволяет сэкономить 5 124 761 845 тенге при усреднённом значении всех индикаторов и устранить экономический ущерб 541 239 842 тенге. Даже при выплате СКПН в регионах, что в среднем составляет 3-4% от всей суммы экономии, показатель экономической эффективности реализации индикаторов очень высок и при его ежеквартальном достижении порогового значения позволит в достаточной мере снизить расходы на здравоохранение стационара посредством увеличения эффективности деятельности ПМСП, определив значимость повышения профессионального уровня специалистов ПМСП, а также интегрированную работу с врачами профильной службы. В конечном счете, результаты деятельности, оцененные по индикаторам СКПН, являются оценкой качества деятельности всей медицинской организации.

Таким образом, проведенный объем исследования позволяет свидетельствовать об эффективности внедрения системы СКПН – сокращение расходов на затраты лечения путем снижения показателей целевых индикаторов (промежуточных целевых индикаторов). Результативная работа участковых служб ПМСП позволит в значительной степени сократить расходы на лечение в стационаре и как следствие отразиться на всей системе финансирования здравоохранения.

#### 4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СТИМУЛИРУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА ПОДУШЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

##### 4.1 Исследование информированности медицинских работников и руководителей по вопросам внедрения СКПН

Одним из важных показателей эффективной организации качественного лечебного процесса определена моральная и материальная заинтересованность медицинских работников в результативности деятельности. Внедрение с 2011 года стимулирующего компонента подушевого нормирования, подразумевающего выделение дополнительных средств на оплату труда и повышение квалификации работников ПМСП, в которой величина выплачиваемой суммы зависит от качественных результатов работы, позволяет совершенствовать систему менеджмента качества, эффективность организационной структуры, создает условия для мотивации сотрудников на повышение качества оказываемых услуг.

В рамках данного исследования с целью изучения мнения медицинских работников на внедрение новых финансовых методов оплаты труда (внедрение СКПН в организации ПМСП) нами было проведено анкетирование врачебного и среднего медицинского персонала. А также изучен уровень информированности сотрудников местных органов управления здравоохранения и руководителей государственных организаций здравоохранения, ответственных за процесс внедрения СКПН. Каждая организация в анализе кодировалась определенным номером (таблица 37).

Таблица 37 – Перечень медицинских организаций

Код	Область	Наименование организации
МО1	Акмолинская	ГККП «Семейная врачебная амбулатория №1 "Тлестес" г. Кокшетау
МО2	Актюбинская	ГКП «Уилская центральная районная больница»
МО3	Алматинская	ГКП «Городская больница г.Текел»
МО4	Атырауская	КГКП «Курмангазинская центральная районная больница»
МО5	ЗКО	Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Городская поликлиника №5»
МО6	Жамбылская	КГКП «Центральная районная больница Байзакского района»
МО7	Карагандинская	Товарищество с ограниченной ответственностью «Лекерова»
МО8	Костанайская	ГККП «Амангельдинская ЦРБ»
МО9	К-Ординская	ГКП на праве хозяйственного ведения "Городская поликлиника №4"
МО10	Мангыстауская	ГККП "Жанаозенская городская детская поликлиника"
МО11	ЮКО	ГККП СВА "Кайтпас" г. Шымкент
МО12	Павлодарская	филиал АО " Железнодорожные госпитали медицины катастроф" - "Павлодарская железнодорожная больница"
МО13	СКО	КГКП "Городская поликлиника №2"
МО14	ВКО	КГКП "Медицинское объединение Абайского района"
МО15	г. Астана	ГККП "Городская поликлиника №3" г
МО16	г. Алматы	ГККП "Городская поликлиника №2"

В исследовании приняли участие 16 организаций ПМСП. По каждой организации собирался паспорт и показатели достижения индикаторов с финансовым размером выплат за период внедрения СКПН. Ниже в таблице 38 представлен паспорт данных организаций.

Таблица 38 – Паспорт исследуемых организаций.

	Паселение	Коэф. населения	Кол-во участков	Коэф. участков	Медицинские работники		
					всего	врачи	СМР
МО1	11284	0,09	7	1,17	23	4	19
МО2	18203	0,15	10	1,17	18	4	19
МО3	28762	0,23	14	1,11	42	17	25
МО4	53910	0,41	29	1,15	23	13	13
МО5	11965	0,07	20	1,4	40	18	22
МО6	79250	0,14	43	1,11	36	15	21
МО7	11451	0,22	6	1,17	3	3	0
МО8	15293	0,36	8	1,17	13	7	6
МО9	33383	0,38	20	1,02	53	19	34
МО10	32040	0,22	33	0,9	27	13	14
МО11	53209	0,27	20	1,4	28	10	18
МО12	15183	0,1	7	1,11	22	15	7
МО13	58204	0,26	24	1,1	51	26	25
МО14	14877	0,21	12	1,13	28	16	12
МО15	53669	0,17	21	1,16	42	19	23
МО16	59280	0,11	26	1,17	51	26	25

Наиболее многочисленными по числу респондентов оказались МО9 (Кызылординская), МО13 (СКО) и МО16 (г. Алматы), при этом соотношение в данных организациях врачебного и среднего медсестринского персонала составляло 1:2 в МО9, и 1:1 в МО13 и МО16.

В таблице 39 показано распределение респондентов – руководителей МО по регионам (областям).

Таблица 39– Распределение респондентов по регионам (областям)

№	Регион (область)	Кол-во опрошенных руководителей организаций ПМСП		Кол-во организаций СКПН	Удельный вес опрошенных руководителей организаций к общему кол-ву организаций СКПН регионов
		абс.	%		
1	2	3	4	5	6
1	Акмолинская	13	3,5	24	54,1
2	Актюбинская	14	3,8	24	58,3
3	Алматинская	35	9,5	48	72,9
4	Атырауская	18	4,9	20	90
5	Западно – Казахстанская	21	5,7	23	91,3
6	Жамбылская	20	5,4	20	100

Продолжение таблицы 39

7	Карагандинская	23	6,2	46	50
8	Костанайская	24	6,5	30	80
9	Кызылординская	13	3,5	17	76,5
10	Мангыстауская	12	3,3	12	100
11	ЮКО	47	12,7	47	100
12	Павлодарская	21	5,7	23	92,3
13	Северо- Казахстанская	13	3,5	18	72,2
14	Восточно – Казахстанская	67	18,2	67	100
15	г. Астана	7	1,9	12	58,3
16	г. Алматы	21	5,7	33	63,6
	Всего	369	100	464	100

В исследовании участвовало 369 руководителей организаций ПМСП. Всего было опрошено 1067 респондентов из 14 областей и 2 городов республиканского значения (г. Астана и г. Алматы), которые получают стимулирующий компонент подушевого финансирования: участковые терапевты, ВОП, участковые педиатры, средний медицинский персонал и социальные работники организаций.

Наибольшее число организации ПМСП наблюдается в ВКО (67), Алматинской (48), ЮКО (47), Карагандинской (46), г. Алматы (33) и Костанайской (30) областях. Анкетирование было добровольное, в связи с чем, наибольший отклик (100%) на наше исследование отмечалось среди руководителей в ВКО, Жамбылской, ЮКО и Мангыстауской областях. В городах Алматы и Астана – только две трети руководителей ПМСМ приняли участие в анкетировании.

Результаты выборки в региональном разрезе представлены в таблице 40.

Таблица 40 –Выборка социологического исследования среди медицинских работников

Регион	Количество медицинского персонала в 2011г.		% распределения		Количество анкет		Всего
	врачи	СМР	врачи	СМР	врачи	СМР	
Республика Казахстан	52 301	129 419	28,8	71,2	307	760	1067
Акмолинская область	1896	6301	23,1	76,9	11	37	48
Актюбинская область	2882	5473	34,5	65,5	17	32	49
Алматинская область	3584	10857	24,8	75,2	21	64	85
Атырауская область	1355	3887	25,8	74,2	8	23	31
Восточно - Казахстанская область	4434	10723	29,2	70,8	26	63	89
Жамбылская область	2486	8909	21,8	78,2	15	52	67
Западно - Казахстанская область	1638	5794	22	78,2	10	34	44
Карагандинская область	4757	10116	31,9	77,9	28	59	87

Продолжение таблицы 40

Костанайская область	1974	6569	23,1	68	12	39	51
Кызылординская область	1993	7266	24,5	76,9	12	43	55
Мангыстауская область	1299	3961	24,7	78,5	7	23	30
Павлодарская область	2466	6067	28,9	75,3	14	36	50
Северо - Казахстанская область	1466	5318	21,6	71,1	9	31	40
Южно - Казахстанская область	7489	20339	26,9	73	44	119	163
г.Алматы	7725	11272	40,6	59,3	45	66	111
г. Астана	4857	6567	42,5	57,5	28	39	67

Анализ собранного материала, свидетельствует о превалировании среди медицинского персонала, получающего СКПН, лиц со средним медицинским образованием, по сравнению с врачами (2,5:1). Данное соотношение отмечается как в целом по республике, так и в большинстве областей, исключение составляют г. Алматы и г. Астана, где соотношение получающих СКПН среди врачей и СМР отмечено менее значительным превалированием СМР (в 1,5 раза).

Руководители медицинских организаций ПМСП в общей управленческой структуре внедрения СКПН определены ответственными за внедрение инновационных технологий в организации, за принятие управленческих решений по созданию и совершенствованию системы непрерывного повышения качества деятельности, а также за эффективное управление в использовании средств фонда стимулирования. И как следствие, уровень информированности первых руководителей в вопросах внедрения СКПН определено приоритетным на сегодняшний день, и лежит в основе эффективного построения качественной медицинской помощи ПМСП, и в частности участковых служб.

Нами был проведен социологический опрос руководителей организаций здравоохранения ПМСП 14 областей, г.Астана и г.Алматы. Данный опрос проводился посредством заполнения руководителями МО опросника в электронном формате. Разработанный опросник (Приложение А) содержал 8 вопросов, отражающих основные моменты процесса внедрения системы СКПН в подведомственных организациях.

В анкетировании приняло участие 369 руководителей медицинских организаций РК, что составило 79,5% от общего количества организаций, внедривших СКПН

Большинство опрошенных руководителей (93%) организации ПМСП указали на осведомленность в методологии определения размера СКПН, тогда как оставшиеся 7% респондентов не обладают такой информацией. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что, не смотря на внедрение системы СКПН в данных организациях, существует проблема низкой осведомленности руководства в вопросах методологии построения данной

системы финансирования в организации, что может повлиять на эффективность внедрения СКПН в дальнейшем.

Согласно установленному алгоритму СКПН распределение стимулирующей надбавки происходит на территориальном уровне с соблюдением комиссионного принципа и единой методологии расчета в 2 этапа – до уровня организаций ПМСП и до каждого работника организации.

Определение размеров СКПН внутри организации осуществляется комиссией под председательством первого руководителя. Тем не менее, проведенный опрос показал, что только 89% руководителей организации ПМСП участвуют в распределении СКПН для каждого сотрудника, в то время как 11% респондентов не имеют такой возможности. Среди опрошенных лиц, отметивших об отсутствии возможности участия в распределении СКПН больше половины выделили контролирующую функцию в работе данной комиссии, указав на номинальное участие в ее работе (76% от числа респондентов отметивших о неучастии в распределении СКПН) ( $p < 0,001$ ).

На рисунке 11 показано, что около 20% респондентов отмечают контролирующую функцию в работе данной комиссии, но вышли из ее состава, и 5% респондентов отмечают заочное участие в работе комиссии, путем передачи права председательствования ответственному лицу.

Рациональным, по рекомендациям Министерства здравоохранения РК, является председательствование первого руководителя в комиссии по распределению СКПН, что в значительной степени позволит эффективно распределять средства между всеми участниками данного процесса, а также обеспечить прозрачность процесса и повысить ответственность каждого члена комиссии при расчете и распределении СКПН.

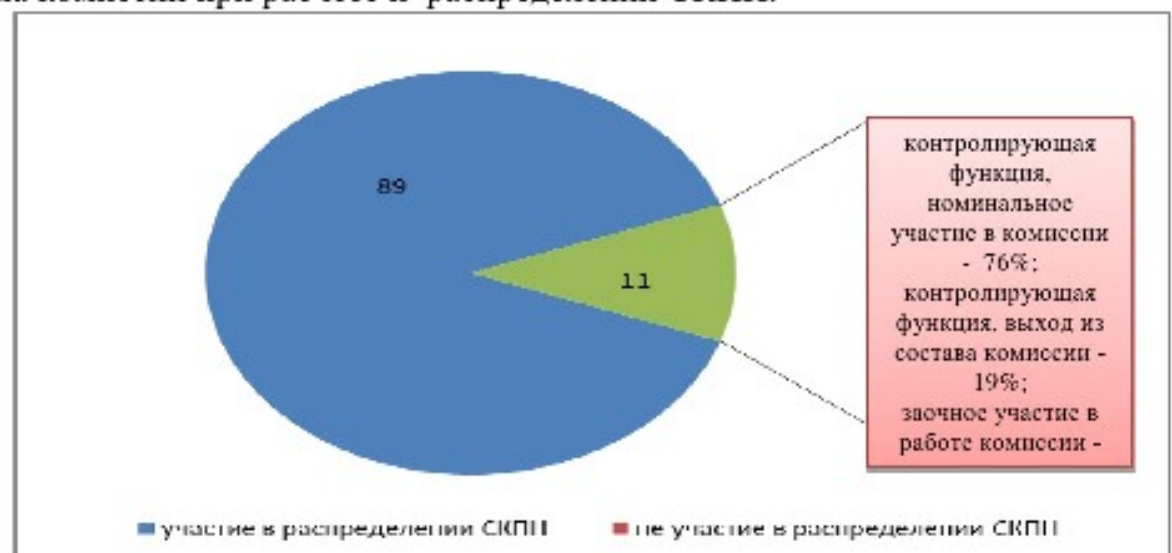


Рисунок 11 –Участие руководителей в распределении СКПН среди сотрудников организации.



Более 87% респондентов указали, что при распределении СКПН учитывают результаты деятельности участников по индикаторам процесса. Около 13% опрошенных указали на не принятие во внимание значения индикаторов при расчете СКПН. Данное утверждение может свидетельствовать либо о равномерной оплате труда медицинского персонала, либо о дифференцированной, основанной на каких – либо других показателях, не учитывающих нормативно закрепленные индикативные показатели деятельности. Одновременное изучение ситуации по внедрению СКПН в организации позволяет судить о том, что зачастую в качестве показателей оценки деятельности МО определены показатели качества каждого учреждения, которые более детально отражают деятельность участковых служб и характеризующие специфические аспекты системы здравоохранения региона.

О возможности влияния на размер СКПН внутри организации ПМСП указало всего 69% опрошенных руководителей организаций. По их мнению, основными путями, влияющими на размер СКПН являются, прежде всего, улучшение качества медицинских услуг посредством проведения ряда мероприятий, направленных на достижение высоких показателей деятельности. В таблице 40 отражены указанные пути влияния на размер СКПН.

Таблица 40 – Показатели, влияющие на увеличение размера СКПН по мнению руководителей организаций

№	Мероприятия	показатели	
		абс.	%
1	Улучшение показателей деятельности по индикаторам	295	80
2	Проведение внутреннего аудита в организации	125	34
3	Повышение качества медицинского обслуживания прикрепленного населения	173	47
4	Увеличение объема работы организации	162	44
5	Контроль Реестра прикрепленного населения	66	18
6	Обеспечение правильной организации труда в организации	81	22

Из числа руководителей МО, указавших на возможность влияния на размер СКПН, более 80% респондентов определили одним из основных механизмов, способствующих к его увеличению - улучшение показателей деятельности по индикаторам, и 34% на необходимость проведения внутреннего аудита на постоянной основе. Немаловажное значение респондентами придается необходимости повышения качества медицинского обслуживания прикрепленного населения и увеличение объема работы, а также проведение контроля Реестра прикрепленного населения. Около 22% руководителей определяют обеспечение правильной организации труда в поликлинике одним из актуальных механизмов, способствующих в

построении эффективной системы СКПН и достижению высоких показателей деятельности.

Таким образом, большинством респондентов основополагающими инструментальными механизмами увеличения показателей стимулирующего компонента, определены повышение значимости индикаторов, направленных на улучшение качества оказываемых услуг, способствующих увеличению продолжительности жизни пациентов, усилению профилактики и развитию социально-психологических услуг, снижению госпитализации больных с обострениями хронических заболеваний.

Немаловажное значение при эффективном внедрении СКПН в медицинские организации имеет мониторинг и анализ показателей деятельности, с учетом определения результативности организации при достижении определенных показателей. Анкетирование руководителей организации ПМСП показало, что 78% респондентов проводят сравнительный анализ итогов деятельности и сумм СКПН за квартал с другими организациями ПМСП данного региона. Данный анализ показателей способствует определению наиболее проблемных участков деятельности организаций, и содействует в определении дальнейших путей их решения. Другая часть руководителей, которые не проводят указанный анализ, считают данный мониторинг не эффективным и малоинформативным.

Основополагающей целью внедрения СКПН определено улучшение качества предоставляемой медицинской помощи. Проведенный анализ показал, что большинство руководителей организации ПМСП (90%) отмечают влияние СКПН на качество и объем выполняемой их сотрудниками работы. Менее 10% руководителей не связывают данный факт с ведением СКПН, ссылаясь на характерный постоянный рост качества оказываемой медицинской помощи населению в последние годы (рисунок 12).

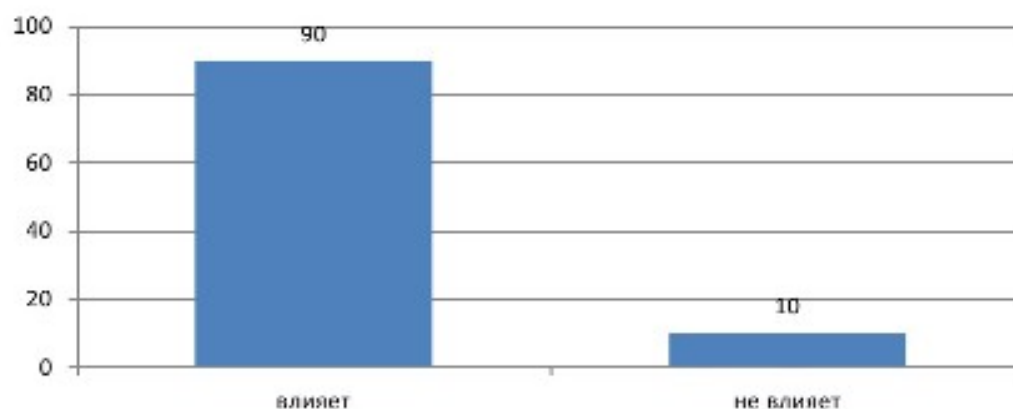


Рисунок 12 – Влияние СКПН на качество предоставляемой медицинской помощи, %

Около 81% респондентов утверждают, что внедрение СКПН стимулирует работу участковых служб, так как служит мотивирующим фактором для работников ПМСП, а также позволяет увеличить показатель

удовлетворенности пациента в качестве оказанных услуг (39%). Тем не менее, отмечается проблема дефицита кадров в сельских организациях ПМСП большинства регионов (17%), что не позволяет в полной мере ощутить видимые результаты СКПН, влияющие на качество работы.

Своевременность и полнота распределения СКПН до уровня территориальных участков организаций ПМСП определены важным фактором процесса эффективного построения системы СКПН и отмечены таковыми всеми респондентами. Зачастую свод и анализ полученной информации осуществляется через 1,5 – 2 мес. после отчетного квартала, что приводит к задержке финансирования медицинских организаций.

С целью улучшения внедрения СКПН в организациях ПМСП было изучено мнение руководителей о необходимости проведения ряда мероприятий направленных на улучшение СКПН. Предложенные мероприятия были сгруппированы на три группы (рисунок 13): совершенствование нормативно – правовой базы, распределение стимулирующих средств между другими специалистами, приобретение медицинского оборудования.

