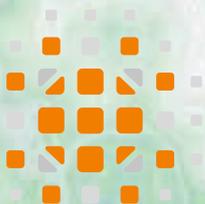




ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ

ISSN 2222 - 2014

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ №10 | 2014



**АО "РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР"**

Национальный медицинский холдинг

«ОҢАЛТУДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ» ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ «ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»
«REHABILITATION ISSUES» PERIODICAL
ISSN 2222 - 2014

Научно-практический журнал издается 3 раза в год
Тираж 300 экземпляров

Редакционная коллегия:

Дарибаев Ж.Р., Ризванова А.Р., Кусаинова К.К.,
Джумаева Л.Ш., Мухаметжанов Б.Ж.,
Султанова Г.М., Оспанова Ш.Х.,
Медетбекова Ж.А., Тажина А.С.

Редакционный совет:

Бар-Хайм С. (доктор PhD, Израиль)
Батышева Т.Т. (д.м.н., профессор)
Белокопытов М. (доктор PhD, Израиль)
Бокебаев Т.Т. (д.м.н., профессор)
Козьякин В.И. (д.м.н., профессор, Татарстан)
Костшевски Мария (доктор медицины, Германия)
Крицюнас А. (д.м.н., Литва)
Лепесова М.М. (д.м.н., профессор)
Лильин Е.Т. (д.б.н., профессор, Россия)
Лобода М. (первый вице-президент, президент Пан-Украинской Ассоциации физиотерапевтов и бальнеотерапевтов, Украина)
Менендес Ф. (Эксперт в Министерстве Здравоохранения Кубы, Куба)
Мухаметжанов Х.М. (д.м.н., профессор)
Монтакер С. (директор национального офиса термализма и гидротерапии, Тунис)
Нургужаев Е.С. (профессор)
Рахимжанова Р.И. (д.м.н., профессор)
Рахыпбеков Т.К. (д.м.н., профессор)
Садыкова А.Б. (к.м.н.)
Семенова К.А. (д.м.н., профессор, Россия)
Сурду О. (Ovidius University Constanta, Balneal and Rehabilitation Sanatorium Techirghiol Romania, Румыния)
Солимене Умберто (профессор, Италия)
Стороженко Н.А. (профессор, Россия)
Чемерис А.В. (д.м.н., профессор)
Шайдаров М.З. (д.м.н.)
Шарман А. (доктор PhD)
Шевелева Н.И. (д.м.н., профессор)

Учредитель журнала: *Республиканский детский реабилитационный центр*

Адрес редакции:

г. Астана, пр. Туран 36
АО «РДРЦ»
Телефон/факс: (7172) 511-543
E-mail: journalrdrc@mail.ru

Журнал зарегистрирован в Министерстве культуры и информации РК
Свидетельство о постановке на учет № 10834 от 14.04.2010 г.

**«ОҢАЛТУДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ» ҒЫЛЫМИ-
ПРАКТИКАЛЫҚ ЖУРНАЛЫ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»
«REHABILITATION ISSUES» PERIODICAL**

**Бас редактор
Главный редактор
Editors-in-Chief**

Медицина ғылымының докторы
Шолпан Адильжановна Булекбаева

Доктор медицинских наук
Шолпан Адильжановна Булекбаева

Doctor of medical sciences
Sholpan A. Bulekbaeva

Республика Казахстан
г. Астана,
пр. Туран 36

**Республиканский детский
реабилитационный центр**
тел. 7172-511-551
факс 7172-511-544
e-mail: rdrc@mail.ru
тел./факс 7172-511-543
e-mail: journalrdrc@mail.ru

Цель и содержание:

Научно-практический журнал «Вопросы реабилитологии» призван способствовать развитию реабилитационной службы и повышению ее эффективности. Журнал позволит обмениваться новыми знаниями, идеями и опытом специалистам, занятым реабилитацией больных и инвалидов, объединит усилия медицинских, социальных и педагогических служб в борьбе за здоровый образ жизни.

Цель журнала – публикация оригинальных научных статей, освещающих актуальные вопросы реабилитологии, физиотерапии, лечебной физкультуры и курортологии, здоровья населения Казахстана, внедрение современных медицинских технологий диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний.

Сфера интересов журнала: реабилитация и восстановление здоровья больных и социализация инвалидов, укрепление здоровья и профилактика заболеваний, пропаганда здорового образа жизни, социально-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями.

Журнал рассчитан на исследователей, практических врачей всех специальностей, менеджеров и политиков в области реабилитологии и профилактики заболеваний, а также социальных работников, психологов, логопедов, дефектологов и педагогов.

Рубрики журнала:

1. Физиология и психология
2. Нутрициология, лечебное питание
3. Фармакологическая поддержка в реабилитологии
4. Неотложные состояния и ранняя реабилитация
5. Функциональная диагностика в реабилитологии
6. Биомедицинские технологии в реабилитации
7. Лечебная физкультура, спортивная медицина, физиотерапия и гигиена
8. Сопровождение лиц с ограниченными возможностями
9. Социальная реабилитация, адаптация и коррекционная педагогика
10. Организация реабилитационной помощи, качество реабилитационных услуг
11. Восстановительная медицина, профилактика, здоровый образ жизни
12. Паллиативная медицина
13. Дайджест новостей из мира реабилитологии
14. Памятные даты

СОДЕРЖАНИЕ

1. STUDY THE PREVALENCE RATE OF FOLIC ACID DEFICIENCY AMONG THE WOMEN AND CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD

T. Sharmanov, S. Ibraev, I. Smagulova 7

2. МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА В АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»

Ш.А. Булекбаева 12

3. ПАРАДИГМА И ОРГАНИЗАЦИОННО - МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Александрас Крицюнас 17

4. УПРАВЛЕНИЕ ЗАТРАТАМИ КАК ЧАСТЬ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ПРЕИМУЩЕСТВА НА ПРИМЕРЕ ОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

Т.А. Вощенкова 20

5. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА ПО ВОЗМЕЩЕНИЮ АМОРТИЗАЦИОННЫХ РАСХОДОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

К.Б. Иманберді 26

6. ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛА УПРАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ В АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»

Ш.А. Булекбаева 28

7. ОПЫТ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ш.Х. Оспанова 34

8. ОДИН ИЗ ПОДХОДОВ МОТИВАЦИИ ТОО «ОРТЕЗИСТ»

Т.А. Сейсембеков 38

9. ДЫШИТЕ НА ЗДОРОВЬЕ!

Н. Н. Омаи 43

10. ОСОБЫЕ ДЕТИ НУЖДАЮТСЯ В ОСОБОМ УХОДЕ

Г.Л. Жылкыбаев, С.А. Жаныбекова, А.Ф. Хамадиева 46

11. ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ МИССИИ В АО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА»

Т.А. Вощенкова 51

12. АНАЛИЗ КАДРОВОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ж.М. Кашкенова 54

13. ПРИМЕНЕНИЕ БИОУПРАВЛЕНИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА	
<i>А.А. Мусина, Ф.Т. Сембиева, Б.Т. Рахметова, Р.К. Сулейменова</i>	59
14. ФОРМИРОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АМОРТИЗАЦИОННОГО ФОНДА	
<i>К.Б. Иманберді</i>	62
15. СТРАТЕГИЯ – КАК СПОСОБ ВЫДЕЛИТЬСЯ ИЗ КОНКУРЕНТНОЙ СРЕДЫ	
<i>Ш.Х. Оспанова</i>	64
16. ПОДОМЕТРИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЙ СТОПЫ	
<i>Б.Ж. Мухаметжанов, Т.А. Сейсембеков, Е.Б. Бекенов, Е.С. Шалкарбаев</i>	69
17. СИСТЕМА МОТИВАЦИИ В ТОО «ОРТЕЗИСТ»	
<i>Т.А. Сейсембеков</i>	73
18. ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ	
<i>Н. Н. Омаш</i>	77
19. ДИАГНОСТИКА ЗРЕНИЯ-ЭТО ВАЖНЫЙ ЭТАП В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
<i>Г.Н. Шайзадина, К.А. Кубентаев, Р.А. Абылкасымова, С.Ж. Керимкулова</i>	80
20. ДИНАМИКА МОНИТОРИНГА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЕДУЩИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ	
<i>Капкенова Ж.М.</i>	83

УДК: 615.356:616-055.2-053.4

STUDY THE PREVALENCE RATE OF FOLIC ACID DEFICIENCY AMONG THE WOMEN AND CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD

T. Sharmanov, S. Ibraev, I. Smagulova
«Medical University Astana», JSC, Astana

Introduction. Among the various forms of micronutrient deficiencies, which are an important public health problem in Kazakhstan, a special place is occupied by folic acid deficiency [1]. The most vulnerable groups of population with a high risk of folic acid deficiency are children, pregnant women and lactating mothers, because of their high demand for this vitamin [2].

Folic acid deficiency may be associated with the consumption of refined products primarily (flour first and highest grade, polished rice, etc.), depleted in vitamins and low amounts of fresh fruits and vegetables in the diet [3]. Development of folate deficiency also contributes to a significant thermolability of folic acid and its destruction during thermal processing of food.

Folic acid deficiency is accompanied by anemia, weakness, fatigue, frequent miscarriages, various lesions of the digestive system (gastritis, enteritis, loss of appetite and body weight) and the nervous system (congenital malformations and neonatal malformations) as well as an increased risk of cancer of the colon and rectum [4,5]. Folic acid deficiency is responsible of about 200,000 serious birth defects every year in the 80 countries where these defects have been evaluated [6]. According to Berry R, et al. Every year more than 350,000 children worldwide are born with severe birth defects related to folic acid deficiency [7].

Undertaken to date, the efforts to reduce the risk of folic acid deficiency prevalence among the most vulnerable groups were inadequate. Therefore, at present there is an urgent need for scientific study that will develop a targeted comprehensive program aimed at reduction of folic acid deficiency among children, pregnant women and lactating mothers.

The goal of our work was to study the prevalence rate of folic acid deficiency among children under 5 years old and reproductive age women living in various regions of Kazakhstan.

The Materials and the Methods. The program of the present study included 1301 women of reproductive age and 1327 children under 5 years old. Thus 88 women were pregnant, and 1213 women were not pregnant, 351 were children aged 6-23 months and 976 children - aged 24-59 months.

Evaluation of folic acid status in the patients was performed by determining the level of 5-methyltetrahydrofolate (5-MTHF) in serum by high performance liquid chromatography (HPLC) with fluorescence detector (8, 9, 10).

Reference point used to define various degrees of folic acid deficiency (11, 12), borderline, and normal levels of folic acid in the serum are presented in Table 1.

Table 1 – Parameters for folic acid deficiency estimation on the basis its concentration (mg / l or ng / ml) in plasma

Severe deficit	Moderate deficit	Borderline level	Normal level
<1,3	1,3<3,0	3-6	>6

The Results and Discussion. Our study showed that the average level of folic acid in the blood serum of children aged 6-23 months (7.7 $\mu\text{g} / \text{l}$) was higher than in children 24-59 months (6.3 $\mu\text{g} / \text{l}$) and women (9.1 $\mu\text{g} / \text{l}$) was higher than of non-pregnant women (6.3 $\mu\text{g} / \text{l}$) 15-49 years (Table 2). At the same time the non-pregnant women revealed no significant age differences in the content of folic acid in serum.

Table 2 – An average level of folic acid in serum of blood among the children and women

Groups	n	Average ($\mu\text{g} / \text{l}$)	SD ¹	m ²	95% CI ³
Children 6-59 months	1327	6,7	3,71	0,102	▼6,47-6,87 ^a
Children 6-23 months	351	7,7	4,19	0,224	▲7,28-8,16 ⁶
Children 24-59 months	976	6,3	3,44	0,110	6,07-6,51
Pregnant women	88	9,1	6,14	0,654	▲7,83-10,43 ^b
Non pregnant, 15-49 years	1213	6,3	3,61	0,104	6,08-6,49
Non pregnant, 15-29 years	581	6,1	3,38	0,140	5,83-6,38
Non pregnant, 30-49 years	632	6,4	3,81	0,152	6,16-6,75

SD¹ - Standard deviation

m² – Standard error of average

95% CI³ - 95% confidence interval of average

Statistical confident (P<0,05; ↑ - increasing, ↓ - reducing) in comparison with relevant data in:

^a - pregnant

⁶ - children aged 24-59 months and non pregnant

^b - non pregnant

However, the average level of folic acid in the blood serum of pregnant women had differences depending on place of residence, which are expressed in increasing the rate of those women who lived in the Aktobe region (9.1 $\mu\text{g} / \text{l}$) and Almaty (7.9 $\mu\text{g} / \text{l}$), and in reducing - in Almaty (5.1 $\mu\text{g} / \text{l}$), Kostanai (3.3 $\mu\text{g} / \text{l}$) and Pavlodar (3.5 $\mu\text{g} / \text{l}$) oblasts, as well as in Astana (4.5 $\mu\text{g} / \text{L}$) compared with average-republican level (6.3 $\mu\text{g} / \text{l}$).

Regional differences in the average level of folic acid in serum were identified in children too. In particular, this index was higher than the national average-level (6.7 $\mu\text{g} / \text{l}$) in children in Atyrau (8.4 $\mu\text{g} / \text{l}$), Kyzyl-Orda (9.1 $\mu\text{g} / \text{l}$) and Mangistau (7.7 $\mu\text{g} / \text{L}$) regions and Almaty (7.9 $\mu\text{g} / \text{l}$), but lower - in Zhambyl (5.2 $\mu\text{g} / \text{l}$), West-Kazakhstan (4.7 $\mu\text{g} / \text{l}$) Kostanay (4.6 $\mu\text{g} / \text{l}$) and Pavlodar (5.3 $\mu\text{g} / \text{l}$) areas.