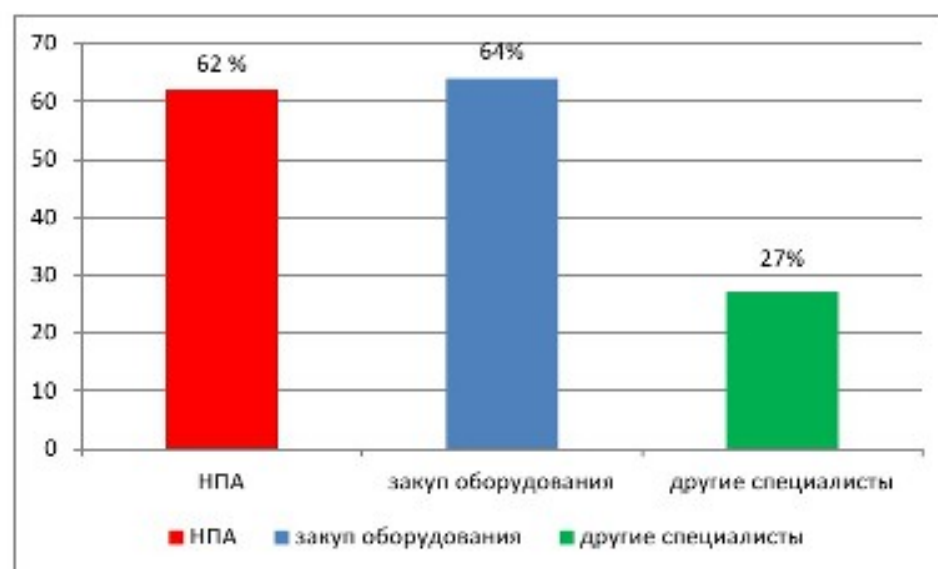


Рисунок 13 – Основные группы мероприятий, необходимые для улучшения системы СКПН

Так, 62% респондентов указали на необходимость совершенствования нормативно – правовой базы, отражающей вопросы СКПН, а именно пересмотреть приказы по СКПН в части расширения перечня индикаторов, упрощения формы отчетности по заполнению СКПН. Более 64% респондентов отметили о необходимости использовать определенный процент от полученной суммы СКПН для приобретения недорогого инструментария, изделий медицинского назначения на развитие ПМСП.

Около 27% руководителей показали на необходимость учета вклада всех специалистов при СКПН, т.е. расширить распределение СКПН клинико

- диагностическим отделениям и узким специалистам, а также вспомогательных служб (лаборатория, акушер-гинекологи, дневной стационар). Выделение данного механизма в качестве мероприятия по улучшению СКПН искажает его значение, так как при достаточно высокой квалификации профильного специалиста, в условиях ПХВ у каждого есть возможность получить существенную доплату, также как и вспомогательным структурам – за счет иной деятельности.

Таким образом, проведенный анализ исследования среди руководителей медицинских организаций свидетельствует о достаточной эффективности новой системы финансирования (СКПН), позволяющей посредством создания мотивирующего механизма для медицинских сотрудников участковых служб совершенствовать процесс качественного и безопасного оказания медицинской помощи.

#### **4.2 Анализ данных опроса специалистов региональных Управлений здравоохранения по их осведомленности в вопросах СКПН**

Вторым этапом изучения осведомленности управленческого сектора в вопросах внедрения СКПН является опрос руководителей региональных Управлений здравоохранения (областные и городские). Анкетирование проводилось посредством заполнения руководителями опросника в электронном формате, аналогично опросу руководителей МО. Разработанный опросник (Приложение В) содержал 7 вопросов, отражающих основные моменты процесса внедрения системы СКПН в подведомственные организации региона.

В анкетировании приняли участие представители областных (11 чел) и городских (10 чел) Управлений здравоохранения (руководители, заместители руководителей).

Все респонденты, принявшие участие в проведенном опросе, указали на полную осведомленность в методологии установления размера СКПН для своего региона и для каждой организации ПМСП региона в частности. Около 90% респондентов отметили возможность влияния на размер СКПН, при этом только половина опрошенных отметили пути к его увеличению или уменьшению. На рисунке 14 показаны основные механизмы, влияющие на размер СКПН по мнению руководителей Управлений здравоохранения. Удельный вес по данным показателям рассчитывался по отношению к ответам респондентов утвердительно указавших на факторы, определяющие размер СКПН.

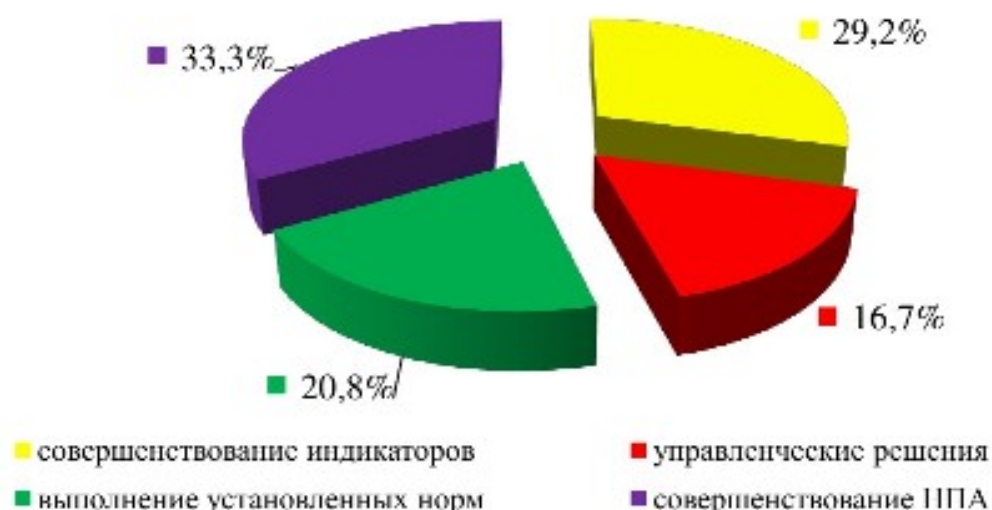


Рисунок 14 – Механизмы СКПН, влияющие на совершенствование показателей, %

Как и руководители МО, представители УЗ выделили одним из приоритетных мероприятий, влияющих на размер СКПН совершенствование нормативно – правовых актов в вопросах СКПН (33,3%), в части расширения утвержденного перечня индикаторов, которые позволяют более полно оценить качество оказываемых услуг, не ограничиваясь только 10 утвержденными индикаторами. По мнению респондентов, существует необходимость в более полном расширении перечня индикаторов, обеспечивающих оценку результатов деятельности организации.

Немаловажное значение придается и совершенствованию индикаторов деятельности (29,2%) медицинскими организациями, на основании которых проводится мониторинг качества и безопасности медицинской помощи, и которые позволяют принимать оперативные решения (экономические, организационные, административные) по улучшению своей деятельности. Всеобъемлющий перечень индикаторов деятельности позволит рационально выстроить процесс распределения стимулирующих средств среди всех сотрудников, в соответствии с результативностью их деятельности.

Более 16% опрошенных указали возможность увеличения размера СКПН через принятие правильных управленческих (организационных, экономических, административных) решений по результатам анализа деятельности медицинских организаций, как например, за счет предотвращения случаев материнской и детской смертности; посредством влияния на факторы, снижающих эффективность работы ПМСП в достижении целевых индикаторов СКПН; через осуществление постоянного надлежащего контроля за деятельностью МО по улучшения качества медицинской помощи.

Важным механизмом, влияющим на СКПН, определено выполнение каждой организацией установленных нормативов по индикаторам СКПН (20%), которые зачастую в разрезе организаций устанавливаются местными исполнительными органами системы здравоохранения. Ориентация на

установленные показатели, с последующим их достижением, позволяет выстроить качественный и безопасный процесс оказания медицинской помощи в разрезе каждого отделения медицинской организации и определить пути дальнейшего совершенствования медицинских услуг.

Ответы большинства респондентов по способам воздействия носили декларативный характер, без обозначения конкретных мер, как «проведение мониторинга индикаторов, оценка качества предоставляемых услуг». В то время как именно представители Управлений здравоохранения должны определять факторы, препятствующие достижению поставленных целевых индикаторов и механизмы влияния на них.

Методологически для администраторов бюджетных программ (областных департаментов здравоохранения) одной из первостепенных ролей при внедрении СКПН отведены мониторингу и оценке индикаторов процесса организации, посредством портала «СКПН», предназначенного для сбора данных, обработки, расчетов стимулирующей надбавки подушевого норматива. Весь контингент опрошенных положительно отметили проведение на постоянной основе отслеживания полноты и качества размещения на портале СКПН данных по индикаторам процесса организациями ПМСП.

Другим функциональным направлением деятельности УЗ определено своевременность представления финансовых средств СКПН в подведомственные медицинские организации. Несмотря на данное утверждение, медицинские организации указывающих на несвоевременность представления финансовых средств со стороны УЗ, приводящих к задержке на 1,5-2 мес., данный факт представители УЗ опровергают, свидетельствуя о своевременности представления данных. Данное обстоятельство связано с тем, что медицинские организации не своевременно заполняют портал «СКПН» и, следовательно, задерживается общий свод по регионам со стороны УЗ.

Распределение стимулирующих финансовых средств среди лечебно – профилактических учреждений осуществляется на медицинских или лечебно-профилактических советах, коллегиях управления. Зачастую (в 95% случаев) Управления здравоохранения осуществляют распределение средств ежеквартально по каждому индикатору оценки конечного результата при участии представителей медицинских организаций.

Только 52% опрошенных респондентов обозначили документы, с помощью которых оформляется передача средств СКПН от Управления здравоохранения в организации ПМСП, 48% респондентов затруднились ответить. Так, основные документы, с помощью которых оформляется передача средств СКПН, различаются по регионам.

Например, в Актобинской области передача осуществляется по программе 253.010.011 «Оказание амбулаторно-поликлинической помощи населению за исключением медицинской помощи оказанных из средств Республиканского бюджета за счет трансферта»; согласно договору,

протоколу и акту выполненных работ в Западно – Казахстанской, Южно – Казахстанской, Павлодарской, Карагандинской областях и г. Астана, Алматы или на основании дополнительного соглашения к договору по ГОБМП в Северо – Казахстанской и Мангыстауской областях.

В других областях данный процесс менее декларативен, как например в Алматинской области - протокол заседания Экспертного совета по вопросам стандартизации и оценки медицинских технологий, шаблон СКПН или в Жамбылской области через поручение бухгалтерии. Таким образом, как свидетельствует анализ, оформление передачи средств СКПН от Управления здравоохранения в организации ПМСП не имеет единой нормативно определенной установленной документальной формы, что в какой-то степени не позволяет закрепить четкости процессуальности эффективности внедрения СКПН.

Большое значение в данном исследовании уделяется изучению мнения руководителей Управлений здравоохранения в рациональности внедрения СКПН в процесс оказания медицинской помощи. Более 95,2% респондентов определяют данный процесс эффективным для системы здравоохранения, выделив наиболее важные результативные показатели, которые отражены в таблице 41.

Таблица 41 – Результативные показатели эффективности внедрения СКПН в регионы.

№	Показатели	абс.	%
1	Улучшение качества работы, в частности участковой службы	18	90
1.1.	Повышение уровня госпитализации в дневной стационар и стационара на дому по отношению к круглосуточному стационару	4	22,2
1.2	Снижение количества госпитализированных больных с хроническими заболеваниями	8	44,4
1.3	Уменьшение очередности в регистратурах, вызовов "Скорой помощи" в дневное время	6	33,3
1.4	Увеличение доли женщин, вставших на учет на ранних сроках беременности	12	66,6
2	Увеличение заинтересованности в результатах работы сотрудников	13	65

Среди значимых мероприятий, которые были обозначены в качестве действенного механизма влияющего на результаты оказания услуг, 90% респондентов указали на улучшение качества работы после введения СКПН, в частности участковой службы.

Так, 22,2 % опрошенных, среди выделивших улучшение качества работы результатом эффективности СКПН, указывают на повышение уровня госпитализации в дневной стационар и стационара на дому по отношению к круглосуточному стационару; 44,4% на снижение количества госпитализированных больных с хроническими заболеваниями в

прикрепленных организациях; 66,6% на увеличение доли женщин, вставших на учет на ранних сроках беременности.

После внедрения СКПН 33,3% представителей УЗ отмечают уменьшение очередности в регистратурах медицинских организаций, а также сокращения вызовов скорой помощи в дневное время. Все вышесказанное свидетельствуют об улучшении качества оказываемой медицинской помощи участковыми службами.

Более 65% респондентов указали на повышение внимания в результатах работы со стороны персонала медицинских организаций за счет увеличения материальной заинтересованности врачей педиатров, терапевтов, врачей общей практики и среднего медицинского персонала при улучшении показателей в сравнении с предыдущим кварталом. Таким образом, СКПН может применяться как один из мотивационных инструментов для медицинских работников ПМСП, способствующих более качественному выполнению должностных обязанностей и достижению более высоких показателей в своей деятельности.

Проблемными моментами, возникающими при внедрении СКПН в процесс оказания медицинской помощи выделен дефицит кадров службы ПМСП, особенно в регионах, и слабая материально-техническая оснащенность, т.е. средства полученные в рамках СКПН не могут быть выделены на ресурсное обеспечение процесса услуг. Была отмечена и проблема конфликтов, возникающая при распределении финансовых ресурсов между сотрудниками организации, что зачастую связано с несовершенством индикативных показателей деятельности внутри организации, способствующие более рациональному распределению средств.

В результате анкетирования для улучшения работы СКПН представителями УЗ были определены мероприятия по улучшению работы СКПН, указаны на рисунке 15.



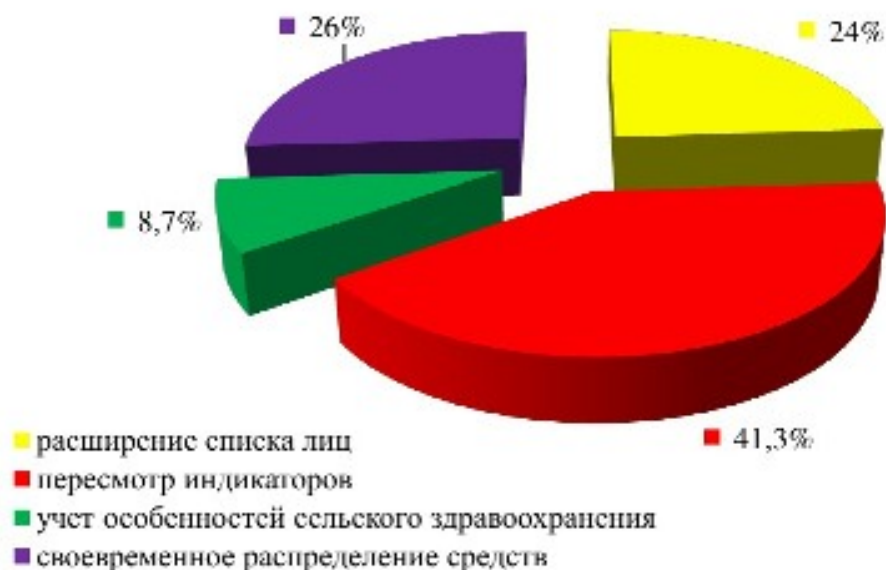


Рисунок 15 – Меры по улучшению работы СКПН.

Более 41,3% респондентов указали на необходимость проведения пересмотра индикаторов деятельности для каждой специфики организации, например, для студенческой поликлиники не применимы индикаторы «младенческая смертность» и «госпитализация больных старше 70 лет», так как контингент прикрепленного населения составляет в возрасте от 14 до завершения обучения в учебном заведении. Указывается на необходимость разработки критериев оценки деятельности узких специалистов, а также внесение изменений в критерии, оценки социальных работников, так как по итогам оценки их деятельности зачастую они получают стимулирующую оплату больше участкового врача при одинаковой нагрузке.

Менее 10% опрошенных, отметили необходимость учета особенностей сельского здравоохранения - медицинские пункты, районные поликлиники имеют разный объем и территориальный разброс (плотность) прикрепленного населения. Так, при равном достижении показателей деятельности в городских и районных поликлиниках затрачивается не одинаковое количество ресурсов (материальных и финансовых), при равнозначном распределении между ними стимулирующего компонента.

24% представителей УЗ считают необходимым расширение списка перечня лиц, имеющих право на получение СКПН. Так, респонденты указывают на необходимость устранения несовершенства оплаты за результаты работы узким специалистам (акушер-гинекологи, медицинские сестры дневных стационаров), а также предусмотреть распределение СКПН и на первых руководителей, экономистов, статистиков и операторов, работающих с порталом СКПН, так как показатели индикаторов оценки достигнутых результатов работы зависят не только от сотрудников участковой служб, но и остальных служб, вовлеченных в работу СКПН.

Немаловажное значение (26%) респондентами уделяется своевременности распределения средств СКПН по регионам для освоения

финансовых средств, а также и сохранению предусмотренной суммы для области по ее перераспределению между медицинскими организациями.

Таким образом, анализ предложений руководителей УЗ по необходимости включения дополнительных мер по улучшению СКПН свидетельствует о том, что, несмотря на их достаточную осведомленность в вопросах методологии, респонденты этого уровня все же не владеют должной информацией по нормативно – правовым аспектам в области политики системы финансирования амбулаторной службы, в частности ПМСП. Полученные данные позволяют сделать выводы о том, что большая часть руководителей организации не в полной мере осведомлены в приоритетах ПМСП по достижению глобальных индикаторов конкурентоспособности. Около четверти опрошенных респондентов указывают на необходимость предусмотреть распределение стимулирующих средств для дополнительного персонала ПМСП (вспомогательный и административно – управленческий персонал ЛПУ), что не соответствует целям данной системы финансирования.

Проведенный анализ позволяет выявить основные проблемные аспекты к адекватному и эффективному управлению ресурсами СКПН на ПМСП, и диктует необходимость в организации информационной работы среди сотрудников УЗ по нормативным и методологическим вопросам СКПН.

#### **4.3 Анализ опроса медицинских работников ПМСП (врачи и средние медицинские работники)**

С целью изучения мнения специалистов участковых служб ПМСП об эффективности внедрения стимулирующего компонента подушевого финансирования нами было проведено анкетирование медицинских работников (Приложение С). В данном исследовании приняло участие 1067 респондентов: 307 врачей и 760 средних медицинских работников.

В анкетировании среди врачебного персонала приняло участие 6,5% мужчины и 93,5% женщин, среди среднего медицинского персонала – 99,6 % женщин и 0,4% мужчин.

В разрезе всех респондентов количество мужчин составляет 2,1% по отношению к 97,9% женщин. Что подтверждается традиционно небольшим количеством мужчин среди специалистов участковых служб (среднереспубликанское значение по данным Агентства по статистике РК среди врачей составляет 1:43 и 1:108 среди среднего медицинского персонала).

Половозрастная характеристика респондентов представлена в таблице 42 в разрезе врачей и среднего медицинского персонала по полу и на рисунке 16 без полового признака.

Таблица 42 - Половозрастная характеристика респондентов

	Врачи				средний медицинский персонал				Всего			
	жен		муж		жен		муж		жен		муж	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-29	25	8,7	1	5	82	10,8	3	100	107	10,2	4	17,4
30-39	69	24	4	20	277	36,6	0	0	346	33,1	4	17,4
40-49	105	36,6	8	40	261	34,5	0	0	366	35	8	34,8
50-59	85	29,6	7	35	136	18	0	0	221	21,2	7	30,4
60-69	3	1,04	0	0	1	0,4	0	0	4	0,4	0	0
всего	287		20		757		3		1044		23	

В связи с тем, что количество респондентов возрастной группы 60 и старше не превышало 5 опрошенных, для чистоты исследования нами данная категория была исключена из дальнейшего анализа.

Как видно на таблице 8 и рисунке 6, основной контингент респондентов находится в возрастной категории 40 – 49 лет и составляет 35,3% из числа всех опрошенных, аналогичная картина характерна и среди врачей (36,8%).

Среди медицинского персонала наибольшее количество респондентов в возрастной категории 30-39 лет и 40-49 лет, что составило 36,5% и 34,4% опрошенных соответственно.

Наименьшее количество опрошенных респондентов находились в возрастной категории от 20 до 29 лет, и составила среди врачей 8,5%, среди средних медицинских работников – 11%.

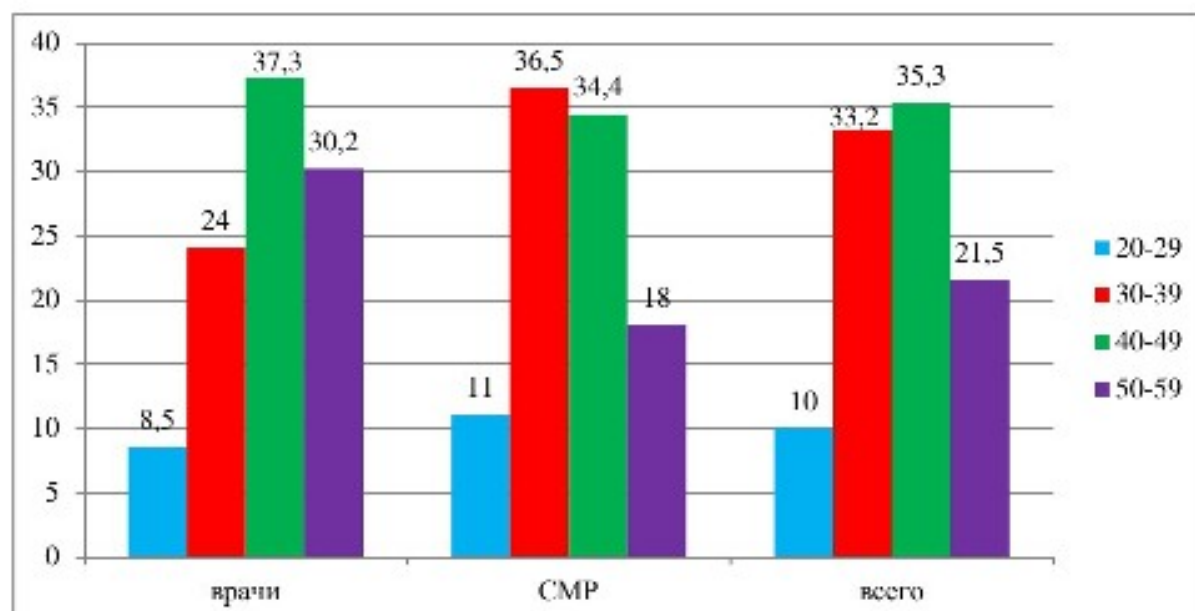


Рисунок 16 – Возрастная характеристика респондентов

Изучение частотного распределения респондентов в разрезе закономерной выборки исследования с ее территориальной разбивкой показано на рисунке 17.

Наибольшее количество респондентов были опрошены в Южно – Казахстанской области (15,3%) и г. Алматы (10,4%), аналогичная картина характерна и для врачей (14,3% и 14,6% соответственно) и для среднего медицинского персонала (15,6% и 8,9%). Наименьшее количество респондентов опрошено в Атырауской (2,9%), Мангыстауской (2,8%) и Северо – Казахстанской областях (3,7%). Данное распределение соответствует соотношению численности врачебных должностей и должностей среднего медицинского персонала в медицинских организациях, оказывающих первичную медико – санитарную помощь в разрезе регионов.

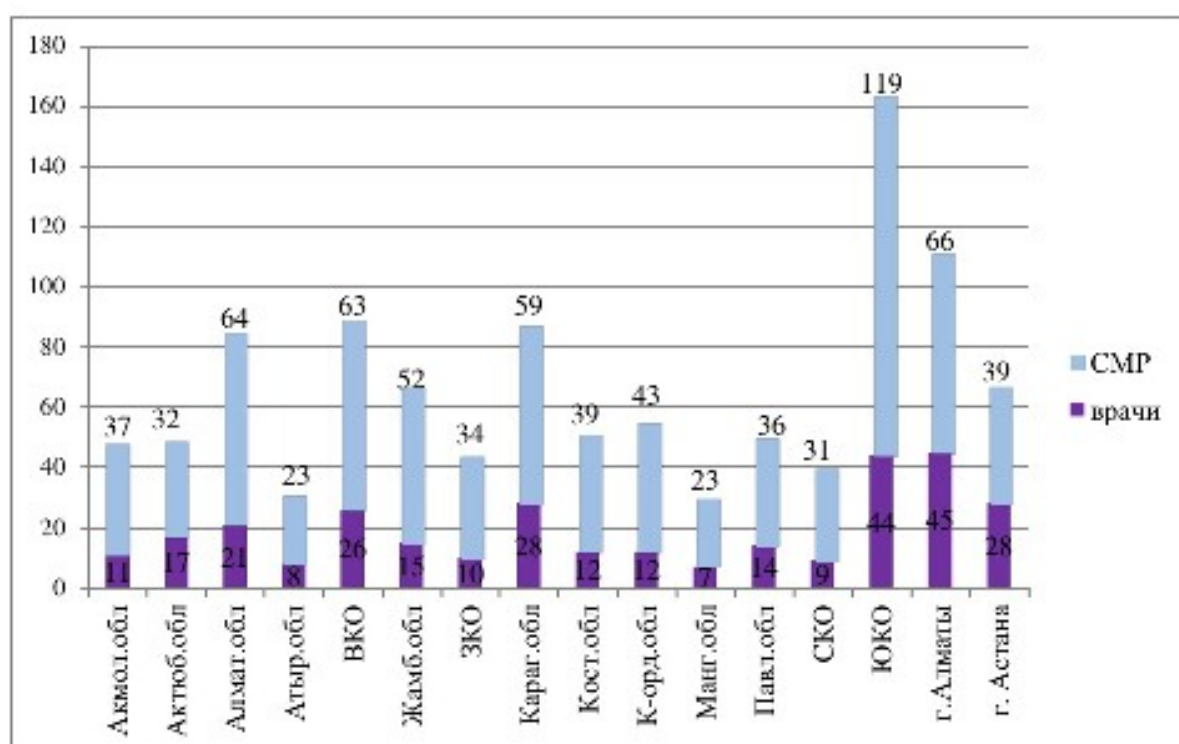


Рисунок 17 – Региональное распределение респондентов

Среди опрошенных врачей, 20,8% составили врачи общей практики, 26,7% участковые педиатры и 49,5 % участковые терапевты. К группе других специальностей были отнесены социальные работники и психологи, на долю которых пришлось 2,9% опрошенных. На рисунке 18 показано распределение врачей в разрезе специальностей.



Рисунок 18 – Распределение респондентов (врачей) по специальностям

Качественный состав респондентов был представлен 66,2% специалистами высшей категории, 16% - 1 категории, 7,5% - 2 категории и без категории – 10,3% специалистов.

Согласно таблице 43, аналогичная картина характерна и для врачей и среднего медицинского персонала.

Таблица 43 – Наличие категорий у опрошенных (в % к итогу)

Категория	Врачи		Средний медицинский персонал		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 категория	70	22,8	100	13,2	170	16
2 категория	45	14,7	35	4,6	80	7,5
высшая	159	51,8	547	72,3	706	66,2
без категории	33	10,7	78	10,3	111	10,3
Итого		100%		100%		100%

В разрезе специальностей врачей среди участковых терапевтов 61,2% имеют высшую категорию, около 10% - 1 категорию и 22,4% - 2 категорию.

Аналогичная картина и среди врачей общей практики с высшей категорией было опрошено 53,1% , с 1 категорией – 17,2% и со 2 категорией – 20,3%.

Так, наибольшая часть опрошенных имели высшую категорию и составляли более 50%. Другая картина наблюдается у участковых педиатров, среди которых только 39% составляют специалисты с высшей категорией, 28% приходится на врачей со 2-ой категорией и 23,2% с 1-ой категорией. Менее 10% по каждой специальности приходится на специалистов без категории.

Для определения ряда независимых переменных к размеру стимулирующих оплат нами была изучена переменная «должность»: среди врачей – врач и заведующий отделением; среди среднего медицинского персонала - средний медицинский работник и старшая медицинская сестра. Так, на долю врачей приходится 81,4% опрошенных, и 87,2% респондентов на долю средних медицинских работников. Менее 20% респондентов приходится на заведующих отделениями и старших медицинских сестер в каждой категории.

Исследование влияния стажа работы на размер стимулирующих выплат актуально для оценки внедрения СКПН.

При обработке результатов анкетирования исследования все респонденты были распределены по категории стажа, основанного на принципе среднестатистического распределения. В качестве данного показателя определено среднее пребывание в одной медицинской организации РК работниками здравоохранения: для врачей – 8 лет, для среднего медицинского персонала – 6 лет.

Для обработки результатов по стажу работы респондентов среди врачей, все показатели нами были распределены на 5 групп: ниже 8 лет работы; от 8 до 11 лет, от 12 до 18 лет, от 19 до 24 лет, от 25 до 30 лет и от 31 и выше.

В таблице 44 представлены показатели по данной переменной. Более 50% опрошенных имеют стаж работы от 12 до 24 лет.

Таблица 44 – Распределение врачей по стажу работы

Стаж	абс.	%
ниже 8 лет	28	9,1
от 8 до 11 лет	45	14,7
от 12 до 18 лет	77	25,1
от 19 до 24 лет	80	26,1
от 25 до 30 лет	45	14,7
от 31 и выше	32	10,4
Всего	307	100

Для среднего медицинского персонала показатель стажа работы был разделен на следующие категории: ниже 6 лет, от 6 до 11 лет, от 12 до 17 лет, от 18 до 23 лет, от 24 до 30 лет и выше 31 года. Наибольшее количество респондентов, принимающих участие в данном исследовании, имеют стаж работы от 12 до 23 лет, что составляет в суммарности 46,8% (таблица 45). Достаточный стаж работы свидетельствует о качественной составляющей врачебного персонала, принимающего участие в данном исследовании.

Таблица 45 – Распределение средних медицинских работников по стажу работы

Стаж	абс.	%
ниже 6 лет	105	13,8
от 6 до 11 лет	84	11,1
от 12 до 17 лет	176	23,2
от 18 до 23 лет	179	23,6
от 24 до 30 лет	118	15,5
от 31 и выше	98	12,9
Всего	760	100

Стаж работы специалистов в значительной степени влияет на размер стимулирующих оплат ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 72,705$ ), прямую зависимость между которыми показывает анализ таблиц сопряженности (Cross tabulation), построенных на непараметрических критериях в связи с неравномерным распределением изучаемого явления.

Как показано в таблице 46, чем ниже стаж работы врачей, тем ниже размер стимулирующих выплат. Так, при стаже работы менее 8 лет 39,3% респондентов получают стимулирующие выплаты менее 27 000 тенге в квартал. Получение стимулирующих выплат в размере от 28 000 до 41 000 тенге отмечают 17,9% опрошенных и в размере от 42 000 до 61 000 тенге – 21,4% врачей. Чем больше увеличение размера стимулирующих выплат при стаже работы менее 8 лет, тем меньше количество респондентов, отметивших получение данных средств. При стаже от 8 до 11 лет наибольшее количество респондентов отметили размер стимулирующих выплат от 28 000 до 61 000 тенге (53,3%). Около 57% респондентов со стажем от 12 до 18 лет отмечают стимулирующие выплаты в размере от 42 000 до 79 000 тенге, аналогичный размер выплат отмечают и 51,2% респондентов со стажем от 19 до 24 лет и 65,6% со стажем от 25 до 30 лет. При стаже работы более 31 года стимулирующие выплаты распределены в суммарном значении от 42 000 и выше тенге, что наглядно демонстрирует ниже представленная таблица 13.

Таблица 46 – Взаимосвязь стажа работы респондентов - врачей с размером стимулирующих оплат (ежеквартально), %

Стаж работы	Размер стимулирующих выплат (ежеквартально)					
	< 27 000	28000 - 41000	42000 - 61000	62000 - 79000	80000 - 89000	>90 000
< 8	39,3	17,9	21,4	14,3	3,6	3,6
8-11	17,9	28,9	24,4	4,4	4,4	17,9
12-18	6,4	11,7	27,3	29,9	13,0	11,7
19-24	2,5	13,7	30	21,2	18,8	13,8
25-30	2,2	8,9	26,7	38,9	22,2	11,1
>31	6,3	3,1	15,6	25	15,6	34,3
Всего	9,4	12,7	26,4	24,8	14,0	12,7

Аналогичная картина наблюдается и среди среднего медицинского персонала ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 277,296$ ), как представлено в таблице 47. Для средних медицинских работников со стажем менее 6 лет размер стимулирующих выплат составляет до 35 000 тенге для 91,7%, при этом 41,7% опрошенных отмечают стимулирующие выплаты менее 21 000 тенге. При стаже от 6 до 11 лет размер стимулирующих выплат для 63,9% опрошенных находится в коридоре от 22 000 до 44 000 тенге, при этом 42% респондентов отмечают выплаты в размере 28 000 до 35 000 тенге. Со стажем от 12 до 17 лет 76,1% опрошенных и со стажем от 18 до 23 лет 73,2% определяют коридор стимулирующих выплат от 28 000 до 51 000 тенге. Для респондентов со стажем от 24 лет и выше размер стимулирующих выплат составляет выше 36 000 тенге.

Таблица 47 – Взаимосвязь стажа работы среднего медицинского персонала с размером стимулирующих оплат (ежеквартально), %

Стаж работы	Размер стимулирующих выплат (ежеквартально)					
	< 21 000	22000 - 27000	28000 - 35000	36000 - 44000	45000 – 51000	>52 000
< 6	41,7	20,3	29,7	7,1	1,2	0
6-11	12,4	19,0	42,0	22,9	2,8	0,9
12-17	9,7	10,2	26,1	35,8	14,2	4,0
18-23	2,8	12,3	19,5	33,0	20,7	11,7
24-30	2,5	11,0	17,0	28,0	24,5	17,0
>31	0	14,3	12,2	15,3	29,6	28,6
Всего	9,6	13,7	23,9	26,3	16,3	10,2

Тем не менее, при общем влиянии стажа работы на размер стимулирующих выплат, отсутствует взаимосвязь с квалификационной категорией врачей ( $p > 0,05$ ;  $\chi^2 = 16,968$ ). Аналогичная картина наблюдается у средних медицинских работников с 1 и 2 категорией. Но выявлена такая взаимосвязь для среднего медицинского персонала без категории и с высшей категорией ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 27,995$  и  $\chi^2 = 86,535$ ).

Так, во всех возрастных группах с высшей категорией и стажем (от 12 до 17 лет, от 18 до 23 лет, от 24 до 30 лет и выше 31 года) 28,5% опрошенных получают ежеквартально стимулирующие выплаты от 36 000 до 44 000 тенге; для 21,4% респондентов выплаты составляют от 45 000 до 51 000 тенге и для 19,6% респондентов от 28 000 до 35 000 тенге.

Размер стимулирующих выплат до 21 000 тенге для высшей категории встречается в 4,6% случаев, от 22 000 до 27 000 тенге у 12,2% опрошенных и у 13,7% респондентов в размере, превышающем 52 000 тенге.

Отсутствие категоричности наблюдается в 95% случаев при стаже менее 6 лет и составляет у 11% опрошенных менее 21 000 тенге, у 19,2% в размере от 22 000 до 27 000 тенге, для 27% - от 28 000 до 35 000 тенге и только 12,8 % получают стимулирующие выплаты более 36 000 тенге.



Изучение влияния специальности врача на размер стимулирующих выплат с учетом стажа работы не определено достоверным для врачей общей практики и участковых педиатров, тогда как для участковых терапевтов закономерность доказана ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 56,026$ ). Так, при стаже работы менее 8 лет, для 46,7% врачей основной размер стимулирующих выплат составляет менее 21 000 тенге, тогда как со стажем выше 31 года более 50% опрошенных получают стимулирование более 90 000 тенге.

Размер стимулирующих надбавок зависит и от должности респондентов ( $p < 0,005$ ;  $LR = 21,888$ ), так по данным нашего исследования заведующие отделениями получают стимулирующие выплаты больше, чем врачи. Так, например, 38% опрошенных заведующих отделениями получают стимулирующие выплаты в размере более 80 000 тенге, тогда как среди врачей стимулирующие выплаты составляют всего 23,6%.

Таблица 48 – Взаимосвязь наличия должности врача и размера стимулирующих выплат, %

Категория	Размер стимулирующих выплат (сжквартально)					
	< 27 000	28000 - 41000	42000 - 61000	62000 - 79000	80000 – 89000	>90 000
врач	11,6	14,0	25,6	25,2	12,8	10,8
заведующий отделением	0	6,4	34,1	21,3	19,0	19,0

Как видно из таблицы 48, для врачей наиболее присутим является стимулирование деятельности в размере от 42 000 до 80 000 тенге (50,8%), и в сторону повышения размера выплат количество респондентов указывающих на данный объем стимулирования уменьшается. Тогда как для заведующих отделениями характерна тенденция увеличения размера стимулирующих выплат, к примеру, 38% получают стимулирующую оплату более 80 000 тенге ежеквартально.

Аналогичная картина характерна и для среднего медицинского персонала (таблица 49).

Таблица 49 – Взаимосвязь должности СМР и размера стимулирующих выплат, %

Категория	Размер стимулирующих выплат (сжквартально)					
	< 21 000	22000 - 27000	28000 - 35000	36000 - 44000	45000 – 51000	>52 000
СМР	11,0	14,0	25,2	26,4	14,9	8,6
Старшая медсестра	0	11,3	15,5	26,8	25,7	20,6

На долю старших медицинских сестер получающих более 36 000 тенге стимулирования приходится 73%, тогда как среди СМР основная доля

стимулирующих средств до 44 000 тенге и составляет 76,6% от всех респондентов.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что размер стимулирующих выплат зависит от стажа работы и должности специалистов. Но, согласно идеологии стимулирующего компонента подушевого нормирования распределение средств должно осуществляться по выполнению пороговых значений индикативных показателей.

Следовательно, для улучшения стимулирующего компонента необходимо разработать механизм распределения средств среди работников медицинской организации.

Введение новых финансовых инструментов в систему здравоохранения зачастую сопряжено с организационно – функциональными изменениями в организации, которые могут быть выражены в принятии новых методов управления, изменении организационной структуры, введение системы мониторинга за результативностью, увеличение нагрузок на медицинских работников и т.д. Изучение влияния введения стимулирующих выплат свидетельствует об отсутствии явных изменений нагрузки врачей ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 12,361$ ).

Несмотря на то, что 4,2% опрошенных респондентов среди врачей указали на изменение объема нагрузки на 0,25 и 0,5 ставки в сторону увеличения, данное обстоятельство они не связывают именно с увеличением выплат, а ссылаются на увеличение объема выплат в связи с расширением прикрепленного населения (отсутствием специалистов на других участках и т.д.). Совсем другая картина наблюдается среди среднего медицинского персонала, где данный показатель составил 21,54%. При этом наблюдается взаимосвязь между размером стимулирующих выплат и увеличением объема выполняемой работы ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 9,035$ ). Так, респонденты с размером стимулирующих выплат более 36 000 тенге в 18,9% случаев указали на изменение своих должностных обязанностей и 9,7% указали на увеличение объема выполняемой работы на 0,25 и 0,5 ставки. Тогда как, среди опрошенных получающих стимулирующие выплаты в размере менее 36 000 тенге указали на изменение своих должностных обязанностей всего 11,4% и на увеличение объема выполняемой работы всего 2,9%.

Определенное изменение должностных обязанностей при внедрении стимулирующей оплаты труда отмечено у значительной части среднего медицинского персонала и зачастую связано с размером стимулирующих выплат, т.е. чем выше сумма стимулирующих выплат, тем вероятнее изменение должностных обязанностей (увеличение нагрузки и обязательств).

Немаловажное значение для СКПН имеет уровень информированности медицинских работников в вопросах стимулирующих выплат и их удовлетворенностью от внедряемых реформ в систему здравоохранения.

Анализ показал, что 82,2% опрошенных имеют представление о структуре своей заработной платы ( $p < 0,005$ ;  $\chi^2 = 54,013$ ) и 40,5% о критериях,

согласно которым распределяются стимулирующие выплаты ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 130,246$ ).

Важным, определен тот факт, что больше всего информированы менеджеры медицинских организаций (заведующие отделениями и старшие медицинские сестры). Так, среди старших медицинских сестер около 90% респондентов ознакомлены со структурой получаемых выплат, тогда как среди средних медицинских работников более 30% не имеют представление о структуре своей заработной платы. Так, среди респондентов, указавших на информированность о заработной структуре только 42% указали на полную информированность о критериях и 48,5% на частичное (что зачастую выражает в знании оценочных критериев, а не знании механизма распределения средств).