The prevalence of folic acid deficiency among children 6-59 months was 12% and had no significant age differences, and among the pregnant women (8%) was almost twice lower than among non-pregnant women (15.3%), 15-49 (Table 3). As the table shows, the level of folic acid deficiency among children and pregnant women was lower than among non-pregnant women. There were no statistically significant age differences in the prevalence of folate deficiency among non-pregnant

Table 3 – Folic acid and prevalence rate (in %) of folic acid deficiency among children and reproductive aged women

Groups	Norm		Borderline level		Total with deficiency		Moderate		Severe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Children 6-59 months	607	45,7	561	42,3	159	↓12,0±0,9 ^a	151	11,4	8	0,6
Children 6-23 months	208	59,3	108	30,8	35	10,0±1,60	33	9,4	2	0,6
Children 24-59 months	399	40,9	453	46,3	124	12,7±1,07	118	12,1	6	0,6
Pregnant	53	60,2	28	31,8	7	↓8,0±2,89 ^a	7	8,0		
Nonpregnant., 15-49 years	546	45,0	481	39,7	186	15,3±1,03	181	14,9	5	0,4
Nonpregnant., 15-29 years	249	42,9	246	42,3	86	14,8±1,47	83	14,3	3	0,5
Nonpregnant, 30-49 years	297	47,0	235	37,2	100	15,8±1,45	98	15,5	2	0,3

Note: Statistically significant changes ($P < 0,05$; ↑ - increasing, ↓ - reducing) in comparison with relevant data in: ^a - non pregnant aged 15-49 years.

A significant proportion of children (42.3%), pregnant women (31.8%) and non-pregnant (39.7%) women had a borderline level of folic acid in the blood. Only 45.7% of children, pregnant women 60.2% and 45.0% non-pregnant women had normal levels of folic acid in the blood.

The status of folic acid and the prevalence of folic acid deficiency among children 6-59 months and pregnant women aged 15-49 had regional differences. Regional differences are also found in the prevalence of the borderline, and normal levels of folic acid in the serum of blood in children and pregnant women of reproductive age.

Children living in Akmola (27.6%), Zhambyl (21.3%) and Kostanai (26.3%) regions, the level of folic acid deficiency was higher, in Aktobe (6.3%), Kyzyl-Orda (3.6%), Atyrau (1.2%) and North-Kazakhstan (4.7%) and in Almaty (5.1%) - less than the average national rate (12.0%).

Among the non-pregnant women living in Almaty (29.3%), Kostanai (50.6%) and Pavlodar (43.6%) regions, and in Astana (37.0%), the prevalence of folic acid deficiency was higher and in Akmola (1.3%), Kyzyl-Orda (%), Karaganda (5.3%), South-Kazakhstan (7.1%) and Aktobe (8.6%) oblasts - less than the average republican rate (15.3%). There were no significant differences in the prevalence of folic acid deficiency among children 6-59 months, pregnant and non-pregnant women aged 15-49 years, depending on the nationality.

In reducing the prevalence of folic acid deficiency, apparently a seasonal factor plays a role. The highest prevalence rate of folic acid deficiency was found in winter (December), while the lowest - in September, when consumed more fruits and vegetables as nutrition practice of Kazakhstan's population has seasonal nature. It is known that the main food sources of folic acid are fruits and vegetables.

Thus, our studies have allowed to the following conclusions:

1. An average prevalence of folic acid deficiency among children aged 6-59 months was 12.0%, including 11.4% - moderate deficiency of folic acid, and 0.6% - severe deficit.

2. The prevalence of folic acid deficiency among pregnant women was 8% and it was almost twice lower than among non-pregnant women (15.3%), 15-49.

3. A significant proportion of children aged 6-59 months (42.3%), pregnant (31.8%) and non-pregnant (39.7%) women had a borderline level, and only 45.7% of children, 60.2% of pregnant and 45.0% non-pregnant women had normal levels of folic acid in the blood.

4. The programs of wheat flour fortification of the first and supreme grades, as well as iron with folic acid supplementation among the groups at risk play a positive role in the country in reducing the prevalence of folic acid deficiency. Apparently a seasonal factor plays a role in reducing the prevalence of folate deficiency.

REFERENCES

1. Sharmanov T.Sh. Nutrition – the most important factor of man's health. –Almaty: Asem-System, 2010. –480P.
2. McPartlin, J., Halligan, A., Scott, J.M., Darling, M. & Weir, D.G. 1993 Accelerated folate breakdown in pregnancy. *Lancet* 341:148-149.
3. Chanarin, I. 1979. *The Megaloblastic Anaemias* 2nd Edition Blackwell Scientific Publications Oxford.
4. Mason, J.B. 1995. Folate status: Effect on carcinogenesis. In: Bailey L.B. editor *Folate in Health and Disease*. P.361-378. New-York, Marcel Dekker.
5. Kim, Y.I., Fowaz, K., Knox, T., Lee, Y., Norton, R., Arora, S., Paiva, L. & Mason, J.B. 1998. Colonic mucosal concentrations of folate correlate well with blood measurements of folate in persons with colorectal polyps. *Am. J. Clin. Nutr.*, 68:866-872.
6. Vitamin & mineral deficiency. A global progress report. UNICEF, The Micronutrient initiative, 2005, 43 p.
7. Berry R, et al. Prevention of neural-tube defects with folic acid in china. *Proc. Nutr. Soc.*, 53: 631-636.
8. Snow, C.F. Laboratory Diagnosis of Vitamin B12 and Folate Deficiency: A Guide for the Primary Care Physician. *Arch Intern Med* 1999;159:1289-1298.
9. Jaroslav Chladek*, Ludek Sispera, Jifina Martinkova High-performance liquid chromatographic assay for the determination of 5-methyltetrahydrofolate in human plasma.
10. Lesley G. Hare Rapid methods for the determination of food folates (PhD Supervisors Prof. D McDowell & Dr I Blair).
11. Folic Acid Deficiency cut off points: moderate deficiency 1,3<3,0 ng/ml or g/L; severe deficiency <1,3 ng/ml or g/L. Source: "Medicine I. o. (2000) Dietary Reference Intakes: thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin, and choline. National Academy Press, Washington, D.C."
12. Cut off points for Folic Acid level in blood plasma: marginal level 3-6 ng/ml.; normal level >6 ng/ml. Source: T.Brody, Barry Shane "Folic Acid". In: *Handbook of Vitamins*. Third Edition, edited by R.B.Bucker, J.W.Suttie, D.B.McCormick and L.J.Machlin. New York, 2001, p. 427-462.

РЕЗЮМЕ

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ СРЕДИ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 5 ЛЕТ

Т.Ш. Шарманов, С.И. Ибраев, И.Е. Смагулова
АО «Медицинский Университет Астана», Астана

В данной статье представлены результаты изучения текущего положения фолиевой кислоты среди детей младше 5 лет ($n = 1327$) и женщин репродуктивного возраста ($n = 1301$), живущих в разных областях Казахстана. Было обнаружено, что распространенность дефицита фолиевой кислоты среди детей 6-59 месяцев была с частотой 12.0%. Распространенность дефицита фолиевой кислоты среди беременных женщин был почти в два раза меньше, чем среди небеременных женщин в возрасте 15-49 лет (соответственно 8.0% и 15.3%)

SUMMARY

STUDY THE PREVALENCE RATE OF FOLIC ACID DEFICIENCY AMONG THE WOMEN AND CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD

T. Sharmanov, S. Ibraev, I. Smagulova
«Medical University Astana», JSC, Astana

This article presents the results of the study of folic acid status among children under 5 years ($n = 1327$) and women of reproductive age ($n = 1301$) living in different regions of Kazakhstan. It was found a significant prevalence of folic acid deficiency among children 6-59 months, the frequency rate of which was 12.0% and no significant age differences. The prevalence of folic acid deficiency among pregnant women was almost twice lower than among non-pregnant women aged 15-49 years (respectively 8.0% and 15.3%).

УДК:614.23/.25:616-036.83(574)

МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА В АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»

Ш.А. Булекбаева

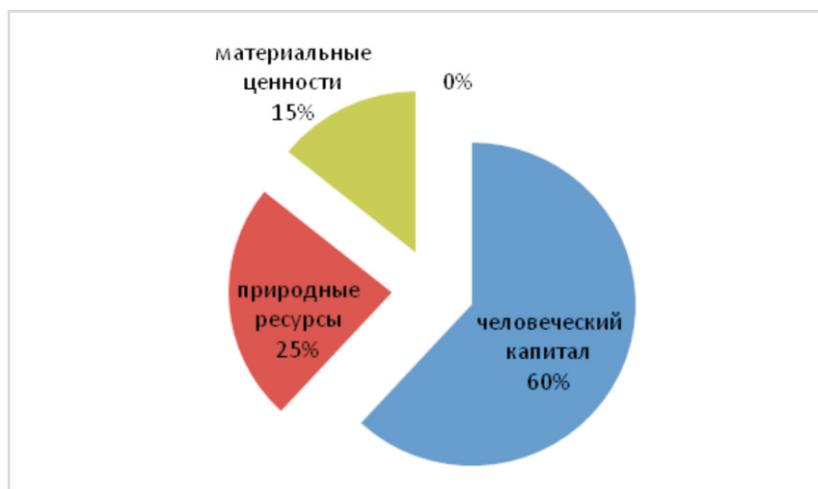
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

В «Стратегии «Казахстан 2050» Президент Республики Казахстан Н.А.Назарбаев отметил, что ключевой целью нашего государства является вхождение в тридцатку самых развитых государств мира к 2050 году. Это возможно будет при условии опережающего развития и накопления человеческого капитала.

На мировых рынках отмечается переход от конкуренции товаров и услуг к конкуренции человеческого капитала. Экономист по менеджменту Д.Грейсон считает, что человеческий капитал – ценный ресурс, являющийся краеугольным камнем конкурентоспособности, экономического роста и эффективности. У самых успешных государств человеческий капитал общества составляет 60% в доле национального богатства, 25% - это природные ресурсы и только 15% - материальные ценности (рис.1). Необходимо отметить, что природные ресурсы исчерпаемые, а человеческие ресурсы – нет.

Национальное богатство

Рис.1



HR стратегия – набор основных правил, целей и задач работы с персоналом, с учетом бизнес-стратегии, типов организационной стратегии, организационного и кадрового потенциала, а также типа кадровой политики компании. Успешная HR стратегия держится на трех «столпах»: оплата труда, оценка персонала и развитие персонала. Причем именно в этой последовательности. В настоящее время, необходимо топ-менеджерам знать инструменты повышения эффективности управления человеческими ресурсами.

В связи с этим, в настоящее время появилась потребность в специалистах по обучению и карьерному развитию персонала. Это связано и с тем, что медицинские работники также хотят обучаться инновационным технологиям каскадным методом

без отрыва от производства, приобретать новые навыки, т.е. широко использовать непрерывное образование.

Цель работы. Изучить мотивацию персонала в АО «Республиканский детский реабилитационный центр» (далее – Центр).

Работа проведена в Центре, который функционирует с 2007 года, как РГП на ПХВ и преобразованное в АО в 2008 году (рис.2). Штатное расписание составляет 999 штатных единиц. Укомплектованность кадрами 89,3%. На момент проведения работы фактическое число персонала составило 775 человек.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

Рис.2



Реабилитация детей с ограниченными возможностями – это длительный и комплексный процесс, в котором принимает участие мультидисциплинарная команда специалистов, имеющих разный уровень подготовки и разное образование от санитарок, нянь до медицинских сестер, врачей и воспитателей, логопедов и психологов, и др.

Медицинская реабилитация:

- консультативно- диагностические услуги,
- кинезотерапия (ЛФК),
- физиотерапия,
- медикаментозная
- ботулотоксин типа А,
- костюмы ДПК,
- БОС терапия,
- постурография,
- лечение положением,
- механотерапия,
- роботизированная кинезотерапия.

Психолого-педагогическая коррекция:

- логопедическая,
- дефектологическая,
- психологическая коррекция,
- Монтессори-терапия,
- музыкотерапия,
- игротерапия,
- эрготерапия,
- обучение по коррекционной и общеобразовательной программам в школе.

Социальная адаптация:

- адаптивный спорт и участие в олимпиаде,
- занятия на автодроме,
- профессиональная ориентация в мастерских (швейная, столярный цех, парикмахерская),
- ортезирование,
- правовое консультирование.

Такая разнородная по своему составу группа специалистов требует значительных усилий для привития чувств командного духа, сплоченности и приверженности к Центру.

Эффективность труда медицинских работников очень важна, т.к. работа медиков требует большой отдачи, квалификации и высоких морально-этических принципов. Зачастую среди медицинского персонала отмечается синдром психологического выгорания. Особенно, это актуально для специалистов Центра, которые ежедневно имеют дело с тяжелой категорией пациентов, требующих морально-психологического напряжения. Однако, существующие на сегодняшний день, методы мотивации малоэффективны и не отвечают требованиям времени, поэтому необходимо исследовать вопросы, касающиеся мотивации труда и управления персоналом, работающего в системе здравоохранения.

Курс лечения пациентов составляет 24 дня. На рисунке 3 показано состояние ребенка с ДЦП, спастической диплегией при поступлении в Центр.

Состояние ребенка при поступлении в Центр

Рис.3



Состояние ребенка при выписке

Рис.4



На рисунке 4 видно, как изменилось состояние ребенка перед выпиской. Для этого потребовалось участие большого количества персонала, родителей и самого ребенка.

Учитывая сложность реабилитационного процесса, для профилактики синдрома психологического выгорания среди сотрудников, были предприняты следующие меры:

- со дня организации Центра персоналу установлена заработная плата выше, чем в медицинских организациях города и республики;
- создана тарификационная комиссия, которая ежемесячно рассматривает размер персональной надбавки к заработной плате;
- проводится премирование 2 раза в год;

- установлен дополнительный отпуск;
- созданы условия для карьерного роста;
- проводятся научно-практические конференции на базе Центра;
- культивируется профессионализм специалистов;
- проводится обучение специалистов на базе Центра, в Республике и за пределами страны;
- проводятся корпоративные праздники с выступлением самих сотрудников;
- организованы вокальные и танцевальные группы;
- открыты спортивные секции по стритболу, футболу, теннису для сотрудников;
- совместно с пациентами проводятся костюмерные праздники, концерты, выставки различных поделок.

Таким образом, удалось сплотить коллектив и снизить текучесть кадров на 2,6%, удовлетворенность персонала условиями труда повысить на 4,1% в 2013 году, по сравнению с 2012 годом.