Одним из путей повышения эффективности лечебно – диагностической и профилактической работы медицинской организации определено изучение особенностей профессиональной деятельности медицинского персонала, и как одного из критерия – удовлетворенность оплатой, работой, условиями и т.д. Изучение удовлетворенности в получаемой заработной плате с учетом стимулирующих надбавок среди всех респондентов показали, что 63% всех опрошенных указали на частичное и 25,4% на слабое удовлетворение в получаемом размере выплат.

Как показано на таблице 50, среди опрошенных врачей полную удовлетворенность в своей заработной плате выразили только 7,2% и частичную указали 66,4% респондентов. Низкую удовлетворенность («слабо» и «не удовлетворены») отметили 28,4% всех врачей. Даже при введении любого размера стимулирующих выплат для врачей характерна частичная удовлетворенность заработной платой. Взаимосвязь размера стимулирующих выплат и удовлетворенности в заработной плате наблюдается только среди средних медицинских работников ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 29,950$ ). Так, полную удовлетворенность в размере получаемой заработной платы выразило 5,2% респондентов получающих стимулирующие надбавки более 52 000 тенге, тогда как при стимулирующих выплатах менее 21 000 тенге данный показатель составляет всего 1,37%. Наибольший показатель неудовлетворенности заработной платой характерно для группы респондентов, получающих стимулирующие выплаты менее 21 000 тенге (13,7%) и наименьшим с размером выплат более 52 000 тенге. Наблюдаемая тенденция роста удовлетворенности в заработной плате по отношению к увеличению размера стимулирующих выплат свидетельствует о влиянии СКПН на удовлетворенность медицинского персонала в получаемых выплатах.

Таблица 50 - Взаимосвязь размера стимулирующих выплат и удовлетворенности в заработной плате, %

Размер стимулирующих выплат (ежеквартально)	Удовлетворенность заработной платой			
	не удовлетворены	слабо	частично	полностью
Врачи				
< 27 000	0	34,5	55,2	10,3
28000 - 41000	10,3	33,3	56,4	0
42000 - 61000	4,9	19,7	67,9	7,4
62000 - 79000	6,6	17,1	67,1	9,2
80000 - 89000	4,6	11,6	79,7	4,6
>90 000	2,5	20,5	66,7	10,3
Средний медицинский персонал				
< 21 000	13,7	34,25	50,7	1,37
22000 - 27000	7,7	42,3	49	0,9
28000 - 35000	9,9	20,8	65,4	3,8
36000 - 44000	6,5	24	65,5	4
45000 - 51000	6,5	25,8	66,1	1,6
>52 000	5,2	24,7	64,9	5,2

Не менее важным в эффективной организации лечебного процесса и достижении результативности деятельности является удовлетворенность работой сотрудников медицинской организации.

Из всего контингента респондентов, только 8,3% опрошенных полностью удовлетворены работой, а 48% указали на частичное и 37% на слабое удовлетворение от работы. Аналогичная картина наблюдается и среди врачей, где 64% всех опрошенных указывают только на частичное и 14% полное удовлетворение от работы. Данный показатель является низким, не смотря на то, что общий процент удовлетворенности от работы составляет более 70%. Мировая практика показывает, что только при 90% удовлетворенности от профессиональной среды (работа), возможно получение высоких результатов деятельности.

Более 60% респондентов среди СМР указали на частичное удовлетворение работой, и 33,4% опрошенных на низкий уровень удовлетворенности. Одним из основных критериев в удовлетворенности работой определен показатель удовлетворенности заработной платой и как следствие выделяемым объемом стимулирующих выплат. Взаимосвязь данных трех составляющих показана ниже, при достоверности показателей  $p < 0,001$ . Так, чем ниже удовлетворенность заработной платой, следовательно, ниже удовлетворенность работой. При этом, данная гипотеза верна для всех групп стимулирующих выплат.

Например, респонденты с размером стимулирующих выплат менее 21 000 тенге со слабой и частичной удовлетворенностью заработной платой в 82,1% случаев указывают на слабую или частичную удовлетворенность работой. Аналогичная картина наблюдается и при стимулирующих выплатах

в размере 22 000 – 27 000 тенге (88,45%), 28 000 – 35 000 тенге (86,2%), 36 000 – 44 000 тенге (83,2%), 45 000 – 51 000 тенге (84,1%) и выше 52 000 тенге (87%). При удовлетворенности заработной платой удовлетворенность от работы выше, так при стимулировании выплат от 28 000 до 35 000 тенге при полной удовлетворенности заработной платой удовлетворенность в работе («частичная» и «полная») составляет 85,7%. При слабой удовлетворенности заработной платой в большинстве случаев удовлетворенность работой частичная. Таким образом, наблюдается прямая зависимость от удовлетворенности медицинских работников от получаемой заработной платы и удовлетворенностью самой работой.

Для определения факторов, способствующих повышению удовлетворенности работой, и как следствие качеством ее выполнения, нами была изучена корреляционная взаимосвязь между показателями удовлетворенности по отношению к условиям труда, графику работы и стимулирующим надбавкам. По мнению 93,3% респондентов качество работы зависит от стимулирующих выплат. Хотя, и указанные выше результаты исследования не подтверждают данную гипотезу ( $p > 0,005$ ), можно сделать вывод, что респонденты имели в виду при ответе на данный вопрос уровень стимулирующих выплат в достаточно высокой степени, которые являются индикативным показателем заинтересованности в удовлетворенности медицинских работников своей деятельностью. Немаловажным является и тот факт, что при незначительном увеличении заработной платы посредством стимулирующих выплат на медицинских работников возлагается больше ответственности, объем работы и т.д. По мнению 60% респондентов на качество работы влияют условия работы и 50% указывают на оптимальный график работы. Таким образом, первоочередным для повышения качества работы определено все же увеличение размера стимулирующих выплат при сохранении того же объема работы.

Согласно опросу, при начислении стимулирующих выплат необходимо учитывать отличные результаты работы (86,9%), отсутствие жалоб со стороны пациентов и коллег (59,1%) и положительную оценку коллег (25,1%). По мнению 75,2% респондентов необходимо учитывать наличие квалификационной категории у специалистов, и 63,6% стаж. Данные ответы полностью коррелируют с представленными выше результатами нашего исследования, свидетельствующих о том, что зачастую размер стимулирующих выплат зависит от стажа работы медицинского работника и квалификации, как это видно среди среднего медицинского персонала. Если врачи и средние медицинские работники определяют квалификацию, стаж и результаты деятельности основополагающими критериями, то по критерию «отсутствие жалоб» картина другая. Так, 79,8% опрошенных выделили отсутствие жалоб одним из преобладающих критериев (2-ое значение), тогда как средний медицинский персонал выделил его в 50,8% случаев.

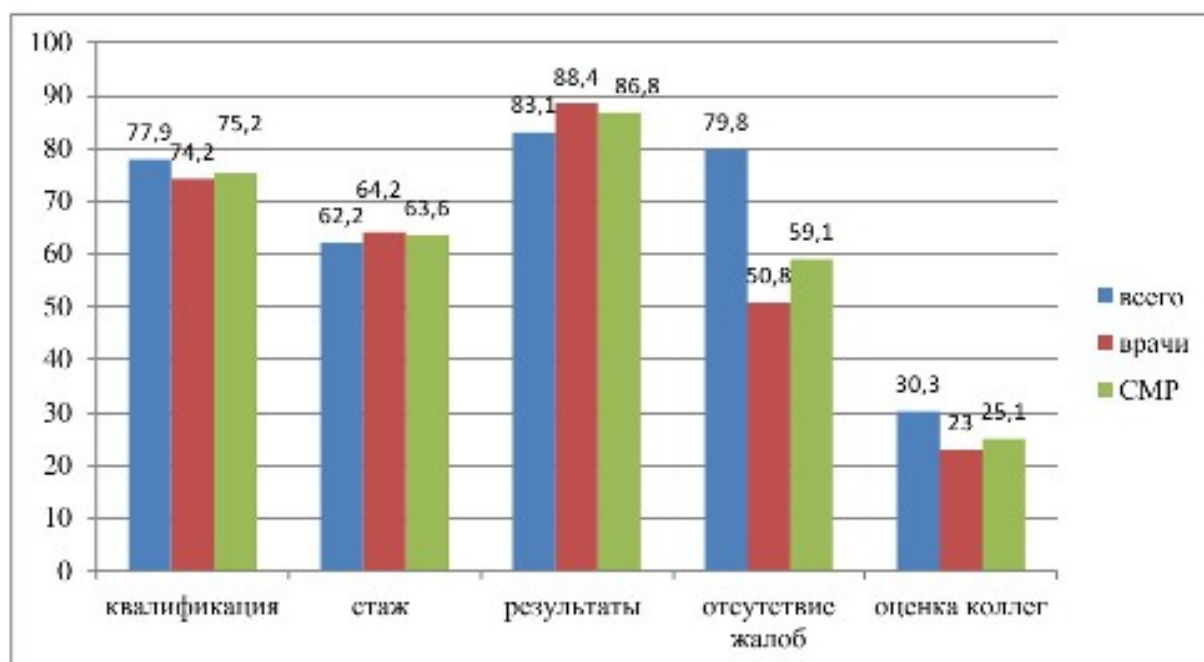


Рисунок 19 –Критерии, которые должны учитываться при начислении стимулирующих выплат.

Изучение общего влияния стимулирующего компонента подушевого нормирования на качество работы определено одним из важных показателей данного исследования, который способствует получению общей картины отношения медицинских работников к внедрению новой системы оплаты труда. Из общего числа респондентов 61,8% указали на незначительное увеличение заинтересованности сотрудников в достижение качественных показателей работы после перехода на СКПН, а 9,1% отметили существенные изменения. На отсутствие заинтересованности, не смотря на стимулирующие выплаты, указали 23% опрошенных. Аналогичное соотношение характерно как для врачей, так и для средних медицинских работников, за исключением того, что, по мнению врачей, существенные изменения после внедрения СКПН наблюдаются у 19% респондентов (рисунок 19).

Таким образом, система стимулирующего компонента подушевого норматива направлена на снижение расходов по приоритетным направлениям системы здравоохранения и оказание влияния на развитие общества: на сохранение и улучшение здоровья населения, повышение производительности труда, предотвращении расходов на здравоохранение и социальное обеспечение, увеличение прироста национального дохода.

### 4.3. Рекомендации по совершенствованию механизма распределения СКПН в амбулаторно-поликлинических организациях

Как показали результаты нашего исследования внедрение нового метода финансирования организации ПМСП с использованием стимулирующего компонента подушевого норматива (СКПН) постоянно сопровождалось совершенствованием нормативно-правовой базы: пересматривались индикаторы показатели деятельности организации ПМСП, совершенствовалась информационная система, обеспечивающая прозрачность, достоверность и оперативность информации.

Все это время шел процесс поиска индикаторов адекватно отражающих деятельность организаций ПМСП. СКПН, как мощный рычаг управления, повлиял на мотивацию сотрудников АПО, повысил престиж участковых служб, и самое главное, повысил качество предоставления помощи на уровне ПМСП.

Несмотря на все недостатки, новая система оплаты труда принесла ощутимые плоды, как в мотивационном факторе, так и в экономической эффективности, что мы доказываем в своем исследовании.

Результаты нашего исследования показали, что несмотря на постоянное совершенствование нормативной базы, еще имеются ряд нерешенных вопросов, которые в будущем будут снижать эффективность новой методики финансирования ПМСП.

- Прежде всего, необходимо акцентировать внимание на то, что индикаторы регламентированные Приказом МЗ РК для оценки показателей деятельности организации ПМСП являются макро индикаторами, отражающими **следствие** проведенных (или непроведенных) мероприятий на территориальном уровне и имеют определенную статистическую тенденцию. Часть рекомендованных индикаторов конечных результатов в силу небольшой частоты их в генеральной совокупности не могут мониториться на уровне организации ПМСП (тем более врачебных участков) на постоянной основе, особенно в короткие временные периоды (месяц). Это можно проиллюстрировать на примере индикатора материнской смертности.

*Прогнозный расчет показателей конечных результатов на участке:*

*При показателе рождаемости 23,7 за 2013г. ожидаемое количество живородившихся детей на участке с численностью прикрепленного населения 2500 человек может составить около 60 детей ( $23,7 \times 2500/1000 = 59,25$ ).*

*При таком показателе рождаемости ожидаемый случай материнской смертности на участке может составить **0,75 случая за 100 лет** ( $59,25 \times 12,7/100\ 000$ ).*

*12,7 – это показатель материнской смертности по РК за 2013г.*

- Также хотелось бы отметить отсутствие методологии распределения средств на уровне ПМСП между работниками.

- Не разработаны положения в организациях ПМСП о порядке оплаты за достигнутые результаты по СКПН.

- Не разработаны: индикаторы конечного результата и индикаторы процесса деятельности средних медицинских работников участков; индикаторы конечного результата и индикаторы процесса деятельности работников отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного здоровья.

Общеизвестно, что для разработки и проведения целенаправленных мероприятий необходим детерминантный подход – изучение причинных факторов и показателей следствия. Если мониторируемые показатели следствия встречаются редко, то это может привести к снижению действий, направленные на устранение причинных факторов. Поэтому, на наш взгляд необходимо определить индикаторы, направленные на устранение причинных факторов на уровне ПМСП должны учитываться мероприятия устраняющие причины. Показатели воздействия на причинные факторы необходимо превратить в индикаторы процесса, влияющих на значения индикаторов конечного результата.

Для разработки индикаторов процесса (промежуточные индикаторы) необходимо брать за основу действующие нормативные документы Правительства (Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года № 1577), Министерства здравоохранения РК (приказ №454 и др), определяющие направление деятельности медицинских организации по актуальным проблемам здравоохранения.

**Все это позволяет нам рекомендовать в качестве промежуточных индикаторов следующие показатели:**

*По индикатору «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП» (рисунок 20).*

Проведение оздоровительных мероприятий и профилактической работы участковой службы – взятие на диспансерный учет женщин при сроке беременности до 12 недель, охват контрацепцией женщин с экстрагенитальной патологией, госпитализация женщин с нарушением принципа регионализации, 100% охват перинатальным и неонатальным скринингом и т.д. – позволит сократить количество материнской смерти и значительно сократить экономический ущерб.



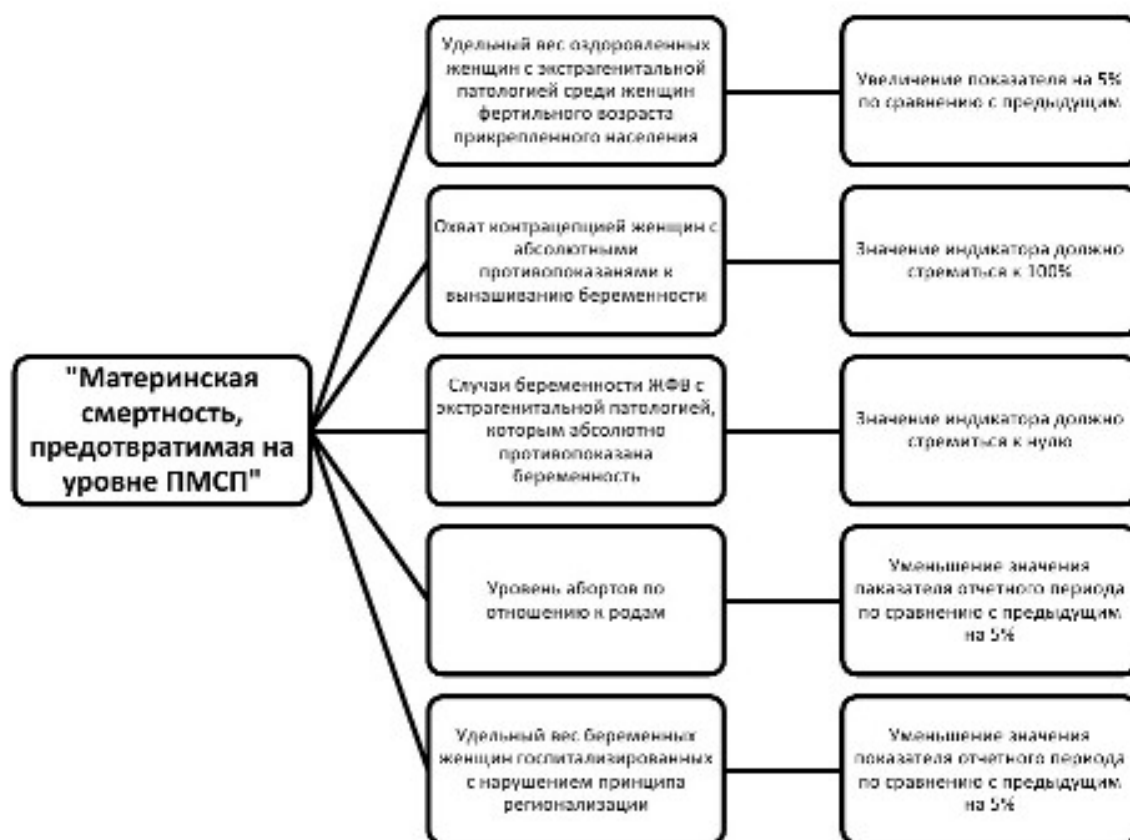


Рисунок 20 – Рекомендуемые индикаторы процесса, связанные и влияющие на результат по индикатору «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСР».

По индикатору «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСР от ОКИ и ОРВИ» (рисунок 21).

Повышение показателя преемственности со специализированными медицинскими организациями со своевременной передачей экстренных извещений на впервые выявленные инфекционные заболеваний, рациональное лекарственное обеспечение позволит снизить экономический ущерб по данному индикатору.

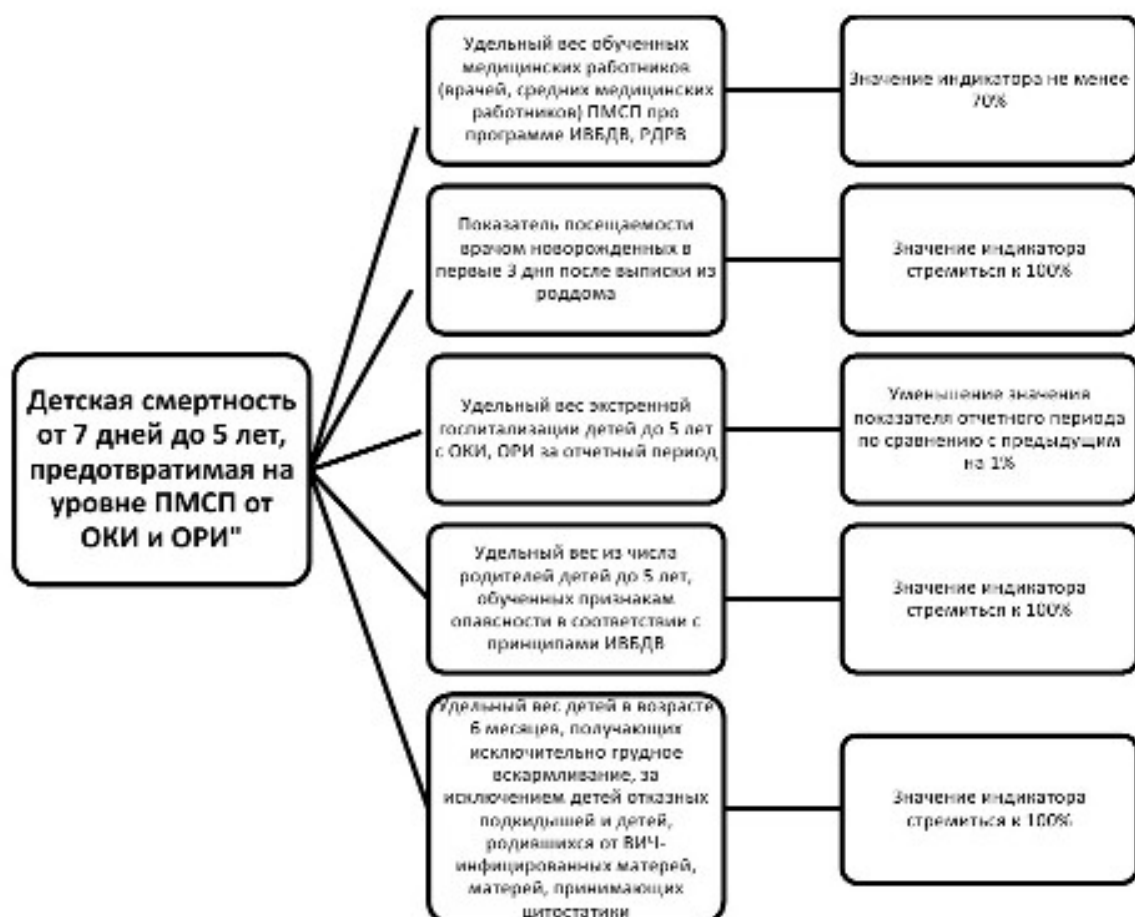


Рисунок 21 – Рекомендуемые индикаторы процесса, связанные и влияющие на результат по индикатору «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП от ОКИ и ОРИ».

По индикатору «Своевременно диагностированный туберкулез легких» (рисунок 22).



Рисунок 22 – Рекомендуемые индикаторы процесса, связанные и влияющие на результат по индикатору «Своевременно диагностированный туберкулез легких».

Наши исследования показали, что начиная с 2011 года наблюдается снижение количества несвоевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных среди прикрепленного населения. Это обеспечивается реализацией всех лечебно-профилактических мероприятий на уровне ПМСП: полный охват населения профилактической флюорографией среди обязательного контингента, выявляемость больных туберкулезом среди обследованных лиц методом флюорографии, проведение оздоровленных мероприятий из числа выявленных при целевых профилактических медицинских осмотрах, выполнение диагностического алгоритма у лиц с подозрением на туберкулез, госпитализация бацилловыделителей. Все это позволит в значительной степени сэкономить финансовые средства для системы здравоохранения.

По индикатору «Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации 1-2 стадии» (рисунок 23).

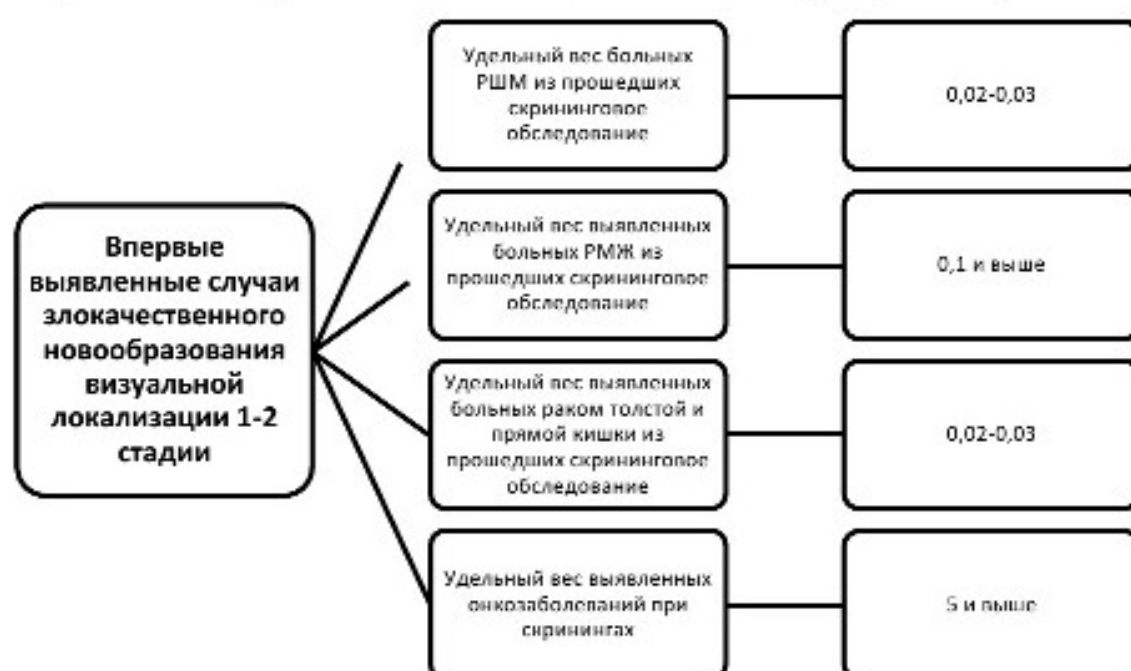


Рисунок 23 – Рекомендуемые индикаторы процесса, связанные и влияющие на результат по индикатору «Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации 1-2 стадии».

Общезвестно, что каждый случай выявленный на 3-4 стадии - это не выявленный больной на 1-2 стадии, своевременно не охваченный диспансерным наблюдением. Следовательно, медико-экономическая

эффективность данного индикатора заключается в снижении количества выявленных пациентов на 3-4 стадии путем их выявления на 1-2 стадии и проведении эффективных лечебных и профилактических мероприятий.

Проведение мероприятий по своевременному охвату диспансерным наблюдением больных с злокачественными заболеваниями и своевременным направлением на оздоровление больных с предопухолевыми заболеваниями, а эффективные лечебные мероприятия позволят снизить количество случаев злокачественного новообразования визуальной локализации. Таким образом, снижение показателя по данному индикатору и стимулирование специалистов ПМСП позволит в значительной степени не только повысить медицинскую эффективность, но и сэкономить финансовые средства, выделяемые на лечение указанной нозологии в системе здравоохранения.

По индикатору «Уровень госпитализации с осложнениями заболеваний сердечно – сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)» (рисунок 24).

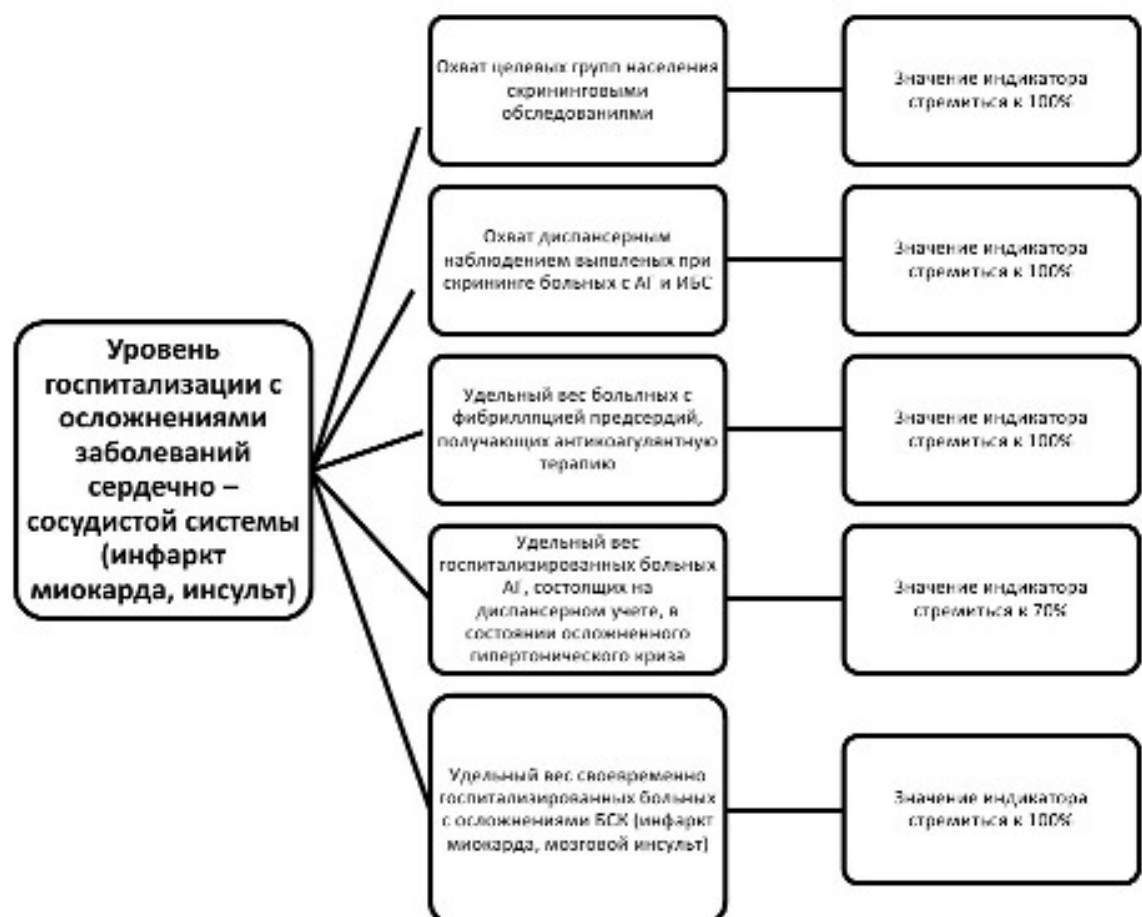


Рисунок 24 – Рекомендуемые индикаторы процесса, связанные и влияющие на результат по индикатору «Уровень госпитализации с осложнениями заболеваний сердечно – сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)».

В нашем исследовании параметрами (переменными) по данному индикатору явились: количество заболеваний с кодами по артериальной

гипертензии и стенокардии, контролируемые на уровне организаций ПМСП (Приложение 3) и сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации с заболеваниями сердечно – сосудистой системы. По данному индикатору наблюдается увеличение показателя госпитализации в дневной стационар и стационар на дому, что говорит об экономической эффективности от выделения средств на СКПН, способствующих достижению высоких результатов по данному индикатору.

Рекомендуемые индикаторы процесса должны использоваться на всех этапах построения системы менеджмента в медицинской организации. Определение степени достижения ключевых тактических и стратегических целей в виде конкретных индикаторов, позволяет осуществлять планирование кратко-, средне- и долгосрочных мероприятий. Система мониторинга индикаторов может и должна быть использована для оперативного принятия управленческих решений и своевременных изменений в политике здравоохранения.

Таким образом, проведенный объем исследования позволяет свидетельствовать об эффективности внедрения системы СКПН – сокращение расходов на затраты лечения путем снижения показателей целевых индикаторов (промежуточных целевых индикаторов). Результативная работа участковых служб ПМСП позволит в значительной степени сократить расходы на лечение в стационаре и как следствие отразиться на всей системе финансирования здравоохранения.

## Заключение

Проведенное исследование, направленное на изучение эффективности применяемых современных финансовых методов улучшения деятельности амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения позволило нам свидетельствовать о результативности проводимых государством инициатив в области здравоохранения.

Анализ методов оплаты работы медицинского персонала зарубежных стран свидетельствует, что большинство стран мира, которые изначально вводили вместо жалования оплату по объему оказанных услуг, в дальнейшем перешли на оплату по количеству больных, который в большинстве европейских стран является основным в первичной медицинской помощи. Основным стимулирующим составляющим данной системы оплаты остается размер жалования, который в странах ЕС достаточно высок, в отличие от государств постсоветского пространства (Россия, Казахстан, Киргизия и т.д.).

Ориентируясь на зарубежный опыт, страны постсоветского пространства определили институционально подушевое финансирование как наиболее рациональный метод финансирования медицинской помощи, и выстроили наиболее эффективные системы оплаты труда медицинских работников с учетом экономического потенциала своей страны, существующей модели медицинской помощи и т.д.

Проведенный обзор систем здравоохранения разных стран свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования механизмов оплаты труда медицинского персонала. При этом наиболее важной проблемой является полнота ресурсного обеспечения, использование адекватных методов оплаты медицинских услуг и дифференциация заработной платы медицинских работников по конечным результатам деятельности. Несмотря на широкую практику внедрения различных методик оплаты труда как в странах ближнего, так и дальнего зарубежья, применение компонента подушевого норматива вызвано стимулировать медицинский персонал к оказанию наиболее качественной помощи при наименьших затратах.

В Республике Казахстан на государственном уровне с 2000 года на смену бюджетно-сметному финансированию организаций ПМСП пришло финансирование по подушевому нормативу. Внедрение данного механизма финансирования способствовало достижению административной и финансовой самостоятельности организациями ПМСП, совершенствованию уровня менеджмента и управления ресурсами, расширению объема и качества услуг, оказываемых населению на уровне ПМСП.

Учитывая низкую плотность населения в Казахстане, а также сложившуюся на основе административного деления сеть организаций здравоохранения, достичь конкурентоспособности поставщикам услуг ПМСП сложно. Самостоятельно подушевое финансирование в данных условиях не способно стимулировать поставщиков услуг к непрерывному росту качества оказываемых услуг и повышению профилактической работы.

С 2011 года организации ПМСП в РК получают стимулирующие выплаты к основному компоненту подушевого норматива в соответствии с достигнутыми результатами работы. Внедрение стимулирующего компонента подушевого норматива (далее - СКПН) как конечный результат деятельности организации через оценку системы индикаторов является одним из решений проблемы обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи населению.

Нормативно закреплённые вопросы стимулирующей оплаты деятельности медицинских работников ПМСП позволяют реализовать стимулирующий компонент подушевого нормирования, сохраняя идеологию системы.

Таким образом, проблема мотивации медицинского персонала к повышению качества оказываемой медицинской помощи может быть решена посредством внедрения дифференцированной оплаты труда медицинских работников, при котором исключается равное распределение размера заработной платы с учетом трудового вклада каждого сотрудника в общие результаты работы.

В рамках нашего исследования был проведен анализ финансирования амбулаторно-поликлинических организаций в зависимости от колебаний оценочных индикаторов. В 2011 году на стимулирующий компонент было выделено 9 030 974 тыс. тенге, в 2012 году данная сумма составила 9 496 943 тыс. тенге и в 2013 году – 9 998 956 тыс.тенге, превышая значение прошлого года на 5,1% в обоих случаях. Увеличение финансирования и как следствие улучшение индикативных показателей свидетельствует об эффективности внедрение СКПН в процесс оказания медицинской помощи на ПМСП.

В рамках данного исследования был проведен количественный анализ индикаторов эффективности деятельности СКПН в разрезе регионов по итогам периода с 2011 по 2013 год. Данный анализ позволил оценить эффективность внедрения стимулирующего компонента подушевого нормирования в систему здравоохранения:

- По индикатору «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией» ожидаемо, что снижение ежеквартально показателя индикатора на 5% порогового значения (что от среднего числа случаев составляет 2 320 случаев) позволит сэкономить 417 001 879 тенге;

- По индикатору «Запущенные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации», с учетом финансовых средств, выделенных на стимулирование результатов деятельности по данному индикатору, экономическая эффективность в квартал составляет около 1 822 138 тенге (на СКПН по данному индикатору затрачивается около 2-3% от всей суммы затраченных средств на лечение);

- По индикатору «Запущенные случаи туберкулеза легких», согласно установленному порогу данного индикатора (снижение на 5%) ежеквартально достижение которого позволит сэкономить 4 206 502 тенге, в год данный показатель составит около 17 млн.тенге;

- По индикатору «Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару» среднее значение экономии средств в квартал составляет 2 090 055 082 тенге. С вычетом средств, выделенных на стимулирование работников можно предположить, что чистая экономия в среднем в квартал составляет 1 096 678 463 тенге и согласно установленному порогу достижения данного индикатора ежеквартально (5%) позволит сэкономить 2 557 595 074 тенге;

- По индикатору «Уровень госпитализации с осложнениями сердечно – сосудистой системы» при снижении данного показателя в квартал даже в среднем на 2-4% позволит в год сэкономить от 109 630 400 до 205 557 000 тенге, таким образом, экономическая эффективность от выделения средств на СКПН, способствующих достижению высоких результатов по данному индикатору, превалирует в несколько раз;

- По индикатору «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП» при достижении порогового значения СКПН, который равен 0, затраты снизятся на сумму около 100 000 тыс.тенге;

- По индикатору «Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП от ОКИ и ОРИ» экономический ущерб в результате смертности за период 2011 - 2013 года составляет 5 305 265 508,6 тенге.

На основании проведенных расчетов экономической эффективности по индикаторам, можно сделать вывод, что в среднем в квартал введение стимулирующей компонента подушевого нормирования позволяет сэкономить 5 124 761 845 тенге при усреднённом значении всех индикаторов и устранить экономический ущерб 541 239 842 тенге. Даже при выплате СКПН в регионах, что в среднем составляет 3-4% от всей суммы экономии, показатель экономической эффективности реализации индикаторов очень высок и при его ежеквартальном достижении порогового значения позволит в достаточной мере снизить расходы на здравоохранение стационара посредством увеличения эффективности деятельности ПМСП, определив значимость повышения профессионального уровня специалистов ПМСП, а также интегрированную работу с врачами профильной службы. В конечном счете, результаты деятельности, оцененные по индикаторам СКПН, являются оценкой качества деятельности всей медицинской организации.

В рамках данной научной работы, было проведено социологическое исследование, в котором приняло участие 1067 медицинских работников организаций ПМСП, внедривших СКПН: 307 врача (участковые педиатры, участковые терапевты, врачи общей практики, социальные работники) и 760 среднего медицинского персонала организаций.

В анкетировании среди врачебного персонала приняло участие 6,5% мужчины и 93,5% женщин, среди среднего медицинского персонала – 99,6 % женщин и 0,4% мужчин. В разрезе всех респондентов количество мужчин составляет 2,1% по отношению к 97,9% женщин. Данное обстоятельство, прежде всего, обосновывается в целом небольшим количеством мужчин



среди специалистов участковых служб (среднереспубликанское значение по данным Агентства по статистике РК среди врачей составляет 1:43 и 1:108 среди среднего медицинского персонала).

Среди опрошенных врачей, 20,8% составили врачи общей практики, 26,7% участковые педиатры и 49,5 % участковые терапевты. К группе других специальностей были отнесены социальные работники и психологи, на долю которых пришлось 2,9% опрошенных.

Состав респондентов представлен: врачами - 81,4% опрошенных, 87,2% респондентов - средние медицинские работники. Менее 20% респондентов приходится на заведующих отделениями и старших медицинских сестер в каждой категории.

Важной переменной в данном исследовании является влияние стажа работы медицинского работника на размер стимулирующих выплат. Достаточный стаж работы свидетельствует о качественной составляющей врачебного персонала, принимающего участие в данном исследовании.

Полученные данные свидетельствуют что, стаж работы специалистов в значительной степени влияет на размер стимулирующих оплат ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 68,312$ ), прямую зависимость между которыми показывает анализ таблиц сопряженности, построенных на непараметрических критериях в связи с неравномерным распределением изучаемого явления. При этом, чем ниже стаж работы врачей, тем ниже размер стимулирующих выплат. Аналогичная картина наблюдается и среди среднего медицинского персонала ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 235,113$ ).

Тем не менее, при общем влиянии стажа работы на размер стимулирующих выплат отсутствует взаимосвязь с квалификационной категорией врачей ( $p > 0,05$ ;  $\chi^2 = 16,968$ ). Аналогичная картина наблюдается у средних медицинских работников с 1 и 2 категорией. Но выявлена такая взаимосвязь для среднего медицинского персонала без категории и с высшей категорией ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 27,995$  и  $\chi^2 = 86,535$ ).

Изучение влияния специальности врача на размер стимулирующих выплат с учетом стажа работы не определено достоверным для врачей общей практики и участковых педиатров, тогда как для участковых терапевтов закономерность доказана ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 56,026$ ).

Размер стимулирующих надбавок зависит и от категории респондентов ( $p < 0,005$ ; LR=21,888), так по данным нашего исследования заведующие отделениями получают стимулирующие выплаты больше, чем врачи. 38% опрошенных заведующих отделениями получают стимулирующие выплаты в размере более 50% от квартального размера заработной платы, тогда как среди врачей стимулирующие выплаты составляют всего 23,6%.

Несмотря на то, что идеологически методология распределения СКПН не предполагает взаимосвязи стажа и наличия категории с размером стимулирующих выплат, результаты исследования свидетельствуют об обратном. Данное обстоятельство свидетельствует о необходимости в

проведении информационной работы и разработке механизма распределения средств среди работников медицинской организации.

Введение новых финансовых инструментов в систему здравоохранения зачастую сопряжено с организационно-функциональными изменениями в организации, которые могут быть выражены в принятии новых методов управления, изменении организационной структуры, введение системы мониторинга за результативностью, увеличение нагрузок на медицинских работников и т.д. Изучение влияния введения стимулирующих выплат свидетельствует об отсутствии явных изменений нагрузки врачей ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 12,361$ ). Несмотря на то, что 4,2% опрошенных респондентов среди врачей указали на изменение объема нагрузки на 0,25 и 0,5 ставки в сторону увеличения, данное обстоятельство они не связывают именно с увеличением выплат, а ссылаются на увеличение объема выплат в связи с расширением прикрепленного населения (отсутствием специалистов на других участках и т.д.). Совсем другая картина наблюдается среди среднего медицинского персонала, где данный показатель составил 21,54%. При этом наблюдается взаимосвязь между размером стимулирующих выплат и увеличением объема выполняемой работы ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 9,035$ ).