РЕЗЮМЕ

МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА В АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»

Ш.А. Булекбаева

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Изучена мотивация персонала в АО «Республиканский детский реабилитационный центр». Штатное расписание составляет 999 штатных единиц. Укомплектованность кадрами 89,3%. На момент проведения работы фактическое число персонала составило 775 человек. Реабилитация детей с ограниченными возможностями – это длительный и комплексный процесс, в котором принимает участие мультидисциплинарная команда специалистов, имеющих разный уровень подготовки и разное образование. Эффективность труда медицинских работников очень важна, т.к. работа медиков требует большой отдачи, квалификации и высоких морально-этических принципов. Зачастую среди медицинского персонала отмечается синдром психологического выгорания. Это актуально и для специалистов Центра. Были предприняты ряд мер, удовлетворяющих моральную и материальную сторону.

Таким образом, удалось сплотить коллектив и снизить текучесть кадров на 2,6%, удовлетворенность персонала условиями труда повысить на 4,1% в 2013 году, по сравнению с 2012 годом.

ТҮЙІН

«РЕСПУБЛИКАЛЫҚ БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУ ОРТАЛЫҒЫ» АҚ ПЕРСОНАЛЫНЫҢ ҚОЗҒАМДАМАСЫ

Ш.А. Булекбаева

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қаласы

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ персоналының қозғамдамасы таныстырылды. Штаттық кесте 999 штаттық бірліктен келеді. Кадр жасақтылығы 89,3%. Жұмыс жасалу кезінде персоналдың саны шын мәнісінде 775

адамнан құралды . Шектеулі мүмкіндіктері бар балалардың реабилитациясы– бұл ұзақ және кешенді процесс, оның ішінде в мультидисциплинарлық ұжымы,әртүрлі дайындықтың деңгейіндегі және әртүрлі білімді мамандары қатысады. Медициналық жұмысшылардың еңбек тиімділігі өте маңызды, өйткені медиктің жұмысы үлкен қайтарымды, біліктілікті және биік моральды-этикалық принципті қажет етеді. Көбіне медициналық персоналының арасында психологиялық қуар синдромы белгіленеді.Бұл жәнede Орталықтың мамандарына көкейкесті.Шара қатарлары,моральды және материалдық жағы әрекеттелінді.

Ақырында, ұжым топтастырылды және кадрлардың аққыштығын 2,6% төмендетті,2013 жылы 2012жылмен салыстарғанда персоналдың еңбектің шарттарына ризалығын 4,1% көтерілді.

SUMMARY

HOW TO MOTIVATE STAFF IN “REPUBLICAN CHILDREN'S REHABILITATION CENTER”, JSC

Sh. Bulekbayeva

“Republican children's rehabilitation center”, JSC, Astana

Staff motivation of “Republican children's rehabilitation center”, JSC, was studied. Staff schedule has 999 staff positions. Staffing level is 89.3%. At the moment of research number of staff is 775 people. Rehabilitation of children with disabilities is a long and complex process where multidisciplinary team takes part; specialists of this team have different training and education level. Labor productivity of medical staff is very important because work of medical staff requires big output, qualification and high moral and ethical principles. Among staff often takes place psychological burning syndrome. It is very important for Center's specialists. Series of action were attempted which satisfy moral and material sides.

Therefore, it was managed to form staff into one body and reduce turnover on 2.6%; satisfaction of staff by working conditions increase to 4.1% in 2013 comparing to 2012.

ПАРАДИГМА И ОРГАНИЗАЦИОННО - МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Александрас Крицюнас

Литовский Университет Наук Здоровья, Каунас, Литва

В развитии медицины выделяется три его основные части: профилактика, диагностика, лечение и реабилитация. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет реабилитацию как «комплекс медицинских, социальных, педагогических, профессиональных мер, направленных на восстановление максимальной функциональной активности больного». Цель реабилитации - восстановление человека как личности, его основных биопсихосоциальных функций: возможность двигаться, ориентироваться, принять информацию, общаться, контролировать себя, работать и заниматься творческой деятельностью.

В первом за всю историю «Всемирном докладе об инвалидности» представлены данные о положении инвалидов в мире [2]. Около 15% населения в мире имеет какие-либо формы инвалидности. Отмечается, что глобальная оценка инвалидности растет в связи со старением населения и быстрым распространением хронических болезней.

Развитие реабилитации стимулирует прогресс медицины, увеличение длительности жизни населения, рост инвалидности, увеличение стоимости медицины. Много внимания проблемам реабилитации уделяет ВОЗ. В 2001 году издана «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» [1], цели которой:

- обеспечить научную основу для понимания и изучения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, результатов вмешательств и определяющих их факторов;

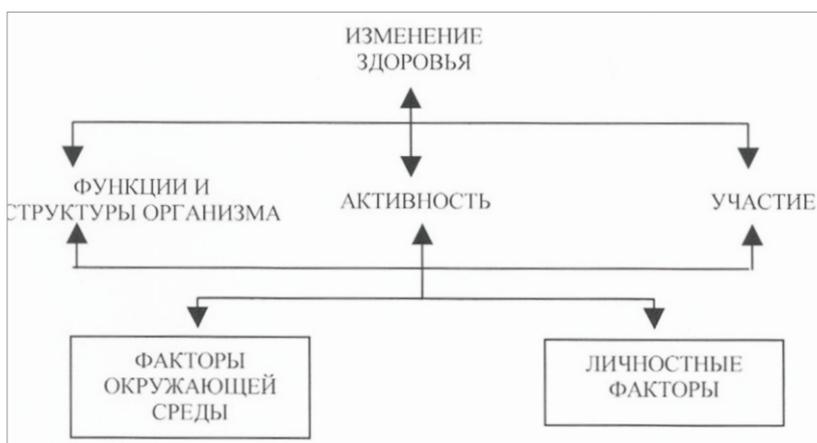
- сформировать общий язык для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, с целью улучшения взаимопонимания между различными пользователями, работниками здравоохранения, исследователями, администраторами и Обществом, включая людей с ограничениями жизнедеятельности;

- сделать сравнимой информацию в разных странах, сферах здравоохранения, службах и во времени;

- обеспечить систематизированную схему кодирования для информационных систем здоровья.

В классификации представлены взаимодействия между здоровьем, окружающей средой и личностными факторами (схема 1).

Схема 1. Взаимодействия между здоровьем, окружающей средой и личностными факторами



Области применения классификации являются:

- Как статистический инструмент для сбора и накопления информации (например, при популяционных исследованиях, эпидемиологическом мониторинге или при создании информационных систем);
- Как инструмент исследований для оценки результатов вмешательств, качества жизни или факторов окружающей среды;
- Как клинический инструмент для оценки потребностей, сравнения вариантов терапии, оценки профессиональной пригодности, реабилитации и оценки результатов вмешательств;
- Как инструмент социальной политики для планирования мер социальной защиты, компенсационных систем, их политики и реализации.

Парадигма реабилитации тяжелобольных и инвалидов состоит в том, что с помощью системы координирования проводимых мероприятий медицинского, психологического, социального плана больной после тяжелого заболевания должен воостановить свой физический, психологический, социальный статус настолько, чтобы по возможности, избежать инвалидности или иметь наименьшую степень снижения трудоспособности, быть интегрированным в общество с достижением максимально возможной социальной и экономической независимости.

Многоплановость задач реабилитации обуславливает необходимость создания системы реабилитации.

Главные части реабилитационной системы являются:

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1.Юридическая | 8.Обеспечение информацией |
| 2.Медицинская | 9.Услуги транспорта |
| 3.Профессиональная | 10.Социальное обеспечение |
| 4.Воспитание (абилитация) | 11.Компенсация утраченных финансовых средств |
| 5.Техническая | 12.Подготовка специалистов |
| 6.Приспособление окружающей среды | 13.Медицинская социальная экспертиза |
| 7.Культура, спорт, религия, рекреация | |

При этом медицинский аспект реабилитации играет весьма значимую роль. Основные направления медицинской реабилитации являются: реабилитация в многопрофильных стационарах, в поликлиниках, в специализированных отделениях реабилитации и реабилитация на дому [3].

Медико-социальная реабилитация является мультидисциплинарной отраслью здравоохранения и на всех ее этапах помощь должна оказывать команда специалистов реабилитации:

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1.Врач реабилитолог | 7.Социальный работник |
| 2.Кинезитерапевт | 8.Специалист ортозов |
| 3.Медицинская сестра | 9.Врачи консультанты |
| 4.Психолог | 10.Больной |
| 5.Логотерапевт | 11.Член семьи |
| 6.Эрготерапевт | 12.Друг судьбы |

В парадигме реабилитации подчеркивается принцип индивидуальности: особенности личности больного, его установка на выздоровление или наоборот - на инвалидность. Характеристика изучения личности больного, учет его личностных особенностей - важный аспект деятельности всей реабилитационной команды, имеющий большое значение в достижении успеха в лечении.

Эффективность процесса медицинской реабилитации определяется четкостью координации и деятельности специалистов, включенных в этот процесс, причем процесс медицинской реабилитации, каким бы эффективным в медицинском плане он не был, не будет завершенным, если не будут решаться и социальные проблемы больного во всех периодах реабилитации (схема 2).

Таким образом, научные основы решения проблемы реабилитации положены, но решение практических задач и создание наиболее рациональных организационных форм системы реабилитации служат объектом интенсивных научных исследований.



Список литературы

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. ВОЗ, 2001.
2. Всемирный доклад об инвалидности. ВОЗ/Всемирный банк, 2011.
3. Aleksandras Kriščiūnas, Ireneusz M.Kowalski. Ensuring rehabilitation and a full value life to patients with chronic non-infectious diseases. Pol. Ann. Med., 2010; 17(1): 112–122.

РЕЗЮМЕ

ПАРАДИГМА И ОРГАНИЗАЦИОННО - МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Александрас Кришчиюнас

Литовский Университет Наук Здоровья, Каунас, Литва

Ключевые слова: реабилитация, инвалидность, биопсихосоциальные функции.

В статье представлены данные о парадигме, организационно-методических основах реабилитационной системы. Приводятся сведения о «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья».

SUMMARY

PARADIGM AND ORGANIZATION OF REHABILITATION SYSTEM

A.Kriščiūnas

Lithuanian University of Health Science

Keywords: rehabilitation, disability, biopsychosocial functions.

Establishment of the complex rehabilitation system for severe patients and the disabled people are one of the most topical problems of health system. It is to be comprehended as a versatile system of legal, medical, economical etc. means, which help people to regain their disturbed biopsychosocial functions, compensate them and adapt to the society.

УПРАВЛЕНИЕ ЗАТРАТАМИ КАК ЧАСТЬ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ПРЕИМУЩЕСТВА НА ПРИМЕРЕ ОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

Т.А. Вощенкова

АО «Национальный научный центр материнства и детства», Астана

Государство, являясь основой единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) и определяя существенную долю своего участия в оказании медицинских услуг, снимает с себя ответственность за финансовую устойчивость предприятий здравоохранения в Казахстане. Сложившаяся ситуация свидетельствует об окончательном переходе здравоохранения страны на работу по законам рынка. Как итог, управление затратами – вопрос выживания в числе других медицинских предприятий страны и для Акционерного общества «Национальный научный центр материнства и детства» (далее – Центр).

Проведем анализ ключевых проблем управления затратами в Центре с учетом рекомендаций, данных Дж. Шанком и В. Говиндараджаном [1]. Предложенная ими оригинальная концепция управления предприятием, основанная на стратегическом управлении затратами, включает три ключевых инструмента: анализ цепочки ценностей, анализ стратегического позиционирования и анализ затратообразующих факторов.

Анализ цепочки ценностей и пути возможного влияния со стороны Центра с целью оптимизации затрат.

Более 75% услуг Центра возмещаются из государственного бюджета по единому для Казахстана тарифу и все возможности пересмотра тарифов (путь, по которому шел Центр последние годы) в сторону увеличения уже использованы. Однако сегодня расходы Центра по прежнему превышают доходы, несмотря на их сокращение с уровня 21,8% до 3,2%. Международный опыт решения аналогичных проблем свидетельствует о дополнительных возможностях, исходящих из анализа цепочки ценностей. Есть, как минимум, 2 решения: перераспределение затрат по цепочке ценностей на этапы оказания медицинской помощи вне Центра и внутри Центра за счет совершенствования внутренних процедур и реализации более эффективных технологий.

В качестве примера рассмотрим медицинскую услугу по пубоцервикальной репозиции при пролапсе гениталий – современной органосохраняющей технологии с удовлетворяющим потребности Центра тарифом. Такие операции сегодня только в нашем Центре, но их число совершенно незначительное, составляет не более 10% от реальной потребности по стране. Первая проблема на стадии цепочки ценностей – подбор пациентов, поскольку осуществляется сторонними организациями. Сложившаяся практика удаления матки при ее выпадении позволяет сторонним организациям иметь неплохой доход, перенаправлять таких пациентов в Центр – значит, отказаться от этих доходов. Вторая проблема – перевод части бизнес процесса

по этой услуге от Центра - проведения дооперационного ядерно-магнитного исследования матки - на региональный уровень, но это уже дополнительные затраты для региональной медицинской организации. Таким образом, цепочка ценностей показала нам возможные пути снижения затрат Центра и увеличения доходов от производства современной технологии лечения. Однако сделать изменение технологии выгодным решением и для регионального здравоохранения – стратегическая задача Центра, вероятно, более эффективными здесь могут быть нематериальные факторы (обоюдный выигрыш).

Таким образом, в рамках анализа цепочки ценностей нашими преимуществами могут стать:

- эффективные коммуникации с региональными медицинскими организациями, учитывающие обоюдный выигрыш;
- использование возможностей передачи части дублирующих затрат на уровень региональных медицинских организаций здравоохранения (например, в рамках трансферта технологий);
- медико-экономический анализ технологий, планируемых для внедрения в Центре. Ориентация такого анализа прежде всего на обоснованность затрат и прогноз рентабельности, а также переоценка имеющихся возможностей активов являются источником оптимизации затрат.

Анализ стратегического позиционирования и пути возможного влияния со стороны Центра с целью оптимизации затрат.

В начале своей деятельности Центр имел достаточно хорошую стратегическую позицию в связи с наличием у него современного здания, оснащенного необходимым оборудованием, а также благодаря действующей тогда системе возмещения затрат за пролеченного больного в зависимости от уровня стационара. Но в 2010 -2011 годах возмещение затрат производилось по основным фактическим затратам, а с 2012 года - по клинико-затратным группам. И если до 2010 года, оплачивая услуги Центра за уровень стационара, плательщик (министерство здравоохранения) признавал достойной особого тарифа услугу уже за то, что она оказывалась в Центре, то с 2010 года особая услуга – та, что оказывается впервые в Казахстане и только в одной клинике (инновационная услуга). Инновационные для медицинской практики страны услуги составляют не более 10% от общего объема услуг Центра. И, по примеру большинства клиник мирового уровня нашего профиля, вряд ли достигнут уровня более 25%. Есть два решения. Первый – продолжить более активное внедрение инновационных продуктов «впервые в Казахстане» с тщательной оценкой необходимых затрат сегодня и перспектив экономической эффективности в последующем, следуя по линейке «наука - партнеры - инновация – обучение части бизнес процесса на региональном уровне - услуга/лидер». Кроме того, необходимо особое внимание неинновационным услугам: знание оптимальной схемы затрат на рынке для каждой услуги обеспечит ее дальнейшее совершенствование в условиях Центра и обеспечит лидерство по снижению издержек. Только объединив дифференциацию и лидерство по издержкам, мы реально улучшим свой финансовый результат. Второе решение - придать наиболее востребованным услугам Центра качества, которые были бы особенно

привлекательны для пациента и плательщика.

Вернемся к примеру с пубоцервикальной репозицией при пролапсе гениталий, но уже в рамках анализа стратегического позиционирования. Центр относится к организациям, придерживающимся стратегии дифференциации при предоставлении медицинских услуг с высокой добавленной стоимостью. Но обоюдный выигрыш совместно с региональными медицинскими организациями возможен только в случае трансферта этой технологии в регионы, а это уже серьезное расширение конкуренции и существенное снижение возможности получения той самой значимой добавленной стоимости. Мы придаем особое внимание обеспечению преемственности при формировании стратегических компетенций персонала, следуя по той же линейке «наука - партнеры - инновация – обучение части бизнес процесса на региональном уровне - услуга/лидер». Такой путь позволяет существенно сохранить затраты при продвижении технологии, при этом существенно расширить свои образовательные проекты на региональном уровне, имеющие очень низкую себестоимость.

Таким образом, в рамках анализа стратегического позиционирования вполне могут быть нашими преимуществами:

- своевременный анализ внешней и внутренней среды Центра;
- позиционирование, ориентированное и на управление затратами;
- придание особенного качества медицинской услуге Центра,
- принятие в собственную практику достижений в снижении затрат других предприятий, работающих на рынке медицинских услуг в Казахстане.

Анализ затратообразующих факторов и пути возможного влияния со стороны Центра с целью оптимизации затрат.

Стоимость управляется многими факторами, которые влияют друг на друга. Поведение затратообразующих факторов позволяет понимать формирование затрат в конкретной ситуации. В Центре затратообразующие факторы не систематизированы, отсутствует их оценка. В таблице 1 представлены предложения по использованию структурных факторов для оптимизации затрат в АО «ННЦМД».

Таблица 1-Предложения по использованию структурных (экономических) факторов в АО «ННЦМД»

Структурные факторы	Возможности для АО «ННЦМД»
Масштаб	Расчет необходимых инвестиций и их соответствие степени возмещения затрат в последующем, с учетом востребованности новых услуг, возможности использования уже имеющихся ресурсов.
Диапазон	Максимальное использование ресурсов Центра для подготовки к госпитализации и ведения пациентов после выписки, то есть передача части затрат по вертикали, на региональный уровень.
Опыт	Учет накопленного опыта и преемственность стратегических компетенций персонала по цепочке «наука - партнеры - инновация – обучение части бизнес процесса на региональном уровне - услуга/лидер».

Технологии	Максимальная преемственность технологии внутри Центра и на региональном уровне, интеграция бизнес этапов.
Сложность	Оптимальный ассортимент изделий и услуг, необходимых для предоставления комплексной медицинской услуги.

«Примечание: выполнено автором»

Вторая категория затратообразующих факторов – функциональные факторы, связанные со способностью фирмы успешно функционировать (таблица 2):

Таблица 2-Предложения по использованию функциональных факторов в АО «ННЦМД»

Функциональные факторы	Возможности для АО «ННЦМД»
Вовлеченность рабочей силы	Совместная разработка планов изменений, способных сократить расходы, поддержка инициатив. Объединение усилий с профсоюзной организацией.
Комплексное управление качеством	Предупреждение внутригоспитальной инфекции, недопустимость нарушения технологии производства услуги.
Использование мощностей	Сокращение среднего пребывания на счет эффективности технологий и 100% использование коечной мощности пациентами высокой степени сложности за счет эффективного взаимодействия по цепочке ценностей.
Эффективность структуры	Разделение финансово и операционно самостоятельных клинических подразделений на бизнес единицы со своим бизнес планом, объединенных общей стратегией Центра
Использование связей с представителями регионального здравоохранения	Обучение, совместное обсуждение с представителями регионального здравоохранения результатов лечения, передачи ряда технологий, преемственность в ведении конкретных пациентов.

«Примечание: выполнено автором»

Понимание поведения затрат означает понимание сложной игры затратообразующих факторов (структурных и функциональных) в реальной ситуации. Эффективная система управления затратами должна будет учитывать представленные выше предложения.

И опять пример пубоцервикальной репозиции при пролапсе гениталий, теперь с точки зрения затратообразующих факторов. Самый очевидный вариант – взять всех пациенток с миомами в Центр для органосохраняющего лечения, что позволит существенно увеличить масштаб и очень быстро выстроить все последующие структурные факторы. Но не реальный: без участия региональных медицинских организаций это не возможно, а с ними не выстроен эффективный путь взаимодействия. Однако опыт, навыки, выстраивание внутренних процессов до совершенства представляют большой резерв для максимального снижения затрат на проведение этой услуги и обеспечение наивысшего качества. Поэтому есть два

решения: для пациентов - стать лидером по качеству и затратам при проведении этой услуги и оказывать ее на коммерческой основе, для регионального здравоохранения – стать базой для обучения региональных медиков, извлекая доходы через малозатратные образовательные проекты, одновременно укрепляя связь и доверие с регионами для последующих проектов. Очевидно, именно функциональные факторы приобретают особое значение в работе с затратами в данном случае.

Таким образом, в рамках анализа затратообразующих факторов мы также видим наши будущие преимущества:

- систематизация затратообразующих факторов и оценки их влияния на эффективность работы Центра;
- признание особой значимости функциональных факторов при управлении затратами;
- эффективная координация внутренних процессов, возможно, через децентрализацию производственных подразделений.

Теперь объединим оценку обсуждаемой медицинской услуги. С точки зрения цепочки ценностей необходимы специальные меры по мотивации партнеров (региональные медицинские организации). С точки зрения стратегического позиционирования – есть острая необходимость придания наиболее востребованным услугам Центра особых качеств, которые бы их объединяли и делали особо привлекательными для пациентов. Ведь и в рамках мотивации партнеров самый важный аргумент – трансферт этой технологии на региональный уровень, поэтому необходимо иметь что-то довольно убедительное в свойствах наших услуг, что позволило бы и дальше следовать позиции дифференциации. А рассмотрение с точки зрения факторов затрат показало, что функциональные факторы имеют более существенное значение и требуют специальных мероприятий по управлению ими, хотя на первый взгляд структурные факторы выглядят значительнее. В итоге - каждый из этих трех компонентов анализа в рамках стратегического управления затратами позволил выстроить логику эффективной реализации медицинской услуги – пубоцервикальной репозиции при пролапсе гениталий с сохранением матки взамен варварского метода, сопровождающегося удалением матки, широко распространенного в Республике Казахстан.

Таким образом, на примере одной медицинской услуги, рассмотренной с помощью концепции управления предприятием, основанной на стратегическом управлении затратами, стали очевидными проблемы управления затратами в нашем Центре, которые мы намерены сделать нашими преимуществами в конкурентной борьбе на рынке медицинских услуг. Несомненно, данная технология может быть полезной большинству медицинских предприятий Казахстана в решении проблем финансовой устойчивости в условиях бурно развивающегося рынка медицинских услуг.

Источники.

1. Джон К.Шанк, Виджей Говиндараджан «Стратегическое управление затратами» / Пер. с англ. СПб.; ЗАО «БизнесМикро» 1999 г. - 288 с.
2. Гаррисон Р., Норин Э., Брюэр П. Управленческий учет. 12 изд. (пер. с англ. под.ред. М.А. Карлика. – СПб.: Питер, 2012. – 592 с.
3. Каплан Р., Нортон Д. Организация, ориентированная на стратегию : пер. с англ. М. Павловой. – М.: ЗАО «Олимп-Бизнес», 2010. – 412 с.

РЕЗЮМЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗАТРАТАМИ КАК ЧАСТЬ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ПРЕИМУЩЕСТВА НА ПРИМЕРЕ ОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

Т.А. Вощенкова

АО “Национальный научный центр материнства и детства”, Астана

В данной статье на примере медицинской услуги – пубоцервикальная репозиция при пролапсе гениталий – представлены возможности управления затратами, как части стратегического управления медицинским предприятием.

ТҮЙІН

ШЫҒЫНДАРЫ БАСҚАРУ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ КӘСІПОРЫНДЫ СТРАТЕГИЯЛЫҚ БАСҚАРУДЫҢ БІР БӨЛІГІ РЕТІНДЕ – МЫСАЛЫ БІР МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕР БАСЫМДЫЛЫҒЫ

Т.А. Вощенкова

«Ана мен бала Ұлттық ғылыми орталығы» АҚ, Астана қаласы

Мысалы медициналық қызметтері туралы аталмыш мақалада – гениталий пролапсасының кубоцервикальді репозициясы – медициналық кәсіпорнын стратегиялық басқару бөлігі ретінде шығындармен басқару мүмкіндіктері ұсынылды.

RESUME

COST MANAGEMENT AS PART OF THE STRATEGIC MANAGEMENT OF HEALTH – BENEFITS THE EXAMPLE OF A MEDICAL SERVICE

T. Vochshenkova

“National Research Center of Maternal and Child health”, JSC, Astana

In this article on the example of medical services - pubo cervical reposition of genital prolapsed - presented opportunities cost management, as part of the strategic management of health now.

УДК: 336.645:614.2

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА ПО ВОЗМЕЩЕНИЮ АМОРТИЗАЦИОННЫХ РАСХОДОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

К.Б. Иманберді

АО «Национальный медицинский холдинг», Астана

Многие десятилетия основой финансирования здравоохранения являлось содержание из государственного бюджета многотысячной армии государственных учреждений и государственных предприятий на безвозмездной основе.

Основной целью функционирования государственных учреждений и государственных казенных предприятий здравоохранения является стопроцентное освоение выделенных на их содержание бюджетных средств - полученные в процессе оказания медицинских услуг доходы должны быть полностью израсходованы в течение одного финансового года. Таким образом государство, вкладывая многомиллиардные средства, не получает никакой отдачи (финансовой отдачи, получение дивидендов).

В связи с чем, стратегией Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Министерство), важной задачей в реформировании и развитии здравоохранения определен переход на новые экономические отношения в системе здравоохранения путем изменения статуса государственных организаций и реорганизации их в акционерные общества (АО) или другие коммерческие формы (пример: государственное предприятие на праве хозяйственного ведения - РГП на ПХВ). Основной целью реализации данного направления является достижение финансовой устойчивости медицинских организаций и получение государством дивидендов путем внедрения эффективного финансового менеджмента.

Как мы знаем, медицинские организации здравоохранения в организационной форме АО или другие коммерческие медицинские организации не дали положительного результата в направлении получения прибыли и выплаты дивидендов государству.

Основным фактором данного вопроса являются:

1. Медицинские организации здравоохранения в организационной форме АО формируют финансовую отчетность в соответствии с международными стандартами (МСФО).

Медицинские организаций здравоохранения при формировании финансовой отчетности в соответствии с МСФО учитывают в бюджете амортизационные расходы.

2. Министерством не возмещаются амортизационные расходы медицинским организациям здравоохранения.

Медицинские организаций здравоохранения оказывают медицинские услуги Министерству в рамках республиканской бюджетной программы «Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи» (ГОБМП). Министерством, при возмещении услуг медицинским организациям здравоохранения в рамках ГОБМП не возмещаются амортизационные расходы.

Тарифная политика Министерства в рамках ГОБМП регулирующий

постановлением Правительства Республики Казахстан от 7 декабря 2009 года № 2030 «Об утверждении Правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств» не учитывает возмещение амортизационных расходов медицинским организациям здравоохранения.

Учитывая вышеизложенные факторы, многие медицинские организаций здравоохранения терпят убытки.

В целях решения безубыточности медицинских организаций здравоохранения рассматривался тарифная политика государства с учетом возмещения амортизационных расходов в течение последних несколько лет.

Для решения данного вопроса, Министерством изучена мировая практика по возмещению амортизационных расходов. С учетом мирового опыта в тарифной политике Министерства учитываются возмещение амортизационных расходов с 2014 года.

Пример: ситуации по АО «НМХ»

Консолидированный показатель АО «НМХ» на 2012-2014 годы

№ п/п	Наименование	Аудированный факт за 2012 год	План на 2013 год	План на 2014 год
I	Доходы, всего	25 013 872	28 588 811	31 245 067
	в т.ч. ГОБМП	17 860 639	20 093 981	22 896 042
	% ГОБМП	71%	70%	73%
II	Расходы, всего	26 924 477	30 256 407	30 685 855
	в т.ч. амортизационные расходы (АР)	3 665 921	3 497 894	3 606 184
	% АР	14%	12%	12%
III	Чистая прибыль (убыток/прибыль)	-1 910 605	-1 667 597	559 212

Как мы видим доходы от ГОБМП составляет порядка 70-73%, при этом амортизационные расходы составляют в 2012 году - 14% к 2014 году идет снижению 12%. В европейских клиниках доля амортизационные расходы к общим расходам составляют не более 5%, к примеру доля амортизационных расходов в клинике «Circle Hospital in Reading» (АНГЛИЯ) – 1%, в клинике «Hospital IMED» (ИСПАНИЯ) – 3%. Отсутствие возмещение амортизационных расходов в тарифообразовании Министерства отразился на убыточность дочерних организаций АО «НМХ» в 2012-2013 годах. С учетом возмещения амортизационных расходов с 2014 года планируется получить прибыль.