Анализ показал, что 82,2% опрошенных имеют представление о структуре своей заработной платы ( $p < 0,005$ ;  $\chi^2 = 54,013$ ) и 40,5% о критериях, согласно которым распределяются стимулирующие выплаты ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 130,246$ ). Важным определен тот факт, что больше всего информированы менеджеры медицинских организаций (заведующие отделениями и старшие медицинские сестры). Так, среди старших медицинских сестер около 90% респондентов ознакомлены со структурой получаемых выплат, тогда как среди средних медицинских работников более 30% не имеют представление о структуре своей заработной платы. Среди респондентов, указавших на информированность о заработной структуре только 42% указали на полную информированность о критериях и 48,5% на частичное (что зачастую выражает в знании оценочных критериев, а не знании механизма распределения средств).

Одним из путей повышения эффективности лечебно-диагностической и профилактической работы медицинской организации определено изучение особенностей профессиональной деятельности медицинского персонала, и как одного из критерия – удовлетворенность оплатой, работой, условиями и т.д. Изучение удовлетворенности в получаемой заработной плате с учетом стимулирующих надбавок среди всех респондентов показали, что 63% всех опрошенных указали на частичное и 25,4% на слабое удовлетворение в получаемом размере выплат. Даже при введении любого размера стимулирующих выплат для врачей характерна частичная удовлетворенность заработной платой. Взаимосвязь размера стимулирующих выплат и удовлетворенности в заработной плате наблюдается только среди средних медицинских работников ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 29,950$ ). Наблюдаемая тенденция роста удовлетворенности в заработной плате по отношению к увеличению

размера стимулирующих выплат свидетельствует о влиянии СКПН на удовлетворенность медицинского персонала в получаемых выплатах.

Не менее важным в эффективной организации лечебного процесса и достижении результативности деятельности является удовлетворенность работой сотрудников медицинской организации. Из всего контингента респондентов, только 8,3% опрошенных полностью удовлетворены работой, а 48% указали на частичное и 37% на слабое удовлетворение от работы. Аналогичная картина наблюдается и среди врачей, где 64% всех опрошенных указывают только на частичное и 14% полное удовлетворение от работы. Данный показатель является низким, не смотря на то, что общий процент удовлетворенности от работы составляет более 70%. Мировая практика показывает, что только при 90% удовлетворенности от профессиональной среды (работа), возможно получение высоких результатов деятельности.

Более 60% респондентов среди СМР указали на частичное удовлетворение работой, и 33,4% опрошенных на низкий уровень удовлетворенности. Одним из основных критериев в удовлетворенности работой определен показатель удовлетворенности заработной платой и как следствие выделяемым объемом стимулирующих выплат. Взаимосвязь данных трех составляющих показана ниже, при достоверности показателей  $p < 0,001$ . Так, чем ниже удовлетворенность заработной платой, следовательно, ниже удовлетворенность работой. При этом, данная гипотеза верна для всех групп стимулирующих выплат, что свидетельствует о прямой зависимости от удовлетворенности медицинских работников от получаемой заработной платы и удовлетворенностью самой работой.

Для определения факторов, способствующих повышению удовлетворенности работой, и как следствие качеством ее выполнения, нами была изучена корреляционная взаимосвязь между показателями удовлетворенности по отношению к условиям труда, графику работы и стимулирующим надбавкам. По мнению 93,3% респондентов качество работы зависит от стимулирующих выплат. Хотя, и указанные выше результаты исследования не подтверждают данную гипотезу, можно сделать вывод, что респонденты имели в виду при ответе на данный вопрос уровень стимулирующих выплат в достаточно высокой степени, которые являются индикативным показателем заинтересованности в удовлетворенности медицинских работников своей деятельностью. Немаловажным является и тот факт, что при незначительном увеличении заработной платы посредством стимулирующих выплат на медицинских работников возлагается больше ответственности, объем работы и т.д. По мнению 60% респондентов на качество работы влияют условия работы и 50% указывают на оптимальный график работы. Таким образом, первоочередным для повышения качества работы определено все же увеличение размера стимулирующих выплат при сохранении того же объема работы.

Основными критериями, которые должны учитываться при начислении стимулирующих выплат 86,9% опрошенных выделили отличные результаты деятельности (в частности ссылаясь на результаты оценочных индикаторов), 59,1% указали на отсутствие жалоб со стороны пациентов и коллег, при этом выделив в 25,1% случаев положительную оценку коллег. По мнению 75,2% респондентов необходимо учитывать наличие квалификационной категории у специалистов, и 63,6% стаж. Данные ответы полностью коррелируют с представленными выше результатами нашего исследования, свидетельствующих о том, что зачастую размер стимулирующих выплат зависит от стажа работы медицинского работника и квалификации, как это видно среди среднего медицинского персонала. Если врачи и средние медицинские работники определяют квалификацию, стаж и результаты деятельности основополагающими критериями, то по критерию «отсутствие жалоб» картина другая. Так, 79,8% опрошенных выделили отсутствие жалоб одним из преобладающих критериев (2-ое значение), тогда как средний медицинский персонал выделил его в 50,8% случаев.

Изучение общего влияния стимулирующего компонента подушевого нормирования на качество работы определено одним из важных показателей данного исследования, который способствует получению общей картины отношения медицинских работников к внедрению новой системы оплаты труда. Из общего числа респондентов 61,8% указали на незначительное увеличение заинтересованности сотрудников в достижение качественных показателей работы после перехода на СКПН, а 9,1% отметили существенные изменения. На отсутствие заинтересованности, не смотря на стимулирующие выплаты, указали 23% опрошенных. Аналогичное соотношение характерно как для врачей, так и для средних медицинских работников, за исключением того, что, по мнению врачей, существенные изменения после внедрения СКПН наблюдаются у 19% респондентов.

К тому же, проведенная оценка экономической эффективности внедрения СКПН с учетом динамики оценочных индикаторов позволяет нам свидетельствовать о зависимости показателей индикаторов и их финансирования. Выделение большего объема стимулирующих средств способствует улучшению деятельности специалистов участковых служб, мотивируя их к достижению результатов деятельности, содействуя повышению ее качества и безопасности. Определяя мотивирование медицинских работников посредством выделения дополнительных финансовых средств за счет проведения эффективной работы, важным инструментом системы на сегодняшний день.

Таким образом, проведенный объем исследования позволяет свидетельствовать об эффективности внедрения системы СКПН – сокращение расходов на затраты лечения путем снижения показателей целевых индикаторов. Результативная работа участковых служб ПМСП позволит в значительной степени сократить расходы и как следствие отразиться на всей системе финансирования здравоохранения.

## **Выводы**

1. В последнее десятилетие отмечается тенденция по использованию смешанных систем оплаты труда, сочетающих один и более элементов, таких как заработная плата, оплата в зависимости от объема и качества представленных услуг и стимулирование за достижение поставленных перед врачом целей.

2. Оценка экономического эффекта свидетельствует, что в среднем введение стимулирующего компонента подушевого нормирования позволяет экономить в 3,3 раза больше финансовых средств, от выделенных финансовых средств на СКПН за изучаемый период.

3. Внедрение СКПН в большей степени повлияло на удовлетворенность работой среднего медицинского персонала и имеет прямую зависимость от объема стимулирующих выплат ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 29,950$ ). Основными факторами влияющими на качество работы и удовлетворенность, по мнению медицинских работников, являются: уровень стимулирующих выплат (для 93,3% респондентов), условия работы (для 60% респондентов) и оптимальный график работы (для 50% респондентов).

4. Внедрение новой системы оплаты труда не в полной мере соответствует идеологии СКПН (взаимосвязи со стажем ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 72,705$ ); с должностью ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 21,888$ ), с категорией ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 86,535$ ), что требует совершенствования механизма распределения, основанного на достижении конечных результатов деятельности организаций ПМСП и соблюдения правил распределения СКПН.

5. Для повышения эффективности СКПН необходимо шире использовать промежуточные индикаторы процесса направленные на устранение причинных факторов.

## **Практические рекомендации**

1. С целью повышения эффективности использования СКПН и уровня информированности медицинских работников, необходимо проводить систематическое обучение медицинского персонала и экономистов технологии выбора и оценки показателей деятельности медицинских работников.
2. Для объективного установления вклада каждого работника в достижение индикаторов конечных результатов необходима разработка и утверждение индикаторов промежуточных результатов деятельности медицинского персонала.
3. Для обеспечения прозрачности и адекватности распределения средств СКПН необходимо разработать положение о порядке использования стимулирующих выплат в организациях ПМСП.
4. При оценке показателей деятельности организации ПМСП и распределении средств СКПН необходимо использовать наряду с утвержденными индикаторами конечных результатов и индикаторы промежуточных результатов, отражающих реализацию мероприятий по предупреждению причинных факторов.

## Список использованных источников

- 1.Послание Президента Республики Казахстан – Лидера нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана Стратегия «Казахстан -2050» от 14 декабря 2012г.
- 2.Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года №1113.
- 3.Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. – М.:Медицина, 2000. – С.57.
- 4.Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы/ Под ред. Моссиалоса Э., Диксон А., Фигераса Дж., Кутцина Д. - М., Весь мир, 2002. – 332 с.
- 5.Жилиева Е.П. Формы закрепления прав пациентов в законодательстве стран Европы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. - № 6. – С. 40-42.
- 6.Вишняков Н.И. Финансовое обеспечение медицинской помощи оптимального объема // Экономика здравоохранения. – 2006. - № 5. – С. 8-14.
- 7.Курманова Л.В. Опыт зарубежных стран в развитии здравоохранения в условиях рынка // Проблемы управления здравоохранением. -2001.-№2/3.- С.34.
- 8.Мекенбеч Дж. П. Вопросы неравенства в состоянии здоровья различных слоев населения в странах Европы // Российский семейный врач. – 2006. - № 2. – С. 46-47.
- 9.Джунусова Д.А. Системы финансирования здравоохранения в РК: проблемы и перспективы усовершенствования // Поиск.- 2006. - № 2 (2). – С. 30-34.
- 10.Шильникова Н.Ф. Анализ эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении на основе комплексной оценки качества и доступности медицинской помощи населению Читинской области / Н.Ф. Шильникова, В.О. Флек. – Чита : Экспресс-издательство, 2008. – 120 с.
- 11.Шелехов С.Ю. Управление ресурсным потенциалом здравоохранения: автореф..... канд. экон. наук. – Новосибирск, 2008.- 31 с.
- 12.SmanovK.D., DikanbacvaS.A., IsacvD.S. etal. Modelling foundations of the processes of resources maintenance of medical care //Abstract Book for the 18<sup>th</sup> Nordic Meeting in Social Medicine and Public Health. – Helsinki, 2007. – P. 54-55.
- 13.Gelmon S.B., Reagan J.T. Assessment a quality improvement framework. A source book for Health administration education // US.D.H.H.S.PHS. Health resources and services Administration. – W., 2001. - 163 p.
- 14.Iclehart J.K. The American Health Care System // The New Engl.J.Med. –1992. – P. 962-967.

15. Система здравоохранения: время перемен. Венгрия. Краткий обзор / Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005- 11 с.
16. Мартынович А. Система здравоохранения Венгрии: тернистый путь к европейскому совершенствованию. Ж.: Здоровье Украины - №18, - 2008.- С.30-31.
17. White C. GP contract settlement under threat /British Medical Journal, 2005.- 332(7532).-P. 10-13.
18. Smith P.C. Quality in centives: the case of UK general practitioners / Health Affairs, NYork, 2004. - 23(3).-P.112-118.
19. Чернышев В.М., Стрельченко О.В., Заиграев А.Л. и др. Дифференцированная оплата труда в здравоохранении. – ФГБУЗ СЛМЦ ФМБА России, Новосибирск, 2011- 122с.
20. Томсон С., Фурбиетер Т., Моссиалос Е. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения / Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения, 2010г.- С. 48-52.
21. Blomh.G. et al. Continuous Quality Development: A Proposed National Policy. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998. – 21 p.
22. Кутзин Д., Кашин С., Жакаб М. Реформы финансирования здравоохранения: Опыт стран с переходной экономикой/ Европейское региональное бюро ВОЗ/ Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2011. – 442с.
23. Allin S., Davaki K., Mossialos E. Paying for «free» healthcare: the conundrum of informal payments in post communist Europe /Global corruption report. Transparency International. -Berlin, 2006.-82p.
24. Зубенко С.А. Механизмы финансирования здравоохранения на базе сравнительной характеристики действующих мировых систем.- М: 2011.- 32с.
25. Цзихуа У. Медико-демографическое исследование смертности населения в КНР // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. - № 4. – С. 69-72.
26. Цзихуа У. Формирование современной системы социальной защиты в Китае: пути совершенствования // Главврач. – 2005. - № 3. – С. 104-107.
27. Межевский Н. Лицом к вызову: опыт реформ // Первое совещание сообщества экспертов по здоровью и стратегии финансирования здравоохранения. - Варшава, 2002. - С.72-73.
28. Беянинова Ю.В., Пономарева Н.Г., Хасин К.В. Нормирование труда и системы заработной платы // Управление персоналом. - 2005. – С.92-94.
29. Чен А.Н., Бейсенбекова Г.К., Рахимбекова Д.К. Разделение служб ПМСП от стационаров в сельском здравоохранении: Материалы IV Международной научно-практической конференции «Современные



аспекты общественного здоровья и здравоохранения». – Алматы, 2005. – С.141-143.

30.Куракбаев К.К., Чен А.Н., Аманжолова З.Д. К методике оценки финансового обеспечения организаций ПМСП г. Алматы // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – Алматы, 2006. - № 2, 3. – С.61-64.

31.Аканов А.А. Контуры здравоохранения XXI века. - Алматы, 2001. - 50с.

32.Латыпов Р.М. Инновационные организационные, медицинские и экономические технологии в первичной медико – санитарной помощи: автореф. дис. , 2008.- 30с.

33.Вялков В.И. Инновационные технологии управления ресурсами в здравоохранении/ А.И.Вялков. – М.: ГЭОТАР – Мед, 2001. – 144с.

34. Колосницына М.Г., Потанчик Е.Г., Селезнева Е.В., Темницкий А.Л., Шейман И.М., Шинкин С.В. Условия труда и мотивация медицинских работников (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении): Нац. Исслед.ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изддом Высшей школы экономики, 2011. – 80с.

35.Гребенщикова Н.И. Проблемы функционирования и совершенствования экономического механизма оплаты труда в здравоохранении: автореф. дис. д-ра мед.наук / Н.И.Гребенщикова — Саратов, 2003. — 42 с.

36.Дынчио А. Размер заработной платы у медицинского персонала в России и Европейском регионе, 2011.- С. 23-28.

37.Кременков А.Р. Организационно – правовые аспекты реализации законодательства о первичной медико – санитарной помощи в Российской Федерации: автореф. дис. канд. мед.наук/А.Р. Кременков – Москва, 2012г.- 30с.

38.Шипачев, К.В. Роль инновационных технологий организации медицинской помощи в повышении эффективности лечебно-профилактических учреждений: автореф. дис. д-ра мед.наук / К.В.Шипачев. — Кемерово, 2004. — 45 с.

39.Сараев А.Р. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию социально – экономического механизма оплаты труда участковых медицинских сестер. Самара, 2011.- С. 14-16.

40.Шинкин С.В., Шевский В.И. Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы. М.:2006г.- 36с.

41.Сараев А.Р. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию социально – экономического механизма оплаты труда участковых медицинских сестер. Самара, 2011.- С. 14-16.

42.Денисов И.Н., Черненко Е.И., Иванов А.И. и др. Методические рекомендации «Финансирование общих врачебных (семейных) практик при условии обязательного медицинского страхования, 2003г.- С. 8-9.

43. Антронов В.В. Медицинское страхование в Германии // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. - № 4. – С. 16-21.
44. Степанов А. Перспективы совершенствования страховой медицины в ФРГ // Главврач. – 2004. - № 5. – С. 86-88.
45. Антронов В. В. Здравоохранение и медицинское страхование в Швеции // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. - № 1. – С. 43-48.
46. Пчелин В. Система Канадского здравоохранения // Круглый стол. – 2004. - № 3. – С. 10-41.
47. Артемова Л.А. Организация медицинской помощи в США // Главврач. – 2005. - № 6. – С. 97-101.
48. Шаховский К.П., Воронов А.Я., Юновидов Н.М. Современные тенденции в организации здравоохранения в США // Медицинский реферативный журнал. - 2000. - №11., Разд. 16. - С.14-17.
49. Кича Д.И. Повышение эффективности здравоохранения через структурные преобразования / Д.И.Кича, М.И. Ликетанов, Б.М.Каплан. — М., 2003.- 47с.
49. Аканов А.А. Исторический опыт и пути развития здравоохранения Казахстана: материалы республиканской научно-практической конференции к 75-летию видного ученого, социал-гигиениста и организатора здравоохранения доктора медицинских наук, профессора Петрова П.П. - Алматы, 2003 - С. 4-7.
50. Заборовская А.С. Организация финансирования здравоохранения в регионах России // Здравоохранение. – 2005. - № 11. – С. 41-49.
51. Житников Ю.М., Власенко Т.Я. Оплата труда в здравоохранении. - М.:МЦФЭР, 2003. - 560 с.
52. Пивень Д.В., Дудин П.Е., Агапитов А.Е. Планирование и оценка результатов деятельности в сфере здравоохранения // Здравоохранение. – 2006. - № 7. – С. 13-20.
53. Галкин В. А. Усовершенствование поликлинической терапевтической помощи - актуальная задача здравоохранения // Терапевтический архив. – 2005. - № 1. – С. 6-8.
54. Шамшурина Н.Г. Методология ценообразования в медицинской организации // Здравоохранение. – 2006. - № 1. – С. 147-155.
55. Флек В.О. Экономический анализ реализации Программы госгарантий – основа разработки и финансирования государственных и муниципальных заданий медицинским организациям // Здравоохранение. – 2004. - № 7. – С. 25-37.
56. Мелякова А.А. Организационные аспекты в системе совершенствования первичной медико-санитарной помощи // Вопросы диагностики и лечения злокачественных опухолей: тезисы докладов 7-й Дальневосточной онкологической конференции, Владивосток, 27-28 сентября 2005. – Владивосток, 2005. – С. 29-37.
57. Лисицын Ю.П. Здравоохранение в XX веке. - М.: Медицина, 2002. – 215 с.

58. Тернов С.Ф., Малаховская М.В. Экономические принципы государственного регулирования рынка медицинских услуг // Экономика здравоохранения. – 2005. - № 1. – С. 34-38.

59. Шамшурина Н. Г. Здравоохранение как корпоративная система в составе социальной сферы. Специфика рынка медицинских услуг // Здравоохранение. – 2005. - № 8. – С. 149-166.

60. Комаров Г. А. Деятельность системы ОМС в условиях современной системы финансирования / Г. А. Комаров, Ю. П. Бойко // Экономика и практика обязательного медицинского страхования. – 2005. - № 1. – С. 5-10.

61. Heath I. A general practitioner for every person in the world. BMJ – 2008. – P. 336:861J.

62. Духанина И.В., Духанина М.В. Персонализированная оценка труда медицинского персонала как метод повышения результативности медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. - № 3. – С. 35-39.

63. Линденбратен А.Л. О финансировании здравоохранения // Медицинская помощь. – М., 2005. - № 1. - С. 3-5.

64. Кадыров Ф.Н. Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении: (материальное стимулирование специалистов различных подразделений и учреждений здравоохранения). - М.: Грантъ, 2003. - 336 с.

65. Иорданиян А.В. Стимулирование труда медицинских работников в условиях ОМС // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2001. - №3(21). – С.31-32.

66. Духанина И.В., Духанина М.В. Методические подходы к оценке затрат труда и количества работы врачей // Экономика здравоохранения. – 2005. - №4. – С.10-14.

67. Денисов И.Н. Оплата труда врачей общей практики (семейных врачей) // Главврач. – 2005. - № 12. – С. 88-93.

68. Рахимбекова Д.К., Смаилов А.С., Мухамадиева Р.М. и др. К проблеме дифференциации ресурсного обеспечения амбулаторно-поликлинических организаций // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы, 2006. – №38. - С.12-15.