Список использованной литературы:

1. Брокгауз Ф.А., Ефрон И.А. «Энциклопедия словарь»;
2. Юрков С.В., Юркова Т.И. «Экономика предприятия»;
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2013 года № 1529 «О внесении изменения в постановление Правительства Республики Казахстан от 7 декабря 2009 года № 2030 «Об утверждении Правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств»;
4. Международные стандарты финансовой отчетности;
5. Налоговый кодекс Республики Казахстан;
6. Учетная политика АО «Национальный медицинский холдинг»;
7. Консолидированный годовой бюджет АО «Национальный медицинский холдинг».

УДК: 614.2:616-036.82/83-053.2(574)

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛА УПРАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ В АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»

Ш.А. Булекбаева,

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Введение. Стало очевидным, что главная ценность любой компании заключается не в деньгах, технологиях, ресурсах и т.п., а в людях. Квалифицированные сотрудники не только обеспечивают стабильность и эффективность работы, но и многократно повышают стоимость самой организации.

В условиях современной «войны за таланты», когда не организации выбирают работников, а кандидаты придирчивы в выборе своего потенциального работодателя, важным становится вопрос привлечения в организацию лучших сотрудников. Менеджерам по персоналу необходимо осваивать технологии маркетинга и public relations, профессионально заниматься позиционированием своей компании как работодателя на рынке труда, кропотливо создавать и продвигать на рынке свой HR-бренд.

Управление человеческими ресурсами (УЧР) это эффективное использование человеческих ресурсов организации, позволяющее улучшить результаты деятельности организации. УЧР это одна из самых сложных задач, стоящих сегодня перед бизнес-организациями. Это задача находится в ответственности всех менеджеров организации, ведь только эффективно управляя человеческими ресурсами, организация может достичь поставленных целей.

Задачи из сферы УЧР во многом диктуются запросами современного динамичного мира. Этот мир претерпел значительные изменения вследствие влияния глобализации и технического прогресса. Стремление организаций значительно повысить производительность труда отражает их повышенное внимание к человеческим ресурсам как к неперемennomу и необходимому активу организации и рассматривается как вариант долгосрочных вложений.

Затраты на обучение персонала являются долгосрочными инвестициями в развитие человеческих ресурсов. Большинство крупных и успешных организаций на Западе тратят на обучение персонала 8–10% фонда заработной платы. И эти средства рассматриваются как инвестиции, которые в будущем принесут высокую прибыль.

Обучение позволяет более эффективно использовать человеческие ресурсы, путем создания у работника чувства мастерства в выполнении своей работы и признания руководством его заслуг, повышается удовлетворенность работника своей работой. При правильном выборе методов обучения персонала, профессиональное развитие должно затрагивать две очень важные функции – эффективное использование потенциала сотрудника и главное - его высокую мотивацию (поддержание позитивного отношения к работе).

В условиях, когда ключевыми показателями успешной культуры компании

выступают: уровень образования персонала, его профессионализм и умение работать в команде, стратегическое значение приобретает профессиональная подготовка и переподготовка персонала, основанная на современных методах обучения.

Цель работы. Оценить деятельность отдела управления человеческими ресурсами (ОУЧР) за год работы.

Результаты и обсуждение. Работа выполнена в АО «Республиканский детский реабилитационный центр» (АО РДРЦ).

В структуре АО РДРЦ с сентября 2007 года функционировал отдел кадровой работы, который выполнял наряду с кадровым делопроизводством и отдельные функции управления персоналом.

В соответствии со Стратегией развития (Стратегия) АО РДРЦ на 2012-2020 годы, утвержденной решением Совета Директоров Национального Медицинского Холдинга от 28 марта 2012 года №1, повышение кадрового потенциала медицинского и немедицинского актива является одним из ключевых элементов его конкурентоспособности и стабильного экономического развития АО РДРЦ.

В Стратегии одной из целей является «формирование пула из высококвалифицированных кадров, подготовленных к научно-образовательной деятельности по международным стандартам», в рамках стратегического направления «укрепление и развитие кадрового потенциала».

В реализацию указанной цели были определены следующие задачи: обеспечение обучения и переподготовки ключевых специалистов, совершенствование системы профессионального развития среднего медицинского персонала, включая расширение его прав и полномочий, совершенствование системы мотивации и удержания лучших сотрудников, развитие корпоративной культуры и поддержание корпоративных ценностей.

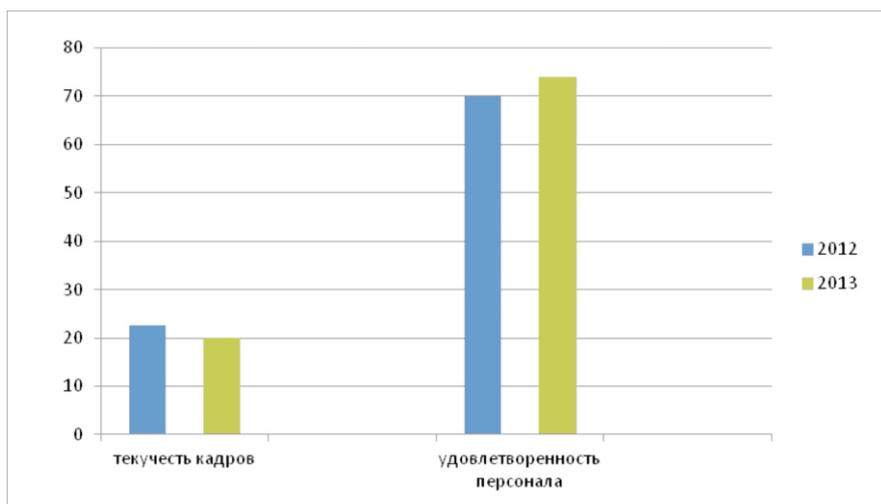
В связи с этим, учитывая, что АО РДРЦ предстояло выполнить большой объем работы для реализации стратегической цели и задач, решением Совета Директоров с января 2013г. в структуру был введен Отдел управления человеческими ресурсами.

На ОУЧР, кроме подбора кадров, были возложены такие основные задачи, как:

- 1) решение комплексных задач, связанных с удовлетворением каждого работника условиями, характером и содержанием труда;
- 2) обеспечение социального равновесия, выявление причин и поиск путей устранения конфликтов, создание и укрепление благоприятного социально-психологического климата в коллективе, снижение текучести кадров в АО РДРЦ;
- 3) развитие и поддержание корпоративной культуры в АО РДРЦ;
- 4) оценка профессиональной деятельности работников АО РДРЦ;
- 5) обучение и развитие персонала (профессиональное развитие и профессиональное обучение).

На сегодняшний день штат АО РДРЦ укомплектован необходимыми специалистами, поэтому основной задачей ОУЧР является, прежде всего, удержание кадров, уменьшение ее текучести. Используя, имеющиеся в АО РДРЦ возможности материального и нематериального стимулирования в 2013 году удалось снизить текучесть кадров на 2,6% (2012 год - 22,7%, 2013 год – 20,1%). По сравнению с 2012 годом повысилась удовлетворенность персонала условиями труда на 4,1% (2012г.-70%, 2013г.-74,1%). Эти данные отражены на рисунке 1.

Результаты деятельности ОУЧР



Конкурентное и справедливое вознаграждение сотрудников является одним из наиболее действенных инструментов привлечения и удержания персонала.

В настоящее время становится актуальным наличие принципа внутренней справедливости, согласно которому определяются уровни заработных плат и других компенсаций, что означает установление одинаковых заработных плат для должностей с одинаковой ценностью и важностью с точки зрения организации, а также закрепление более высоких заработных плат для должностей с большей ценностью для бизнеса. Соблюдение принципа внутренней справедливости позволяет установить прозрачную систему, в которой у всех работников одного уровня сопоставимые уровни заработных плат (в определенном интервале), а сотрудники на должностях, более важных для компании согласно внутренней оценке, получают уровень компенсации выше, чем специалисты с более низкой оценкой должности.

Система компенсаций и льгот должна быть прозрачной и понятной, она должна быть связана со стратегией и бизнес-целями организации, а также ее финансовыми возможностями.

Поэтому для унификации и систематизации подходов к оплате труда создана рабочая группа по подготовке положения «Об оплате труда, премировании, оказании материальной помощи и выплате пособия на оздоровление работников АО РДРЦ в новой редакции».

В постоянно меняющемся мире найм высококвалифицированных сотрудников может стать лишь краткосрочным решением вопросов, связанных с управлением человеческих ресурсов. Для того, чтобы постоянно быть полезным для своей организации, талантливый служащий должен продолжать улучшать свои знания и навыки. Не обновляя и не освежая свои знания, даже талантливый служащий может стать ненужным.

Обучение и развитие персонала осуществляется с целью формирования и поддержания необходимого уровня квалификации персонала с учетом требований и перспектив стратегического развития Общества.

Главным принципом в обучении персонала и при выборе методов обучения является умение применять полученный в процессе своей деятельности опыт для

корректировки методов работы при решении бизнес задач организации.

В АО РДРЦ обучение и развитие персонала проводится за счет собственных средств Общества и за счет республиканской бюджетной программы. План повышения квалификации разрабатывается исходя из стратегических целей и задач Общества. Методы обучения персонала разнообразны и направлены на планомерное развитие профессиональных навыков, умений и знаний сотрудников, это: курсы повышения квалификации в РК, обучение специалистов за рубежом, организация мастер-классов с приглашением специалистов ближнего и дальнего зарубежья, организация различных тренингов и семинаров, внедрение института менторства. Кроме того, для удовлетворения конкретных потребностей сотрудников в обучении, активно используется обучение на рабочем месте.

Обучение на рабочем месте характеризуется непосредственным взаимодействием с повседневной работой. Оно является более оперативным, облегчает вхождение в учебный процесс работников, непривыкших к обучению в аудиториях. Для обучения на рабочем месте приглашаются как внешние преподаватели, так и внутренние, кроме того, внедряется и наставничество. Наставничество оказывает положительное влияние на стабильность коллектива.

Ни одно предприятие не может позволить себе стоять на месте, если оно хочет выжить в современной конкурентной среде. Цикл жизни технологий, измерявшийся раньше годами и десятилетиями, сократился в ряде отраслей до 2-3-х месяцев. А значит, инновации должны быть не разовым явлением, а непрерывным ответом на постоянно изменяющиеся условия. Устойчивая система управления инновациями не просто помогает решать какие-то проблемы, но и создает новый потенциал, открывая, возможности для будущих инноваций.

Инновации – это преобразование знаний и идей в услуги, процессы, стратегии или бизнес-модели. Новые процессы и методы могут внести гораздо более весомый вклад в борьбу за создание устойчивого конкурентного преимущества организации. Все в компании должны быть открыты для новых идей, новых способов работы, использования новых инструментов и оборудования, быть способными принять их на вооружение и извлечь из них наибольшую выгоду.

Инновации – это свеча зажигания, благодаря которой люди и организации начинают движение к новым высотам. Непрерывные инновации, позволяют превратить работу в удовольствие. В инновациях главное - фокусироваться на возможности настоящего. Понять настоящее, изучить то, что уже известно и превратить эти знания в будущие возможности. В поиске новых источников развития организации необходимо фокусироваться на возможностях, а не на проблемах, которые эти перемены создают. Добиться прорывных результатов можно, лишь используя возможности, а, не решая проблемы.

На протяжении всего существования АО РДРЦ, коллектив постоянно находится в поиске новых инновационных методов не только в реабилитации пациентов, но и в поиске новых управленческих технологий, оптимальной организационной структуры Общества, расширения предоставляемых услуг.

Внедрение новых технологий, новая инициатива всегда находит понимание у руководства Общества. Любое структурное подразделение вправе предложить новые методы работы, которое будет поддержано.

Работники, пройдя обучение новым методам реабилитации, организуют их внедрение на практике, делаясь знаниями с коллегами.

Вознаграждение за творческую инициативу, внедрение новых методов в различных сферах деятельности Общества предусмотрено в положении «Об оплате труда, премировании, оказании материальной помощи и выплате пособия на оздоровление работников АО РДРЦ.

Таким образом, несмотря на короткий период времени, функционирование ОУЧР дало свои положительные результаты. И это явилось также результатом корпоративной культуры, преемственности разных подразделений АО РДРЦ.

В условиях конкуренции, когда в Астане ежегодно открываются новые клиники, основными задачами ОУЧР является удержание квалифицированных кадров, повышение уровня удовлетворенности условиями труда, приверженность Обществу. В АО РДРЦ для выполнения этих задач в поисках новых путей мотивации персонала направлена совместная работа топ-менеджеров, линейных руководителей и профсоюзного комитета.

Залогом процветания любой клиники является не только стабильный, но и постоянно обучающийся новым технологиям персонал. План повышения квалификации комплектуется ОУЧР исходя из стратегических целей Общества. Ежегодно все больше средств из бюджета Общества выделяется на разнообразные методы обучения и развития кадров.

РЕЗЮМЕ

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛА УПРАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ В АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»

Ш.А. Булекбаева

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Основными задачами ОУЧР является удержание квалифицированных кадров, повышение уровня удовлетворенности условиями труда, приверженность Обществу. В АО РДРЦ для выполнения этих задач в поисках новых путей мотивации персонала направлена совместная работа топ-менеджеров, линейных руководителей и профсоюзного комитета.

План повышения квалификации комплектуется ОУЧР исходя из стратегических целей Общества. Ежегодно все больше средств из бюджета Общества выделяется на разнообразные методы обучения и развития кадров.

ТҮЙІН

«РБОО» АҚ АДАМИ РЕСУРС БАСҚАРМА БӨЛІМІНІҢ ЖҰМЫСТЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

Ш.А. Булекбаева

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қаласы

Адами ресурстарды басқару бөлімінің негізгі міндеттері білікті кадрларды ұстау, еңбек жағдайына қанағаттанушылық деңгейін көтеру, Қоғамның қолдаушысы болып

табылады.

РБОО АҚ-да осы міндеттерді орындау үшін қызметкерлерді ынталандырудың жолдарын іздеуде топ-менеджерлер, бөлім басшылары мен кәсіподақ комитетімен бірлесе жұмыс істеуге бағытталған.

Біліктілікті арттыру жоспары Адами ресурстарды басқару бөлімімен Қоғамның стратегиялық мақсаттарынан іріктеледі. Жыл сайын Қоғамның бюджетінен көп қаражат әр түрлі оқыту әдістері мен кадрларды дамытуға бөлінеді.

SUMMARY

HR DEPARTMENT'S WORK EXPERIENCE OF “REPUBLICAN CHILDREN'S REHABILITATION CENTER”, JSC

Sh. Bulekbayeva

“Republican children's rehabilitation center”, JSC, Astana

The main objectives of HR department is the deduction of qualified personnel, improving the level of satisfaction by working conditions, commitment to the Society. In the RCRC to perform these tasks in search of new ways to motivate the staff is directed teamwork of top-managers, linear heads and trade-union committee.

The training plan is completed by HR department based on the strategic objectives of the Society. Annually more and more means from the budget of the Society is allocated for various methods of training and development of staff.

УДК: 614.2(574)

ОПЫТ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

*Ш.Х. Оспанова**АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана*

Быстрое развитие рыночных отношений требует от менеджеров принимать обоснованные стратегические решения по управлению компанией. В связи с этим, возникает необходимость изучения и анализа зарубежного опыта систем стратегического планирования и управления с целью адаптации его к современным условиям. Текущий мировой экономический кризис так же отразился на состоянии лечебно – профилактических учреждений в Казахстане. Приоритет медицинской службы в странах постсоветского пространства по сей день находится на остаточных позициях.

В 90 годы прошлого столетия, в системе здравоохранения Казахстана действовала государственная (бюджетная) модель здравоохранения, где 100% расходов на здравоохранение финансировалось государством. В тот период не существовало конкуренции медицинских организаций, требования и ожидания пациентов были не высоки, пациенты не имели права выбора врача («пленные» пациенты), отмечалась узость креативного мышления и управленческая некомпетентность менеджеров в здравоохранении, оторванность от обучения.

С появлением рыночных отношений, затронувших и систему здравоохранения, медицинская помощь стала медицинской услугой. Появляются частные клиники, значительно отличавшиеся от государственных организаций комфортом, чистотой, вежливостью персонала. Обострение вопроса необходимости страховой медицины, кардинальная переориентация на единую систему здравоохранения, естественно обуславливает необходимость во внедрении новых стратегических подходов. Свободный выбор пациентом клиники и врача создают на рынке медицинских услуг атмосферу конкурентности.

При этом, государственная модель здравоохранения сохраняется:

60,2% расходов на здравоохранение финансируется государством;

38-39% - за счет наличных платежей населения;

1-2% - за счет частного добровольного страхования.

Наблюдается быстрый рост менеджмента, рост конкуренции, приход иностранных конкурентов, построение деятельности по новым, международным стандартам.

Появляется опыт стратегического планирования, который находится в стадии накопления, первоначального анализа и осмысления.

В стратегическом управлении возникают 5 простых вопросов:

Что значит «Стратегия»?

Зачем она нужна?

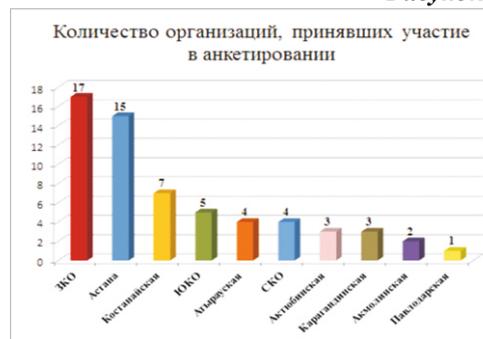
Что значит «Стратегическое управление»?

Кто должен разрабатывать Стратегию?

Есть ли шаблон/ стандарт Стратегии?

С целью изучения применения Стратегического управления в организациях здравоохранения РК, нами проведено анонимное анкетирование организаций здравоохранения. Была составлена анкета, направлена в управления здравоохранения областей и городов Алматы и Астана. Нами получены ответы от 61 медицинской организации (Рисунок 1).

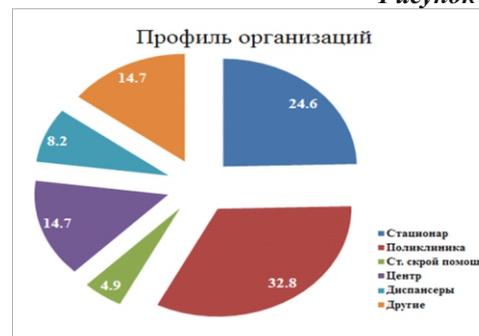
Рисунок 1



Анализ таблицы 1 показал, что наиболее активно приняли участие в анкетировании организации Западно-Казахстанской области и г. Астана. Наименьшее участие приняли Акмолинская и Павлодарская области.

Организации, принявшие участие в анкетировании, имели разный профиль (Рисунок 2)

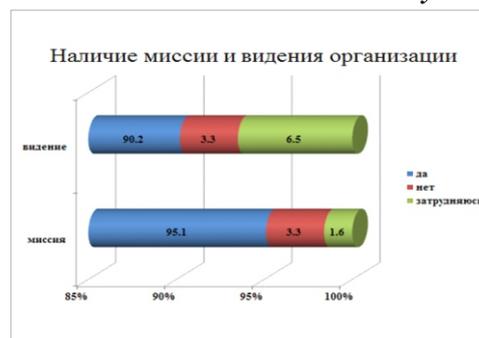
Рисунок 2



Из рисунка 2 выявлено, что в анкетировании приняли участие поликлиники – 32,8%, стационары – 24,6%, центры и другие организации – по 14,7%, диспансеры – 8,2% и станции скорой помощи – 4,9%.

Все организации, принявшие участие в анкетировании подтвердили, что имеют Стратегию развития своей организации. На вопрос, кем разработана Стратегия? Сотрудники двух организаций (3,3%) затруднились ответить, 96,7% организаций ответили, что Стратегию разрабатывала рабочая группа.

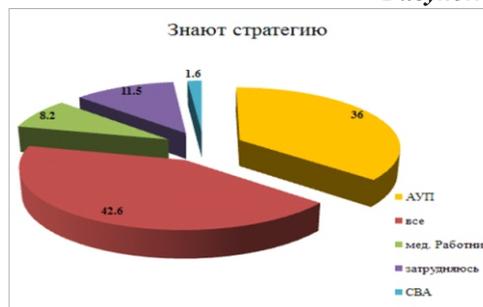
Рисунок 3



На вопрос о наличии Миссии и Видения организации ответы расположились следующим образом (рисунке 3).

Как видно на рисунке 3, у 95,1% организаций есть Миссия и у 90,2% - есть Видение. А на вопрос, Кем разработаны Миссия и Видение организации? Респонденты в 95,1% ответили – рабочей группой.

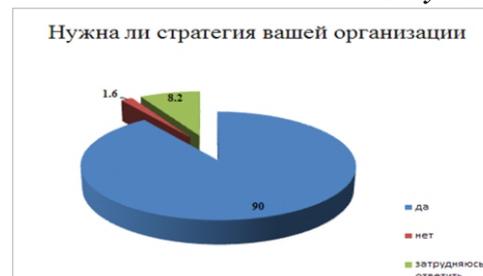
Рисунок 4



На вопрос: кто из сотрудников знает Стратегию организации? Ответы расположились следующим образом, как показано на Рисунке 4.

Из Рисунка 4 видно, что 42,6% респондентов утверждают, что в организации все сотрудники знают Стратегию, 36% респондентов считает, что со Стратегией знакомы менеджеры организации, 8,2% ответили – медицинские работники, 1,6% - служба внутреннего аудита и 11,5% респондентов затруднились ответить на данный вопрос.

Рисунок 5



На вопрос: Нужна ли Стратегия вашей организации? - респонденты ответили следующим образом (Рисунок 5).

Анализ рисунка 5 показал, что 90% респондентов считают Стратегию развития организации важным документом для развития организации, 8,2% респондентов затруднились ответить на вопрос и 1,6% респондентов ответили отрицательно.

Стратегическое управление включает в себя: формирование стратегии, реализацию и контроль.

Существуют 4 уровня стратегической культуры компании:

- 0 - нет стратегии;
- 1-есть Стратегия (как документ, сформированный одним сотрудником, о существовании которого мало кто знает в организации),
- 2-есть стратегический план,
- 3-есть система стратегического планирования,
- 4-планирование как образ жизни.

Анализ данных анкет выявил, что на сегодняшний день, в организациях здравоохранения Стратегическое управление на стадии формирования Стратегии и в некоторых организациях – реализация ее.

По уровню стратегической культуры – 1 и 2 уровни.

Резкий переход к рыночной экономике с сохранением бюджетного компонента финансирования, централизованное планирование с переходом на право хозяйственного ведения, поступление инновационных медицинских технологий, требующих повышения уровня квалификации специалистов и технического персонала и кардинальная переориентация на единую систему здравоохранения, естественно обуславливает необходимость во внедрении новых стратегических подходов.

На Саммите лидеров в Москве (2005 г.) Роберт Каплан, профессор фонда Бейкера в Гарвардской школе бизнеса представил следующую статистику:

- 10% компаний успешно реализуют стратегию;
- 90% компаний не удается реализовать стратегию;
- 5% сотрудников в среднем понимают стратегию компании;
- 25% менеджеров поощряется в привязке к успешной реализации стратегии;
- 85% команд исполнительных директоров тратят на обсуждение стратегии не более 1 часа в месяц;
- 60% организаций не способны привязать бюджет к стратегии.

Таким образом, в организациях здравоохранения РК начата работа по разработке и внедрению нового стратегического подхода в управлении организациями. Наблюдается заинтересованность Министерства Здравоохранения в обучении топ менеджеров и менеджеров организаций Стратегическому управлению и бизнес ориентированности.

Список литературы:

- 1.Бобровский А.В. Сетевые медицинские организации: стратегия развития и особенности менеджмента. // Бюллетень сибирской медицины. 2010, №6. С. 155-159.
- 2.Вишников А.Б. Совершенствование инструментария разработки стратегии развития промышленного предприятия. // Вестник ОГУ. 2008, №5 (86) С. 53-59.
- 3.Грант Р.М. Современный стратегический анализ. 5-е изд. - СПб: Питер, 2008.
- 4.Дженстер П., Хасси Д. «Анализ сильных и слабых сторон компании: определение стратегических возможностей»: ISBN:5-8459-0481-1, ильямс, 2003 -368 с.

РЕЗЮМЕ

ОПЫТ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ш.Х. Оспанова
АО «РДРЦ», г. Астана

В статье отражен опыт стратегического планирования в организациях здравоохранения Республики Казахстан, необходимого для успешного развития организаций в рыночных условиях.

ТҮЙІН

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЖЫМДАРЫНЫҢ СТРАТЕГИЯЛЫҚ ЖОСПАРЛАУ ТӘЖІРЕБИЕСІ

Ш.Х. Оспанова
«РБОО» АҚ, Астана қаласы

Мақалада Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ұжымдарының нарық кезеңіндегі дамуына керекті стратегиялық жоспарлау тәжіребіесі көрсетілген.

SUMMARY

STRATEGIC PLANNING EXPERIENCE IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Sh. Ospanova
“RCRC”, JSC, Astana

There is strategic planning experience in healthcare organizations of the Republic of Kazakhstan that is necessary for successful development of the organization in market conditions in the article.

УДК: 614.21:615.477

ОДИН ИЗ ПОДХОДОВ МОТИВАЦИИ ТОО «ОРТЕЗИСТ»

Т.А. Сейсембеков

АО «Республиканский детский реабилитационный центр»,
г. Астана

ТОО «Ортезист» (далее Товарищество) – дочерняя организация АО «Республиканский детский реабилитационный центр» города Астана, основной деятельностью которого является производство ортезно-ортопедических изделий для пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Бизнес-процесс в Товариществе осуществляют подразделения, которые занимаются изготовлением ортезно-ортопедических изделий:

- 1- гипсовочная (работа с гипсовыми позитивами);
- 2-формовка и обработка пластика (работа с горячим пластиком и его шлифовка);
- 3 - изготовление ортопедических стелек (работа с горячим мягким материалом и его шлифовка).

В организации практикуется постоянная рокировка сотрудников по подразделениям, так как специальность техника-ортезиста универсальна и он должен уметь выполнять любую работу, связанную с выполнением ортезов. А как можно стимулировать человека трудиться усерднее?

Актуальность мотивации сотрудников в любой организации существовала во все времена. И в Товариществе она занимает не последнее место.

Мотивация – это самое важное понятие в подходе к поведению человека на рабочем месте. Знание механизма мотивации необходимо в практической работе по управлению персоналом. Оно помогает при распределении и планировании работ. Так, исследовательские проекты лучше поручать сотрудникам с сильно выраженной потребностью в достижении конкретной цели. «Точная» работа может быть возложена на работников с развитой потребностью в компетенции. Подчиненные с сильной потребностью в одобрении должны постоянно поощряться руководителем. Индивидов с сильной потребностью во власти можно зачислять в резерв на выдвижение. Трусость в определенных обстоятельствах может быть желанным свойством. Вообще же можно утверждать, что нет плохих работников – есть много работников не на своем месте.

Мотивация – это процесс, начинающийся с физиологической или психологической нехватки или потребности, который активизирует поведение или создает побуждение, направленное на достижение определенной цели или вознаграждения. Мотивация складывается из трех взаимодействующих и взаимозависимых элементов: *потребностей, побуждений и вознаграждений*.

Потребности можно назвать мотивами, поскольку они побуждают нас к определенным действиям. Мотивы – индивидуальные внутренние движущие силы, которые побуждают нас вести себя по-своему. Потребности возникают, когда нарушается физиологическое или психологическое равновесие. Например, потребность существует, когда маленькая зарплата и нельзя в полной мере удовлетворить свои физиологические потребности или человеку не хватает общества других людей. Хотя психологические потребности могут основываться на некоем

дефиците, иногда это бывает и не так. Например, у техника-ортезиста с сильной потребностью достичь успеха может отражать непрерывную цепь достижений, т.е. изготовление ортезно-ортопедических изделий без брака, в большом количестве и участие в исследовательской работе.