69. Есаян К.С. К вопросу о возможности применения стимулирующих форм оплаты труда персонала станций скорой медицинской помощи // Экономика здравоохранения. – 2006. - №5. – С.15-18.

70. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Турдалиева Б.С., Исина З.Б. Теория и практика организации здравоохранения. Алматы, 2003. – 64 с.

71. Биболова А.З. К вопросу финансирования отрасли здравоохранения // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – Алматы, 2001. - №1. – С. 85-88.

72. Исакова Л.Е., Шейман И.М. Оплата медицинской помощи в условиях медицинского страхования: зарубежный опыт и практические рекомендации. - Кемерово, 2002.-с.43.

73.Галкин В.А. Усовершенствование поликлинической терапевтической помощи - актуальная задача здравоохранения // Терапевтический архив. – 2005. - № 1. – С. 6-8.

74.Юдин С.В. Мотивационные медико-социальные условия совершенствования системы амбулаторно-поликлинической помощи муниципального и негосударственного сектора // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. - № 4. – С. 28-32.

75.Юдин С.В. Социологические исследования как метод определения мотивационных условий совершенствования первичной медико-санитарной помощи // Тюменский медицинский журнал. – 2005. - № 5. – С. 19-22.

76.Тернов С.Ф., Малаховская М.В. Экономические принципы государственного регулирования рынка медицинских услуг // Экономика здравоохранения. – 2005. - № 1. – С. 34-38.

77.Шамшурина Н. Г. Здравоохранение как корпоративная система в составе социальной сферы. Специфика рынка медицинских услуг //Здравоохранение. – 2005. - № 8. – С. 149-166.

78.Heath I. A general practitioner for every person in the world. BMJ. – 2008. – P. 336:861.

79.Waldman R. Health programming for rebuilding states: a briefing paper. Arlington VA, Partnership for Child Health Care, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS). - 2007. – P.346-388.

80.McDaniel A. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. Health Care Management Review. – 2000. – P. 25-43.

81.Macq J et al. Quality attributes and organisational options for technical support to health services system strengthening. Background paper commissioned for the GAVI–HSS Task Team, Nairobi, August 2007. – P. 8-14.

82.Castro, F., J. M. Da-Rochay P. Delicado (2002), Desperately seeking: estimating the distribution of consumers under increasing block rates, Journal of Regulatory Economics, 22 (U: 29-58.

83.OECD. StatExtracts [online database]. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development, 2008. – P.369.

84.Жузжанов О.Т. Основные направления развития и реформирования национальной системы охраны и укрепления здоровья народа и развития здравоохранения: материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан (г.Астана, 18-19 октября 2007 года). – Астана, 2007. – Т.1., Ч.1. – С. 63-66.

85.Досаев Е.А., Аканов А.А., Амангельдиев А.А. и др. Реформирование и развитие здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. - Астана-Алматы, 2004. -118 с.

86.Pangu KA. Health workers' motivation in decentralised settings: waiting for better times? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies. Antwerp, ITG Press, 2004:19–30.

87. The World Health Report 2007 – A safer future: global public health security in the 21<sup>st</sup> century. Geneva, World Health Organization, 2007. – 131p.

88. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*, 2003, 334:1441–1447.

89. Sachs Jeffrey D. and Andrew Warner, 2000, *Economic Reform and the Process of Global Integration*, *Brookings Paper on Economic Activity*, No. 1. – 198p.

90. Grindle MS. The good government imperative: human resources, organizations, and institutions. In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 2000 (*Harvard Studies in International Development*: 3–28).

91. Baser H, Morgan P. *Capacity, change and performance*. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008. – 56p.

92. MacDonald Ronald and Jun Nagayasu, 2000, *The Long-Run Relation Between Real Exchange Rates and Real Interest Rate Differentials: a Panel Study*, *IMF Staff Papers* Vol. 47 no. 1 (November), pp. 116-128.

93. Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, May 2008. – P. 84-92.

94. Девинцев Р.И., Смирнова Н.И. *Обоснованных способах оплаты медицинской помощи в России и за рубежом* // *Главный врач*. – 2004. – № 12. – с. 68-79.

95. Macq J et al. *Quality attributes and organizational options for technical support to health services system strengthening*. Background paper commissioned for the GAVI–HSS Task Team, Nairobi, August 2007. Pp. 102-106.

96. Castro, F., J. M. Da-Rocha y P. Delicado (2002), *Desperately seeking es: estimating the distribution of consumers under increasing block rates*, *Journal of Regulatory Economics*, 22 (U: 29-58).

97. Moccero D. *Delivering cost-efficient public services in healthcare, education and housing in Chile*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (*Economics Department Working Papers* No. 606)

98. Nauges C. y A. Thomas (2000), *Privately-operated water utilities, municipal price negotiation and estimation of residential demand: the case of France*, *Land Economics*, 76 (U: 68-85).

99. Исакова Л.Е., Шейман И.М. *Оплата медицинской помощи в условиях медицинского страхования: зарубежный опыт и практические рекомендации*. – Кемерово, 2002. – с. 43.

100. Шейман И.М. *Реформа управления и финансирования здравоохранения*. М.: «Русь», Издатцентр, 2003. – С. 125.

101. Waldman R. Health programming for rebuilding states: a briefing paper. Arlington VA, Partnership for Child Health Care, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS). - 2007. - P.346-388.

102. Willig R. D. (1998), Consumers surplus without apology, *American Economic Review*, 66 (4): 589-597.

103. Щенин В.О., Тицук Е.А. Опыт зарубежного здравоохранения: уроки и выводы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - № 5. - С. 43-50

104. Вартанян Ф.Е., Рожецкая С.В. Финансирование здравоохранения в зарубежных странах // *Здравоохранение*. - 2005. - № 3. - С. 49-55.

105. Кучеренко В.З., Антропов В.В. Системы финансирования здравоохранения в странах Европейского союза // *Экономика здравоохранения*. - 2005. - № 7. - С. 8-13.

106. Miller MA, Pisani E. The cost of unsafe injections. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:808-811.

107. The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000. - P.177-183.

108. Шилов В.В., Черноморец В.В. Материальное благополучие медицинских работников как фактор повышения качества оказания амбулаторной медицинской помощи населению // *Главврач*. - 2006. - № 3. - С. 52-56.

109. Духанина И.В., Духанина М.В. Персонализированная оценка труда медицинского персонала как метод повышения результативности медицинской помощи // *Здравоохранение Российской Федерации*. - 2006. - № 3. - С. 35-39.

110. Кульжанов М.К., Муминов М.А., Новиков А.В. Платные медицинские услуги в системе здравоохранения Казахстана // *Здравоохранение Казахстана*. - Алматы, 1995. - №8. - С.4-7.

111. Кучеренко В.З. Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс // *Проблемы управления здравоохранением*. - 2005. - №4. - С. 5-10.

112. Кемалов Р.Ф. Предпосылки использования маркетинга в здравоохранении // *Экономика здравоохранения*. - 2005. - № 11/12. - С. 16-18.

113. Влодарчик Ц. Сообщество экспертов по здоровью и стратегии финансирования или о преимуществах сотрудничества соседей в сфере реформы здравоохранения // Первое совещание сообщества экспертов по здоровью и стратегии финансирования здравоохранения. - Варшава, 2002. - С.9-11.

114. Антонов Д.П. Зарубежный опыт формирования финансовых ресурсов в здравоохранении // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. - 2005. - №6. - С.35-40.

115. Вартанян Ф.Е., Рожецкая С.В. Финансирование здравоохранения в зарубежных странах // *Здравоохранение*. - 2005. - № 3. - С. 49-55.

116. Кучеренко В.З., Антропов В.В. Системы финансирования здравоохранения в странах Европейского союза // Экономика здравоохранения. – 2005. - № 7. – С. 8-13.

117. Антропов В. В. Здравоохранение и медицинское страхование в Швеции // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. - № 1. – С. 43-48.

118. Кадыров Ф.Н. Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении: (материальное стимулирование специалистов различных подразделений и учреждений здравоохранения). - М.: Грантъ, 2003. - 336 с.

119. Бойко Ю.П., Комаров Г.А., Меламед Л.А. Концептуальные подходы к реформированию систем охраны здоровья в мире // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. - № 2. – С. 5-14.

120. Жилыева Е.П. Формы закрепления прав пациентов в законодательстве стран Европы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. - № 6. – С. 40-42.

121. Пчела Л.П. Организационная технология внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников в учреждениях здравоохранения федерального подчинения. - Иркутск, 2010. - 176с.

122. Иванова М.С. Финансирование системы здравоохранения: Россия и зарубежный опыт // Адвокат. – М., 2003. - № 12. - С.5-11.

123. Вишняков Н.И. Финансовое обеспечение медицинской помощи оптимального объема // Экономика здравоохранения. – 2006. - № 5. – С. 8-14.

124. Курманова Л.В. Опыт зарубежных стран в развитии здравоохранения в условиях рынка // Проблемы управления здравоохранением. -2001.-№2/3.- С.34.

125. Бойко Ю.П., Комаров Г.А., Меламед Л.А. Концептуальные подходы к реформированию систем охраны здоровья в мире // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. - № 2. – С. 5-14.

126. Мекенбеч Дж. П. Вопросы неравенства в состоянии здоровья различных слоев населения в странах Европы // Российский семейный врач. – 2006. - № 2. – С. 46-47.

127. Шилов В.В., Черноморец В.В. Материальное благополучие медицинских работников как фактор повышения качества оказания амбулаторной медицинской помощи населению // Главврач. – 2006. - № 3. – С. 52-56.

128. Затмари М. Основы венгерской системы здравоохранения, опирающейся на страхование и семейных врачей // Первое сообщение сообщества экспертов по здоровью и стратегии финансирования здравоохранения. - Варшава, 1993. - С.40-45.

129. Влодарчик Ц. Сообщество экспертов по здоровью и стратегии финансирования или о преимуществах сотрудничества соседей в сфере реформы здравоохранения // Первое совещание сообщества экспертов по здоровью и стратегии финансирования здравоохранения. - Варшава, 2002. - С.9-11.

130. Кучеренко В.З. Механизмы регулирования и оценка эффективности рынка добровольного медицинского страхования в странах Европейского союза // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 3/4. – С. 5-17.

131. Аканов А.А., Куракбасев К.К., Чен А.Н., Ахметов У.И. Организация здравоохранения Казахстана: учебник. – Астана-Алматы, 2006. – 231 с.

132. Тулебаев К.А. Научное обоснование реформирования и развития первичной медико-санитарной помощи в Казахстане в условиях перехода к рынку: автореф. ... докт. мед. наук. - Алматы, 1999. – 38 с.

133. Абылкасымов Е.А., Девятко В.Н., Захаров И.С. К вопросу о принципах управления качеством медицинской помощи, оказываемой в рамках государственного заказа // Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко, РАМН.- Москва, 2002. - Ч. II. -С.15-19.

134. Чен А.Н., Жанпаров З.Ж., Ботайбеков А. О Мониторинге экономической эффективности организации ПМСП населению // Инновационная деятельность ЦКБ медицинского УДП РК. – Алматы, 2007. - С.136-140.

135. Чен А.Н., Куракбасев К.К., Жанпаров З.Ж. К методике мониторинга ресурсного обеспечения организаций ПМСП // Денсаулық сақтауда дамыту журналы. – Алматы, 2007. - №2(43) - С.47-50.

136. Аканов А.А. Исторический опыт и пути развития здравоохранения Казахстана: материалы республиканской научно-практической конференции к 75-летию видного ученого, социал-гигиениста и организатора здравоохранения доктора медицинских наук, профессора Петрова П.П. - Алматы, 2003 - С. 4-7.

137. Чен А.Н., Бейсенбекова Г.К., Рахимбекова Д.К. Разделение служб ПМСП от стационаров в сельском здравоохранении: Материалы IV Международной научно-практической конференции «Современные аспекты общественного здоровья и здравоохранения». – Алматы, 2005. – С.141-143.

138. Аманжолова З.Д., Чен А.Н., Куракбасев К.К. Современные тенденции в основных расходах детских больниц г. Алматы // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению: материалы IV ежегодной международной научно-практической конференции «Современные аспекты общественного здоровья и здравоохранения» - Алматы, 2007. - №6. – С.112-113.

139. Ким С.В., Абилдаев Т.Ш., Омарбекова С.Ж. О восстановлении сети медицинских организаций в Казахстане // Здравоохранение Российской Федерации. - 2005. - № 3. - С. 50-52.

140. Жужжанов О.Т. Основные направления развития и реформирования национальной системы охраны и укрепления здоровья народа и развития здравоохранения: материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан (г. Астана, 18-19 октября 2007 года). – Астана, 2007. – Т.1., Ч.1. –С. 63-66.



141.Досасев Е.А., Аканов А.А., Амангельдиев А.А. и др. Реформирование и развитие здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. - Астана-Алматы, 2004. -118 с.

142.Ким С.В., Абилдаев Т.Ш., Омарбекова С.Ж. О восстановлении сети медицинских организаций в Казахстане // Здравоохранение Российской Федерации. - 2005. - № 3. - С. 50-52.

143.Аканов А.А., Девятко В.Н., Кульжанов М.К., Общественное здравоохранение в Казахстане: концепция, проблемы и перспективы, Алматы, 2001. - 100 с.

144.Девятко В.Н. Здоровье народа - приоритет стратегии развития государства // Новое в медицине и фармации.-1999. -№5-6. -С.3-8.

145.Аманжолова З.Д., Абеуова Ж.С., Лаврентьева И.К., Тайлакова Н.А. Состояние и перспективы совершенствования ПМСП // Денсаулықсақтаудыдамыту журналы. – Алматы, 2007. - №2(43) - С.25-30.

146.Чен А.Н., Рахимбекова Д.К., Волков И.Б. и др. Актуальные вопросы научного сопровождения внедрения общеврачебной практики в Республике Казахстан // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. - Алматы, 2005. - №37. – С. 59-61.

147.Чен А.Н., Рахимбекова Д.К., Сергеева Т.Н., Бекбогасв Е.К. К вопросу об управлении качеством медицинской помощи в условиях общеврачебной практики: Материалы республиканской научно-практической конференции «Реформирование и развитие сельского здравоохранения в РК», посвященной завершению Года Аула. – Астана – Алматы – Талдыкорган, 2005, С. 160-162.

148.Манерова О.Л. Об основных направлениях кадровой политики в здравоохранении // Проблемы управления здравоохранением. - 2004. - №6. - С.29-33.

149.Маджуга В.П. К вопросу реформирования отдельных принципов организации и финансирования здравоохранения РК // Материалы II республиканской научно-практическойконференции «Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения РК». - Алматы, 2002.-С.64-68.

150.Кульжанов М.К., Чен А.Н. Актуальные проблемы управления общественным здоровьем и здравоохранением // Казахстанско-Американский журнал - Алматы, 2001. - № 1. - С.23-33.

151.Кисикова С.Д., Кульжанов М.К., Захаров И.С. Некоторые экономические аспекты платных амбулаторно-поликлинических услуг в г. Алматы: Материалы Преспубликанской научн. практ. конференц. «Опыт, проблемы и перспективы реформирования здравоохранения в РК». - Алматы, 2002. - С. 141-142.

152.Шарманов Т.Ш. Экономика здравоохранения и перспективы государственной службы охраны здоровья в Казахстане. – Алматы, 2000. - 96с.

153.Чен А.Н., Чимбасва Г.А., Арсланова Н.И. и др. В преддверии внедрения общеврачебной практики: Материалы республиканской научно-практической конференции «Реформирование и развитие сельского здравоохранения в РК (посвященной завершению Года Аула. – Астана – Алматы – Талдыкорган, 2005. - С. 158-160.

154.Кульжанов М.К., Куракбасв К.К., Чен А.Н. и др. Методические подходы к внедрению частичного фондодержания в организациях ПМСП //Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – Алматы, 2006. - № 2, 3. – С.57-59.

155.Куракбасв К.К., Чен А.Н., Аманжолова З.Д. К методике оценки финансового обеспечения организаций ПМСП г. Алматы // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – Алматы, 2006. - № 2, 3. – С.61-64.

156.Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: «Русь», Издатцентр, 2003.- 125 с.

157.Экономика здравоохранения. Учебное пособие / Под ред. И.М. Шеймана. М.: ТЕИС, 2004.- 280 с.

158.Жузжанов О.Т. Основные направления развития и реформирования национальной системы охраны и укрепления здоровья народа и развития здравоохранения: материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан (г.Астана, 18-19 октября 2007 года). – Астана, 2007. – Т.1.,Ч.1. –С. 63-66.

159.Аманжолова З.Д., Абсуова Ж.С., Лаврентьева И.К., Тайлакова Н.А. Состояние и перспективы совершенствования ПМСП // Денсаулыксактаудыдамыту журналы. – Алматы, 2007. - №2(43) - С.25-30.

160.Чен А.Н., Рахимбекова Д.К., Сергеева Т.Н., Бекботаев Е.К. К вопросу об управлении качеством медицинской помощи в условиях общеврачебной практики: Материалы республиканской научно-практической конференции «Реформирование и развитие сельского здравоохранения в РК (посвященной завершению Года Аула. – Астана – Алматы – Талдыкорган, 2005, С. 160-162.

161.Щенин В.О., Купсева И.А. Анализ состояния динамики кадровых ресурсов здравоохранения субъектов Российской Федерации в 1990-2004 гг. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2007. - № 1. - С. 3-6.

162.Манерова О.Л. Об основных направлениях кадровой политики в здравоохранении // Проблемы управления здравоохранением. - 2004. - №6. - С.29-33.

163.Шамшурина Н. Г. Автономная некоммерческая организация и развитие экономических отношений в здравоохранении // Здравоохранение. – 2005. - №3. – С. 37-42.

164.Методические рекомендации по определению стимулирующего компонента подушевого норматива для организаций первичной медико -

санитарной помощи. Ермекбаев К.К., Хе Н.С., Киль Н.В., Снатас Е.М. Методические рекомендации, А.: 2011.- С.35-38.

165.Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года №801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

166.Приказ Министра здравоохранения РК от 20 мая 2011 года №310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников».

167.Приказ Министра финансов Республики Казахстан от 1 апреля 2010 года №141 «Некоторые вопросы Единой бюджетной классификации Республики Казахстан».

168.Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2011 года №21 «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года №801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

169.Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 марта 2011 года №105 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстана от 26 ноября 2009 года № 801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

170.Приказ Министра здравоохранения РК от 20 мая 2011 года №310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников».

171.Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года №689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрений».

172.Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 сентября 2011 года № 622 «О внесении изменений и дополнений в приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 года № 310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников» и от 26 ноября 2009 года № 801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

173.Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2011 года №14 «О внедрении дополнительного компонента к тарифу первичной медико – санитарной помощи».