Побуждения или мотивы (оба термина часто используются как взаимозаменяющие), возникают чтобы хоть частично удовлетворить потребности. Физиологический мотив можно просто определить как ощущение недостатка в чем-либо. Физиологические и психологические побуждения ориентированы на действие и обеспечивают энергию движения к достижению вознаграждения. Например, потребности в зарплате для удовлетворения физиологических нужд, а потребность в людях, близких по духу - мотиву принадлежности (распределение техников-ортезистов в подразделениях по психотипам).

Вознаграждение определяется как нечто, что приглушает потребность и снижает побуждение. Таким образом, достижение вознаграждения приведет к восстановлению физиологического и психологического баланса и уменьшит или совсем устранил побуждение. Соответственная зарплата, соответствующие хорошему качеству изделия, выпускаемые техниками, работа с коллегами, одинаковыми по духу, приведут к восстановлению.

В разных науках мотивация определяется различно, но в данный момент мы рассматриваем трудовую мотивацию, т.е. то, что определяет поведение человека на рабочем месте, хотя полностью определить мотивы поведения на рабочем месте от прочих мотивов невозможно.

При распределении сотрудников по подразделениям учитывались, согласно *теории Мак-Грегора* и причины, вызывающие разочарование работника:

- Чрезмерное вмешательство со стороны непосредственного руководителя, поэтому со старшими техниками-ортезистами также проводили рокировку;
- Отсутствие психологической и организационной поддержки (проводятся необходимые тренинги по повышению уровня квалификации и подготовке к аккредитации JCI, что укрепляет корпоративную культуру);
- Недостаток необходимой информации (необходимо отметить, что многие сотрудники вовлечены в исследовательскую и инновационную работу организации, так, из 27 сотрудников 26 (96,3%) вовлечены в те или иные проекты);
- Недостаток внимания руководителя к запросам подчиненного (проводятся профсоюзные собрания, обсуждаются проблемы коллектива);
- Отсутствие обратной связи, т.е. незнание работником результатов своего труда (подводятся итоги в конце каждой недели и месяца, где озвучиваются количество изготовленных изделий и есть ли брак);
- Неэффективное решение руководителем служебных проблем работника (своевременное приобретение материалов и оснащение рабочих мест);
- Некорректность оценки подчиненного руководителем.

Проблемы, возникающие согласно вышперечисленным причинам, которые вызвали бы недовольство и разочарование сотрудников, положительно решаются, но на мой взгляд, необходим еще один инструмент мотивации, который бы повысил производительность труда и корпоративную культуру в организации. И этот инструмент – распределение сотрудников в мини-подразделениях по психотипам, что

является новизной проблемы и дает возможность проанализировать, как он может повлиять на:

- производительность труда;
- качество выпускаемой продукции;
- психологический микроклимат;
- улучшение корпоративной культуры.

В связи с этим в Товариществе было проведено исследование на тему: «Распределение сотрудников на психотипы и их влияние на мотивацию персонала». Различаются 7 психотипов:

- Истероидный (истероид, демонстративный);
- Эпилептоидный (эпилептоид, бывает 2х видов: застревающий и возбудимый);
- Шизоидный (шизоид, странный);
- Эмотивный (эмотив, чувствительный);
- Гипертимный (гипертим, жизнерадостный);
- Паранойяльный (параноид, целеустремленный);
- Тревожный (тревожно-мнительный, боязливый).

Данная методика была разработана В.В. Пономаренко на основе учения психологов о свойствах характера. Свои названия радикалы получили от используемых в психиатрии терминов, характеризующих то или иное психическое расстройство личности, но это не клинический диагноз.

Однако радикалы, или, как их еще называют, акцентуации, – это только особенности личности, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены. Это приводит к склонности человека применять одни и те же стратегии поведения в разных ситуациях, выбирать более подходящий стиль в одежде и аксессуарах.

Таким образом, в режиме реального времени, без применения тестов можно увидеть психологические и коммуникативные особенности человека, по их поведению, по манере, что помогает руководителю строить общение с персоналом и налаживать бизнес процесс.

В исследовании приняли участие 15 сотрудников. Такие подразделения, как медицинский блок (4 сотрудника), техники-швеи (3 сотрудника) в расчет не брались, так как сотрудники в этих подразделениях постоянны и их рокировка не возможна.

Из 15 респондентов психотипы распределились следующим образом:

1. Эпилептоид – 8 респондентов – 53,3%
2. Эмотив – 3 респондента – 20%
3. Истероид - 2 респондента – 13,3%
4. Тревожно-мнительный – 2 респондента – 13,3%

Рассматривался период с июня 2013 года по февраль 2014 года.

Таблица анализа сотрудников по психотипамч

	лето 2013 г.	осень 2013 г.	зима 2013-14 г.г.
Гипсовочная			
Ст. техник	Истероид	Эпилептоид	Эпилептоид
Техник-ортезист	Эмотив	Эпилептоид	Эпилептоид
Техник-ортезист	Эпилептоид	Эмотив	Эпилептоид
Техник-ортезист	Эпилептоид	Эмотив	Эмотив
Техник-ортезист	Эпилептоид	Тревожно-мнительный	Эмотив
Техник-ортезист	Тревожно-мнительный		Тревожно-мнительный

Формовочная			
Ст. техник	Эпилептоид	Истероид	Истероид
Техник-ортезист	Эпилептоид	Истероид	Эпилептоид
Техник-ортезист	Эпилептоид	Эпилептоид	Эпилептоид
Техник-ортезист	Эпилептоид	Эпилептоид	Эпилептоид
Техник-ортезист	Истероид	Эпилептоид	Эпилептоид
Стелечная			
Ст. техник	Эмотив	Эмотив	Эмотив
Техник-ортезист	Эмотив	Эпилептоид	Эпилептоид
Техник-ортезист	Эпилептоид	Эпилептоид	Истероид
Техник-ортезист	Тревожно-мнительный	Эпилептоид	Тревожно-мнительный
Техник-ортезист		Тревожно-мнительный	

Сравнивая распределение сотрудников в подразделениях по их психотипам (психотипы старших техников и техников-ортезистов) по рассматриваемым срокам, можно сделать следующие выводы:

1 подразделение - гипсовочная (работа с гипсовыми позитивами):

лето 2013 года - низкая производительность труда, замечания по качеству выпускаемой продукции, неустойчивый психологический микроклимат;

осень 2013 года – в связи со сменой старшего техника-ортезиста резко увеличилась производительность труда, улучшился психологический микроклимат и качество выпускаемой продукции;

зима 2013-2014 годов – после следующей ротации техников наблюдаются улучшения по всем наблюдаемым параметрам.

2 подразделение - формовка и обработка пластика (работа с горячим пластиком и его шлифовка):

лето 2013г. - производительность труда удовлетворительна, замечания по качеству выпускаемой продукции, психологический микроклимат удовлетворительный;

осень 2013г. - в связи со сменой старшего техника-ортезиста производительность труда не изменилась, психологический микроклимат удовлетворителен, но улучшилось качество выпускаемой продукции, так как уменьшился контроль и у техников появилась возможность проявить себя;

зима 2013-2014 г.г. – после следующей ротации техников, так же как и в первой группе, наблюдаются улучшения по всем наблюдаемым параметрам.

3 подразделение - изготовление ортопедических стелек (работа с горячим мягким материалом и его шлифовка):

лето 2013 года - производительность труда удовлетворительна, существуют незначительные замечания по качеству выпускаемой продукции, психологический микроклимат удовлетворительный;

осень 2013 года - в связи с ротацией техников производительность труда не изменилась, психологический микроклимат удовлетворителен, замечаний по качеству выпускаемой продукции нет;

зима 2013-2014 годов – после следующей ротации техников, так же, как и в предыдущих группах наблюдаются улучшения по всем наблюдаемым параметрам.

Наблюдения показали, что при ротации старших техников **истероид** не справился с таким серьезным объектом, как гипсовочная, где не нужен творческий подход, а скорее необходима мобильность, собранность, четкое выполнение большого объема работы и жесткая дисциплина. Поэтому после прихода в 1 подразделение **эпилептоида** по всем наблюдаемым параметрам были достигнуты определенные успехи.

2 подразделение, где была жесткая дисциплина, поставленная **эпилептоидом**, осенью была рокировка старших техников. **Истероид**, зажигая коллектив, не мешал сотрудникам проявить себя, чем повысил качество выпускаемой продукции и сохранил здоровый психологический климат в подразделении.

3 подразделение, ротации старшего техника в этом отделе не было. **Эмотив** создал все условия для гармоничного развития в веренном ему подразделении.

Результаты исследования показали следующее: повышение производительности труда, уменьшение брака и улучшение качества выпускаемой ортезно-ортопедической продукции, улучшение психологического микроклимата и корпоративной культуры не только в подразделениях, но и в Товариществе в целом вследствие распределения сотрудников по подразделениям и возложения на них обязанностей с учетом их психотипов.

Таким образом, на основании данного исследования можно сделать вывод, что в любой компании можно позволить разбавить рабочую силу с учетом их психотипов и при этом эффективно мотивировать персонал. Умелое сочетание психотипа старших по должности сотрудников с психотипами непосредственных исполнителей производственного процесса позволяет руководителю организации не тратить время на решение проблем эффективной организации производства, а решать более глобальные вопросы, касающиеся предприятия.

Литература:

1. Аширов Д.А. Трудовая мотивация: учеб. пособие. – М. 2005. – 448 с.

РЕЗЮМЕ

ОДИН ИЗ ПОДХОДОВ МОТИВАЦИИ ТОО «ОРТЕЗИСТ»

Т.А. Сейсембеков

АО «Республиканский детский реабилитационный центр»,

Г. Астана

Статья ТОО «Ортезист» посвящен тенденциям производства методом стимуляции рабочих в строке выгодного объединения. В статье показан контрольные результаты применения этого метода.

ТҮЙІН

ЖШС «ОРТЕЗИСТТІН» ТІЛ ТАБУ БІР ҚОЗҒАМДАМАСЫ

Т.А. Сейсембеков

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қаласы

Мақала «Ортезист» ЖШС өндіріс үрдісін тиімді ұйымдастыру жолында жұмысшыларды ынталандыру әдістемесін қолдану мәселесіне арналған. Мақалада осы әдістемені қолданудың барысын бақылау нәтижелері көрсетіледі.

SUMMARY

ONE OF THE MOTIVATION APPROACHES OF “ORTHOTICS”, LLP

T. Seissembekov

“Republican children's rehabilitation center”, JSC, Astana

This article “ORTOTICS”, LLP, is dedicated to the manufacture tendencies by stimulation of employees method and profitable combination.

УДК: 613.6:614.3

ДЫШИТЕ НА ЗДОРОВЬЕ!

*Омаш Нуржалгас Намазалыулы
ТОО «TION-KZ», г. Астана*

От чего зависит здоровье человека? В большей степени от того, что мы едим, пьем и чем дышим. В сутки человек съедает 1,5 кг пищи, выпивает около 2-3 литров воды и вдыхает 12 000 литров воздуха - это почти 14 килограммов! Так что мы состоим в основном из того, чем дышим. Воздух – это важнейший продукт, необходимый человеку для жизни.

Мы дышим теми вредными токсическими веществами (в том числе формальдегидом, вызывающим раковые заболевания), что выделяют мебель, окрашенные поверхности, ламинат, линолеум, пластик и другие окружающие нас продукты химической промышленности. Прибавьте к этому населяющие помещения бактерии и грибковую плесень, те вирусы и микробы, которые распространяет больной человек, находящийся с вами в одном помещении, а также активное превращение кислорода при дыхании в углекислый газ - и картина получается просто удручающая.

Проблема заболеваемости внутрибольничными инфекциями (ВБИ) остается наиболее актуальной и трудноразрешимой в современной медицине во всем мире, в том числе и в нашей стране. Госпитальные инфекции затрудняют проведение лечебно-диагностического процесса, снижают его эффективность, удлиняют срок госпитализации в среднем на 6-8 дней, приводят к дополнительной заболеваемости, повышают летальность, приводя к повышению экономических затрат, и нанося в целом существенный социальный ущерб. По данным исследования ВОЗ, в США один случай ВБИ, удлиняя срок госпитализации на 4 дня, делает лечение дороже на \$ 2100, а в 2,7% случаев госпитализации инфекции способствовали летальным исходам.

В республиках постсоветского пространства данные официальной статистики практически повсеместно не отражают истинного положения дел относительно выявления и регистрации ВБИ.

Так, по отчетным данным в России ежегодно регистрируется 30-50 тысяч случаев ВБИ. В то же время по экспертной оценке, основанной на выборочных исследованиях ВОЗ, ВБИ переносят ежегодно 2-2,5 миллионов человек. Официальные цифры заболеваемости ВБИ в хирургических стационарах Республики Беларусь составили в 2009 году 0,06%. В Украине даже ориентировочные данные о частоте распространения ВБИ неизвестны, т.к. не организован учет ВБИ. В Казахстане в деле с выявлением и учетом ВБИ имеют место примерно те же проблемы (по данным Казахской Республиканской СЭС 0,03-0,04%).

Проблемы ВБИ касаются не только пациентов. Львиная доля заражения ВБИ у медицинского персонала. По данным Министерства здравоохранения РФ, в отделениях гнойной хирургии более 50% медперсонала в течении года заболевают различными гнойно-воспалительными инфекциями. Другая, на сегодняшний день крайне актуальная проблема ВБИ у медицинского персонала – туберкулез. Такая же ситуация и в Казахстанских медицинских учреждениях. Отсюда следует вывод, что реальные масштабы заболеваемости медиков ВБИ и связанный с этим экономический ущерб до конца не установлены.

Невидимые и оттого еще более опасные вещества, превращают помещение в рассадник вирусов и болезней. Вместо быстро убивающего ядовитого газа в ней грязный воздух, из-за которого мы медленно и неизбежно теряем свое здоровье, а персонал подвергается риску заболевания. Особенно чувствительны к этому дети и люди старшего возраста.