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### АНКЕТА ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ОБЛАСТНЫХ И ГОРОДСКИХ УПРАВЛЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЙ

Наименование организации \_\_\_\_\_

Регион \_\_\_\_\_

Кол-во организаций всего \_\_\_\_\_

Кол-во организаций СКПН \_\_\_\_\_

1	Вы знаете, как устанавливается размер СКПН для Вашего региона и для каждой организации ПМСП Вашего региона?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не знаю <input type="checkbox"/> другое
2	Вы можете влиять на размер СКПН для Вашего региона?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не знаю <input type="checkbox"/> другое
3	Вы отслеживаете полноту и качество размещения организациями ПМСП на Портал СКПН данных по индикаторам процесса?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не знаю <input type="checkbox"/> другое
4	Каким документом оформляется передача средств СКПН от Вашего Управления в организации ПМСП?	
5	Вы обсуждаете с организациями результаты квартала по каждому индикатору оценки конечного результата?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не знаю <input type="checkbox"/> другое
6	Влияет ли СКПН на качество и объем работы, выполняемой организациями ПМСП Вашего региона? (при выборе "Да" укажите каким образом в графе "Другое")	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не знаю <input type="checkbox"/> другое
7	Меры по улучшению СКПН	

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### АНКЕТА ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПМСП

Наименование организации \_\_\_\_\_

Регион \_\_\_\_\_

1	Знаете ли Вы, как определяется размер СКПН для Вашей организации?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не знаю <input type="checkbox"/> другое
2	Можете ли Вы повлиять на размер СКПН для Вашей организации?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не знаю <input type="checkbox"/> другое
3	Вы участвуете в распределении СКПН для каждого сотрудника вашей организации?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не знаю <input type="checkbox"/> другое
4	При распределении СКПН вы учитываете результаты деятельности участков по индикаторам процесса?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не знаю <input type="checkbox"/> другое
5	Вы проводите сравнительный анализ итогов деятельности и сумм СКПН за квартал между Вашей организацией и другими организациями ПМСП региона	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не знаю <input type="checkbox"/> другое
6	Влияет ли СКПН на качество и объем выполняемой Вашими сотрудниками работы? (при выборе "Да" укажите каким образом в графе "Другое")	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не знаю <input type="checkbox"/> другое
7	Считаете ли Вы своевременность и полноту мер по распределению СКПН до уровня территориальных участков организаций ПМСП основными факторами процесса эффективного построения системы СКПН	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не знаю <input type="checkbox"/> другое
8	Меры по улучшению СКПН	

## ПРИЛОЖЕНИЕ С

### АНКЕТА ИЗУЧЕНИЯ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПМСП О НОВОЙ СИСТЕМЕ ОПЛАТЫ ТРУДА

Регион \_\_\_\_\_

1	Пол <input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен
2	Возраст <input type="checkbox"/> 20-29 лет <input type="checkbox"/> 30-39 лет <input type="checkbox"/> 40-49 лет <input type="checkbox"/> 50-59 лет <input type="checkbox"/> 60 и старше
3	Стаж работы _____
4	Квалификационная категория <input type="checkbox"/> без степени <input type="checkbox"/> вторая <input type="checkbox"/> первая <input type="checkbox"/> высшая
5	Специальность <input type="checkbox"/> участковый терапевт <input type="checkbox"/> участковый педиатр <input type="checkbox"/> психолог <input type="checkbox"/> ВОП <input type="checkbox"/> социальный работник <input type="checkbox"/> другое
6	Ученая степень <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> к.м.н. <input type="checkbox"/> д.м.н.
7	Категория работника <input type="checkbox"/> Врач <input type="checkbox"/> Заведующий отделением и зам.главного врача
8	Объем выполняемой работы <input type="checkbox"/> 1,0 ставки <input type="checkbox"/> 1,25 ставки <input type="checkbox"/> 1,3 ставки <input type="checkbox"/> 1,5 ставки <input type="checkbox"/> 1,75 ставки
9	Размер заработной платы _____ тенге
10	Знаете ли Вы структуру начисляемой Вам заработной платы?

	<input type="checkbox"/> Я знал структуру заработной платы до перехода на новую систему оплаты труда, и понятен после <input type="checkbox"/> Я знал структуру заработной платы до перехода на новую систему оплаты труда, но не знаю - после <input type="checkbox"/> Я не знаю структуру заработной платы ни до перехода на новую систему оплаты труда, ни после
11	Изменился ли размер заработной платы после перехода на новую систему оплаты труда <input type="checkbox"/> да, значительно вырос <input type="checkbox"/> да, но не значительно увеличился <input type="checkbox"/> нет, не изменился <input type="checkbox"/> нет, уменьшился
12	Каков размер стимулирующих выплат ежеквартально _____ тенге
13	Знаете ли Вы критерии, которые учитываются при начислении Вам стимулирующих выплат после перехода на новую систему оплаты труда? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> приблизительно <input type="checkbox"/> нет
14	Изменился ли объем Ваших должностных (кол-во ставок) или Ваша квалификационная категория после перехода на новую систему оплаты труда? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> нет
15	Удовлетворены ли Вы размером Вашей заработной платы в настоящее время? <input type="checkbox"/> Удовлетворен полностью; <input type="checkbox"/> Достаточно удовлетворен; <input type="checkbox"/> Слабо удовлетворен <input type="checkbox"/> Не удовлетворен
16	Удовлетворены ли Вы объемом Вашей работы? <input type="checkbox"/> Удовлетворен полностью; <input type="checkbox"/> Достаточно удовлетворен; <input type="checkbox"/> Слабо удовлетворен <input type="checkbox"/> Не удовлетворен
17	Удовлетворены ли Вы графиком работы? <input type="checkbox"/> Удовлетворен полностью; <input type="checkbox"/> Частично удовлетворен; <input type="checkbox"/> Не удовлетворен
18	Какие критерии, на Ваш взгляд, должны учитываться при начислении стимулирующих выплат? <input type="checkbox"/> Наличие и уровень квалификационных характеристик <input type="checkbox"/> Стаж работы в данной организации <input type="checkbox"/> Хорошие результаты работы <input type="checkbox"/> Отсутствие жалоб пациентов

	<input type="checkbox"/> Положительная оценка работы коллегами и руководства <input type="checkbox"/> другое
19	<p>Изменилась ли Ваша заинтересованность в достижении качественных показателей работы после перехода на СКПН?</p> <input type="checkbox"/> Существенно повысилась; <input type="checkbox"/> Незначительно повысилась; <input type="checkbox"/> Не изменилась, так как всегда была высокой; <input type="checkbox"/> Не изменилась и осталась низкой; <input type="checkbox"/> Снизилась
20	<p>От чего в большей степени зависит качество Вашей работы?</p> <input type="checkbox"/> От стимулирующих надбавок; <input type="checkbox"/> От условий труда; <input type="checkbox"/> От графика работы; <input type="checkbox"/> Другое
21	<p>Откуда Вы узнали о механизме СКПН</p> <input type="checkbox"/> руководство организации <input type="checkbox"/> коллеги <input type="checkbox"/> средства массовой информации (сайт, газеты и т.д.) <input type="checkbox"/> другое



## ПРИЛОЖЕНИЕ 1-А

Перечень кодов МКБ-10 для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора «Беременность женщин с экстрагенитальной патологией»

№	Код МКБ 10	Наименование болезней
1	A15, A16, A17, A18, A19	все формы активного распространенного легочного и внелегочного туберкулезного процесса с осложнениями
2	C00-97	наличие в настоящем злокачественного новообразования всех локализаций
3	D60-61	апластическая анемия
4	D65, D68.2-68.9, D69.1, D69.6-69.9	часто рецидивирующие или тяжело протекающие пурпура и другие геморрагические состояния
5	F01-03, F05.1, F06.0	органические, включая симптоматические, психические расстройства
6	F10.5- F10.7, F11.5- F11.7, F12.5- F12.7, F13.5- F13.7, F14.5- F14.7, F15.5- F15.7, F16.5- F16.7, F17.5- F17.7, F18.5- F18.7, F19.5- F19.7	психические расстройства и расстройства поведения связанные с употреблением психоактивных веществ
7	F20.0, F20.1, F20.2, F22	шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
8	F71-73	умственная отсталость
9	G40-41	эпилепсия с развитием психических нарушений
10	B69	цистицеркоз, наследственные нервно-мышечные заболевания
11	G30-32	дегенеративные заболевания ЦНС
12	G12.2	болезнь двигательного нейрона
13	G35	рассеянный склероз
14	G37	другие демиелинизирующие заболевания
15	G70, 73	миастения и миастенические синдромы
16	G61.0, 61.8	острые (Гийена-Барре) и хронические воспалительные

		демиелинизирующие заболевания, нарколепсия, каталепсия
17	H46	неврит зрительного нерва
18	H47.0	ишемическая двухсторонняя нейропатия
19	H36.0	рецидивирующий гемофтальм на фоне диабетической ретинопатии
20	H35.0	рецидивирующий гемофтальм на фоне гипертонической ретинопатии
21	I50.0-50.1, I50.9	врожденные и приобретенные пороки сердца, осложнившиеся хронической сердечной недостаточностью III-IV ст. по NYHA и/или жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости сердца
22	I11.0, I12.0, I13.0-13.2, I13.9	гипертоническая болезнь, II-III ст. и злокачественное течение
23	I25	ишемическая болезнь сердца, не скорректированная (консервативными или хирургическими методами)
24	I27.0	первичная легочная гипертензия с развитием сердечно-легочной недостаточности
25	I50.0-50.1, I50.9	хроническая сердечная недостаточность III-IV ст. по NYHA любой этиологии
26	I33.0, I33.9	острый и подострый эндокардит
27	I40, I42, I46, I49	миокардиты, кардиомиопатии, осложненные хронической сердечной недостаточностью III-IV по NYHA, после протезирования клапанов сердца с признаками сердечной недостаточности III-IV по NYHA и/или жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости сердца
28	I49, I46	жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма
29	I71.0-71.9	аневризма и расслоение аорты
30	I01.0-01.2, I01.8 - I01.9, I27.0	состояние после митральной комиссуротомии с возникновением рестеноза, сердечной недостаточностью III-IV ст. по NYHA и/или жизнеугрожающими нарушениями сердечного ритма и проводимости, наличием легочной гипертензии и обострения ревматизма
31	J45, J96.1	бронхиальная астма, тяжелое течение,

		неконтролируемая, ДН III степени
32	J43.1	буллезная эмфизема, ДН III степени
33	Q33.6	кистозная гипоплазия легких, распространенная форма, тяжелое течение, ДН III степени
34	J47	бронхоэктатическая болезнь легких, ДН III степени, лимфангиолейомиоматоз легких, ДН III степени
35	J84.9	идиопатический фиброзирующий альвеолит, ДН III степени, первичная легочная гипертензия, ДН III степени
36	K22.2	сужение и стеноз пищевода, искусственный пищевод
37	K21	болезни пищевода - ГЭРБ, осложненная язвой, стриктурой, пищевод Баррета
38	K31.2, 31.5	болезни желудка и двенадцатиперстной кишки - язвенная болезнь, осложненная кровотечением, стеноз после хирургического лечения
39	K50.8	болезнь Крона в стадии обострения (в стадии ремиссии решать в индивидуальном порядке)
40	K71.2, K71.5, K71.7, K71.9, K74.6	острые и хронические заболевания печени в стадии обострения, тяжелое течение; цирроз печени, декомпенсированный
41	K 86.1, 86.6	хронический панкреатит с выраженным нарушением секреторной функции и синдромом нарушения всасывания тяжелой степени (стадия фиброза)
42	N00	острый гломерулонефрит
43	N08.3	диабетическая нефропатия IV, V ст.
44	O98- O99	инфекционные и паразитарные болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период, другие болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период
45	O24.0, O24.1	существовавший ранее сахарный диабет инсулинзависимый, существовавший ранее сахарный диабет инсулиннезависимый

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1-В

Перечень топографии опухолей визуальной локализации по кодам Международной классификации топографии и морфологии опухолей (далее - МКБ-О) для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора «Впервые выявленные случаи с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии»

Код МКБ-О	Наименование болезней
C00	Губа, исключая кожу губы (C44.0)
C00.0	Наружная поверхность верхней губы
C00.1	Наружная поверхность нижней губы
C00.2	Наружная поверхность губы, БДУ
C00.3	Слизистая оболочка верхней губы
C00.4	Слизистая нижней губы
C00.5	Слизистая губы, БДУ
C00.6	Комиссура губ
C00.8	Поражения губ, выходящее за пределы одной локализации
C00.9	Губа, БДУ
C01	Основание языка
C02	Другие неуточненные отделы языка
C02.0	Верхняя поверхность языка
C02.1	Боковая поверхность
C02.2	Нижняя поверхность языка
C02.3	Передние 2/3 языка, БДУ
C02.4	Язычная миндалина
C02.8	Поражения языка, выходящие за пределы указанной локализации
C02.9	Язык, БДУ
C03	Десна
C03.0	Десна верхней челюсти
C03.1	Десна нижней челюсти
C03.9	Десна , БДУ
C04	Дно полости рта
C04.0	Передний отдел дна полости рта
C04.1	Боковой отдел дна полости рта
C04.8	Поражение дна полости рта, выходящее за пределы одной локализации
C04.9	Дно полости рта, БДУ

C05	Небо
C05.0	Твердое небо
C05.1	Мягкое небо, бду (исключая носоглоточную поверхность мягкого неба, с I1.3)
C05.2	Язычок
C05.8	Поражение неба, выходящее за пределы одной локализации
C05.9	Небо, БДУ
C06	Другие и неуточненные отделы полости рта
C06.0	Слизистая оболочка щеки
C06.1	Преддверие рта
C06.2	Ретромолярная область
C06.8	Поражение других и неуточненных отделов полости рта, выходящее за пределы одной локализации
C06.9	Рот, БДУ
C07	Околоушная железа
C08	Другие и неуточненные большие слюнные железы
C08.0	Поднижечелюстная железа
C08.1	Подъязычковая железа
C08.8	Поражение больших слюнных желез, выходящее за пределы одной локализации
C08.9	Большая слюнная железа, БДУ
C09	Миндалины
C09.0	Миндаликовая ямка
C09.1	Миндаликовая дужка
C09.8	Поражение миндалин, выходящее за пределы одной или более локализаций
C09.9	Миндалины, БДУ
C10	Ротоглотка
C10.2	Боковая стенка ротоглотки
C10.3	Задняя стенка ротоглотки
C10.4	Жаберная щель
C10.8	Поражение ротоглотки, выходящее за пределы одной локализации
C10.9	Ротоглотка, БДУ
C20	Прямая кишка
C21	Анальный канал
C21.0	Задний проход, БДУ
C21.1	Анальный канал

C21.2	Клоакогенная зона
C21.8	Поражение прямой кишки заднего прохода и анального канала, выходящее за пределы одной локализации
C44	Кожа
C44.0	Кожа губы, БДУ
C44.1	Веко
C44.2	Наружное ухо
C44.3	Кожа других и неуточненных отделов лица
C44.4	Кожа волосистой части головы и шеи
C44.5	Кожа туловища
C44.6	Кожа верхней конечности и плеча
C44.7	Кожа нижней конечности и тазобедренной области
C44.8	Поражение кожи, выходящее за пределы одной локализации
C44.9	Кожа, БДУ
C50	Молочная железа
C50.0	Сосок
C50.1	Центральная часть молочной железы
C50.2	Верхневнутренний квадрант молочной железы
C50.3	Нижневнутренний квадрант молочной железы
C50.4	Верхненаружный квадрант молочной железы
C50.5	Нижненаружный квадрант молочной железы
C50.6	Подмышечная доля молочной железы
C50.8	Поражение молочной железы, выходящее за пределы одной локализации
C50.9	Молочная железа, БДУ
C51	Вульва
C51.0	Большая половая губа
C51.1	Малая половая губа
C51.2	Клиитор
C51.8	Поражение вульвы, выходящее за пределы одной локализации
C51.9	Вульва, БДУ
C52	Влагалище
C53	Шейка матки
C53.0	Внутренняя часть шейки матки
C53.1	Наружная часть шейки матки
C53.8	Поражение шейки матки, выходящее за пределы одной локализации

C53.9	Шейка матки
C60	Половой член
C60.0	Крайняя плоть
C60.1	Головка полового члена
C60.2	Тело полового члена
C60.8	Поражение полового члена, выходящее за пределы одной локализации
C60.9	Половой член, БДУ
C62	Яички
C62.0	Неопустившееся яичко
C62.1	Опустившееся яичко
C62.9	Яичко, БДУ
C63.2	Мошонка, БДУ
C77	Лимфатические узлы
C77.0	Лимфатические узлы, головы, лица, шеи
C77.3	Лимфатические узлы подмышечной ямки
C77.4	Лимфатические узлы паховой области ноги
C77.8	Лимфатические узлы множественных локализаций
C77.9	Лимфатический узел, БДУ
C73	Щитовидная железа
C73.9	Щитовидная железа

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1-С

Перечень кодов МКБ-10 для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора «Несвоевременно диагностированных больных с туберкулезом»

Код диагноза по Регистру больных ТБС	Наименование болезней	Код МКБ-10
01	Первичный туберкулезный комплекс с бактериовыделением	A15.7
02	Первичный туберкулезный комплекс без бактериовыделения	A16.7
03	ТБ внутригрудных лимфатических узлов с бактериовыделением	A15.4
04	ТБ внутригрудных лимфатических узлов без бактериовыделения	A16.3
05	Диссеминированный острый ТБ легких с бактериовыделением	A19
06	Диссеминированный острый ТБ легких без бактериовыделения	A19
07	Диссеминированный подострый ТБ легких с бактериовыделением	A19
08	Диссеминированный подострый ТБ легких без бактериовыделения	A19
09	Диссеминированный хронический ТБ легких с бактериовыделением	A19
10	Диссеминированный хронический ТБ легких без бактериовыделения	A19
11	Очаговый ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
12	Очаговый ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
13	Инфильтративный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
14	Инфильтративный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
15	Казеозная пневмония с бактериовыделением	A15.0
16	Казеозная пневмония без бактериовыделения	A16.0
17	Туберкулома легких с бактериовыделением	A15.0
19	Кавернозный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
20	Кавернозный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
21	Фиброзно-кавернозный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
22	Фиброзно-кавернозный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0



23	Цирротический ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
24	Цирротический ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
28	Милиарный ТБ	A19
29	Острый милиарный ТБ одной уточненной локализации	A19.0
30	Острый милиарный ТБ множественной локализации	A19.1
31	Острый милиарный ТБ неуточненной локализации	A19.2
32	Другие формы милиарного туберкулеза	A19.8
33	Милиарный ТБ неуточненной локализации	A19.9
35	Туберкулезный менингит	A17.0

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1-D

Перечень кодов МКБ-10 для заболеваний, учитываемых при расчете индикаторов с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт на уровне ПМСП

№	МКБ-10	Наименование болезней
1.	I11	Гипертензивная болезнь сердца [гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца]
2.	I11.0-I11.9	Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью
3.	I12, I12.0-I12.9	Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек, Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек без почечной недостаточности
4.	I13, I13.0-I13.9	Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью и почечной недостаточностью Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек неуточненная
5.	I20, I20.0-I20.9	Стенокардия [грудная жаба] Нестабильная стенокардия Стенокардия с документально подтвержденным спазмом Другие формы стенокардии Стенокардия неуточненная
6.	I21, I21.0-I21.4	Острый инфаркт миокарда Острый трансмуральный инфаркт передней стенки

		<p>миокарда</p> <p>Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда</p> <p>Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций</p> <p>Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации</p> <p>Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда</p>
7.	I60, I60.0-I60.9	<p>Субарахноидальное кровоизлияние</p> <p>Субарахноидальное кровоизлияние из каротидного синуса и бифуркации</p> <p>Субарахноидальное кровоизлияние из средней мозговой артерии</p> <p>Субарахноидальное кровоизлияние из передней соединительной артерии</p> <p>Субарахноидальное кровоизлияние из задней соединительной артерии</p> <p>Субарахноидальное кровоизлияние из базилярной артерии</p> <p>Субарахноидальное кровоизлияние из позвоночной артерии</p> <p>Субарахноидальное кровоизлияние из других внутричерепных артерий</p> <p>Субарахноидальное кровоизлияние из внутричерепной артерии неуточненной</p> <p>Другое субарахноидальное кровоизлияние</p> <p>Субарахноидальное кровоизлияние неуточненное</p>
8.	I61, I61.0-I61.9	<p>Внутричерепное кровоизлияние</p> <p>Внутричерепное кровоизлияние в полушарие субкортикальное</p> <p>Внутричерепное кровоизлияние в полушарие кортикальное</p> <p>Внутричерепное кровоизлияние в полушарие неуточненное</p> <p>Внутричерепное кровоизлияние в ствол мозга</p> <p>Внутричерепное кровоизлияние в мозжечок</p> <p>Внутричерепное кровоизлияние внутрижелудочковое</p> <p>Внутричерепное кровоизлияние множественной</p>

		<p>локализации</p> <p>Другое внутримозговое кровоизлияние</p> <p>Внутримозговое кровоизлияние неуточненное</p>
9.	I62.0, I62.1, I62.9, I62,	<p>Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние</p> <p>Субдуральное кровоизлияние (острое) (нетравматическое)</p> <p>Нетравматическое экстрадуральное кровоизлияние</p> <p>Внутричерепное кровоизлияние (нетравматическое) неуточненное</p>
10.	I63, I63.0- I63.9	<p>Инфаркт мозга</p> <p>Инфаркт мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий</p> <p>Инфаркт мозга, вызванный эмболией прецеребральных артерий</p> <p>Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом прецеребральных артерий</p> <p>Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий</p> <p>Инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий</p> <p>Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий</p> <p>Инфаркт мозга, вызванный тромбозом вен мозга, непиогенный</p> <p>Другой инфаркт мозга</p> <p>Инфаркт мозга неуточненный</p>