Казалось бы выхода нет. Мы не можем не дышать, не сможем обойтись без мебели, а старые технологии по обеззараживанию не справляются с вирусами и микробиологией, которые приспособились, выработав к ним иммунитет. Многие старые лечебные заведения не имеют систем вентиляции, а если имеют, то вентиляция работает плохо. Что можно сделать? Почаще включать «кварцевые» лампы и открывать окно в любое время года. Частое проветривание добавит кислорода и поможет снизить обсемененность в помещении. Конечно, это так, если медицинское учреждение находится где-нибудь в лесу или высоко в горах, в экологически чистой зоне. Как правило, все мед учреждения находятся в черте города с плохой экологией, где воздух улиц постоянно «пополняют» выбросы промышленных предприятий, выхлопы сотен автомобилей и многое другое, то через открытую форточку весь этот нехороший коктейль окажется в помещении. И это только испортит в ней воздух. А еще с улицы летят насекомые, пыль, сажа, пыльца растений и пух, такие опасные для тех, кто страдает аллергией, неприятные запахи, шум и еще много другого, совсем нам не нужного. Получается замкнутый круг, и надеяться нам остается только на выносливость организма и силу иммунитета?

Вопросы экологии и безопасности воздушной среды сегодня волнуют очень многих. Искали ответы на них и в компании ТИОН. Здесь считают, что решение есть у любой проблемы. И его нашли в технологии разработанной учеными научного городка Новосибирска. Изначально эта технология предназначалась для задач министерства обороны, для очистки и обеззараживания воздуха от боевых отравляющих веществ, радиационных загрязнений и бактериологического оружия. В данный момент компания использует технологию в медицине и быту. Так были разработаны приборы для автономной рециркуляции воздуха, компактные приточные системы, а также ламинарные потоки и фильтрационные короба для вентиляционных систем, которые на сегодняшний день не имеют аналогов по эффективности очистки.

Многие действующие вентиляционные системы в медицинских учреждениях работают на приточку и вытяжку, т.е. воздух с улицы подается в помещение, предварительно очистив от крупных загрязнителей и прогрет до нужной температуры. После отработанный теплый воздух выкидывается с помощью вытяжной системы на улицу. Например, при производительности вентиляции в 100 тыс. м³/час энергозатраты на подогрев приточного воздуха составят более 4000 МВт*ч, или более 50 млн. тенге в год! Как видите, такая система очень дорога в обслуживании, не говоря уже о безопасности воздушной среды, так как фильтра на таких системах пассивны и не имеют активной защиты от накапливания и размножения микробиологии на них. В итоге эти фильтра сами становятся рассадниками инфекции.

Есть несколько подходов к решению проблем ВБИ. Первое, оснастить действующую систему вентиляции фильтрационными коробами, которые могут обеспечить очистку и обеззараживание воздуха по всему зданию. Данное решение будет одним из наиболее надежных способов снижения энергозатрат систем

вентиляции, так как, организация системы рециркуляции воздуха внутри здания позволит экономить на прогреве или охлаждении воздуха, в зависимости от времени года. Достаточно будет добавить 20% воздуха с улицы от всей мощности вентиляции для обеспечения кислородом персонала и пациентов клиники. Активные фильтры в оборудовании ТИОН в свою очередь задержат микробиологию и вирусы на фильтрах, а электростатический блок инактивирует их с помощью озона, который продуцируется в приборе в больших количествах.

Для медицинских учреждений которые не имеют собственную систему вентиляции или вентиляция в них просто не работает, есть решение подачи воздуха компактными вентиляционными системами ТИОН О2 и обеззараживанием воздуха внутри помещения рециркуляторами ТИОН А, для предотвращения ВБИ. Вентиляционная установка ТИОН О2 обеспечивает приток воздуха, достаточный для свободного дыхания 4-х человек в помещении площадью до 40 кв.м. Воздух с улицы забирается вентилятором прибора, затем проходит трехступенчатую очистку от всех видов загрязнений: пыли, аллергенов, вирусов, бактерий, плесневых грибов, а также вредных газов и запахов. Рециркуляторы ТИОН А оснащенные 5-ти ступенчатой очисткой воздуха имеют: базовый фильтр класса F5 с угольным покрытием, высокоэффективный НЕРА - фильтр класса H11, имеющий стандарт медицинской очистки воздуха, и адсорбционно-каталитический фильтр очищают воздух. При этом окна остаются закрытыми.

Кроме этого есть решения для особо стерильных помещений, таких как операционные, ожоговые и палат интенсивной терапии, где необходимо обеспечить однонаправленный поток стерильного воздуха. Для таких помещений разработаны ламинарные потоки ТИОН В LAM, которые предназначены для подачи воздуха в определенное место (над операционным столом или над койкой пациента). Очищенные до уровня H14 потоки воздуха многократно уменьшат риск попадания какой либо микробиологии в открытую рану, тем самым уменьшая срок выздоровления и затраты на содержания пациента.

Вся линейка оборудования ТИОН проста и удобна в эксплуатации, не надо вести журнал рабочего времени, протирать лампы, от чистоты которых зависит эффективность обеззараживания. Достаточно включить в сеть и прибор работает 24 часа в сутки в присутствии людей. Употребляют такие приборы от 40 до 70 Вт*ч. Согласитесь, мало таких приборов, которые могли бы работать так экономно. При этом приятным бонусом можно считать тот факт, что прибор устраняет неприятные запахи свойственные некоторым отделениям в медицинских учреждениях. Сменные фильтры не имеют класса опасности даже после 1 года использования, так как, находятся в озоновом фоне и не требуют выделения дополнительных средств на утилизацию. В итоге, происходит удачное сочетание с двух сторон: комплексное обеспечение безопасности воздушной среды и дешевая эксплуатация оборудования.

Эффективность технологии подтверждена испытаниями Института катализа им. Г.К. Борескова СО РАН, Государственного научного центра Вирусологии и Биотехнологии "Вектор" Роспотребнадзора РФ, НИИ Дезинфектологии, НИИ Туберкулеза, РГП «КазИнМетр» Комитета технического регулирования и метрологии Министерства индустрии и новых технологий РК и Департаментом Комитета Государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства Здравоохранения РК по городу Астана.

ОСОБЫЕ ДЕТИ НУЖДАЮТСЯ В ОСОБОМ УХОДЕ

Г.Л. Жылкыбаев, С.А. Жаныбекова, А.Ф. Хамадиева
АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

Основа комплексной терапии детского церебрального паралича (ДЦП) – это командный подход. Он реализуется с использованием различных видов лечения: ЛФК, массаж, ортопедическая коррекция, физиотерапия в сочетании с лекарственной терапией, направленной на восстановление утраченных функций, динамическая проприоцептивная коррекция, иппотерапия и др. Особо важным аспектом является такой фактор, как уход, в частности, правильное кормление детей с ДЦП.

К сожалению, в Казахстане и странах СНГ недостаточно уделяется внимания возможностям использования диетотерапии в лечении и реабилитации пациентов с ДЦП. Примерно у трети пациентов с ДЦП имеются выраженные затруднения с приемом пищи и питья, что отражается на их общем состоянии. Часто дети с ДЦП неэффективно используют пищевую энергию. При спастических типах ДЦП отмечается низкие уровни физической активности и расход энергии, а при гиперкинетических (и дискинетических) формах – избыточная физическая активность и, соответственно, высокие энерготраты. Все это свидетельствует о том, что проблема кормления детей с ДЦП довольно значимая.

Если говорить о спастических формах ДЦП, в этом случае энерготраты низкие, таким больным необходимо всего около 1200 ккал/сут, в то время, как, например, при атетозе пациентам необходимо до 6000 ккал/сут (на 25-50%), то есть больше рекомендуемых норм. При отсутствии удовлетворения их потребностей в энергии, во втором случае отмечается задержка показателей массы тела и роста. При этом клеточная масса тела нередко уменьшается до 85% от нормы, что может сопровождаться отставанием костного возраста, (ложной) микроцефалией, мелкими чертами лица, а также гормональной дисфункцией. При этом вполне ожидаемо у пациентов с ДЦП развивается белковая недостаточность, гипохромные анемии, кальципения и/или витаминдефицитные состояния. Причинами недостаточностью питания являются:

- сложность вскармливания в результате нарушений жевания и глотания (дискоординация деятельности мышц губ, языка, неба и глотки);
- замедленное развитие в результате повреждения мозговых центров, обеспечивающих питание и рост (гипоталамические центры);
- зубной кариес/гипоплазия эмали и другие стоматологические проблемы;
- несоответствие пищевых привычек индивидуальному выходу (расходу) энергии;
- дефицит минеральных веществ, вызванного хроническим приемом антиконвульсантов или отсутствием активных движений.

Многие дети с умеренными/тяжелыми формами ДЦП подвержены дефициту питательных веществ, поскольку потребляют в избыточных количествах молоко и молочные продукты, наряду с недостаточным включением в их рацион мяса, фруктов и овощей. По некоторым данным, у детей с ДЦП частота гипотрофии варьирует от 29 до 46%, причем степень гипотрофии зависит от тяжести неврологических нарушений:

у детей с судорожным синдромом, параличами конечностей гипотрофия носит более тяжелый характер. Среди алиментарно-зависимых причин гипотрофии у детей наиболее часто наблюдается такие факторы, как нарушение глотания и жевания (дисфагия), потери нутриентов вследствие срыгивания, рвоты, плохой координации (у детей, питающихся самостоятельно), наличие гастроэзофагеального рефлюкса, который имеет место у 75% детей с ДЦП, замедленным опорожнением желудка.

Важным звеном командного подхода прежде всего является мама больного ребенка, так как именно она является человеком, которым следит за тем, что он ест и как он ест.

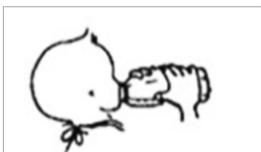
Поэтому, именно мама должна уметь кормить ребенка, правильно расценивая его возможности и потребности, а также следить за рационом принимаемой ребенком пищи. Кроме того, при кормлении, у малыша устанавливается тесный эмоционально положительный контакт с матерью, а это необходимое условие нормального психического развития. А трудности, связанные с кормлением больного ребенка, вызывают волнение и беспокойство у матери, и сам процесс становится крайне тягостным для обоих.

Учитывая, что у детей с ДЦП, прежде всего, имеются нарушения координации движения, мелкой моторики рук, для обеспечения правильного кормления необходимо обучение ребенка навыкам самообслуживания. Самообслуживание – это способность ребенка самостоятельно выполнять важные обязанности по отношению к самому себе, в частности, это: навыки одевания, навыки раздевания, соблюдение требований личной гигиены (умывание, мытьё рук, чистка зубов, принятие ванны и т.д.), приём пищи.

Формирование и развитие навыка самостоятельного приёма пищи у детей с диагнозом ДЦП, а также их родителей, является одной из важнейших. Почему же «особенным» детям сложнее овладеть данным навыком? Основной причиной является физиологическое развитие ребенка, зачастую у детей нарушена координация движений рук, зрительно – моторная координация и т.д. Лишая детей самостоятельности, а заодно и «сомнительное» удобство для себя, многие родители кормят ребенка сами, чтоб «сэкономить» время во время кормления, соблюдения опрятности одежды.

Но ведь, не пройдя все этапы по формированию самостоятельности, ребенок никогда не сможет есть сам. Стоит ли будущее ребенка испачканной одежды или некогда «сэкономленного» времени? Думаем, что нет!

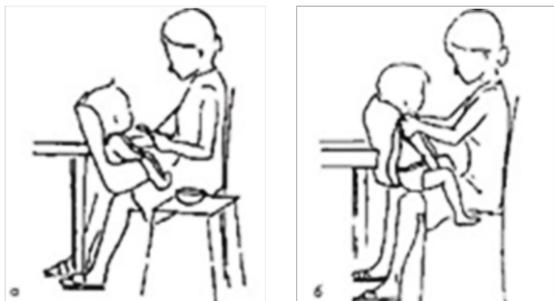
Каждый родитель беспокоится о будущем своего ребенка, но главное, на наш взгляд, что мы можем, это помочь ребенку, оказать необходимую помощь прямо сейчас. С чего нужно начинать? Первое, на что нужно обратить внимание, это на позу, в которой ребенок принимает пищу.



Приведем пример поз предложенных Хелен А. Мюллер, которая считает, что во время кормления необходим хороший контроль за всем телом ребенка. Если его тело не находится в стабильном положении, то спастичность усугубится, а произвольные движения станут активнее даже раньше, чем бутылка или ложка окажутся у него во рту, и ему будет гораздо труднее сосать и двигать губами. Никогда не придерживайте голову малыша сзади за затылок – это немедленно вызовет выгибание туловища и запрокидывание головы.

На рис. а—в показана правильная поза для кормления младенца или малыша с тяжелой формой церебрального паралича. Ноги ребенка разведены, вы своим телом не даёте ему скрестить их; его руки и голова выведены вперед, а вы удерживаете его в этом положении, положив ему ладонь на нижнюю часть груди (а—в).

На следующем рисунке показано положение, которое позволяет сохранять стабильную позу, так малыш может смотреть на вас - это положение хорошо подойдет ребенку с тенденцией к асимметрии позы и движений. Чтобы ребенок не выгибал туловище и не запрокидывал голову, согните ему ноги в тазобедренных суставах и поддерживайте их под коленями так, чтобы ноги были выше ягодиц.



Категорически запрещается кормить ребенка лежа, вливая, ему пищу в рот, ребенок может поперхнуться, что, в свою очередь, может привести к более серьёзным последствиям. Также очень часто можно столкнуться с тем, что многие родители, поднося ложку ко рту ребенка, просто вливают пищу.

Ребенок должен учиться, самостоятельно снимать пищу с ложки, тем самым развивается сосательный и глотательный рефлекс ребенка. Не умея этого делать, ребенок открывает рот, когда родитель подносит ложку и ждёт, ждёт, когда пища окажется во рту. Когда же он понимает, что нужно приложить некие усилия, начинает отказываться от еды, но раз, за разом повторяя данные манипуляции, ребенок начинает предпринимать попытки по снятию пищи с ложки. Кстати, о ложках, желательно конечно использовать не металлические ложки, а гелевые или пластиковые, размер ложки должен соответствовать физиологическим особенностям ребенка.

Особенностью заболевания является и то, что ребенок не может управлять мышцами рта, поэтому и здесь ему понадобится помощь взрослого. Указательным пальцем надавливайте на корень языка, это способствует тому, что язык приподнимается, выдвинется вперед, тем самым ребенок сможет проглотить пищу. Ни в коем случае не запрокидывайте голову ребенка назад, т.к. шея должна оставаться прямой, так ребенок научится глотать правильно. Вот так шаг за шагом, а иногда и мелкими шажками ребенок постепенно учится контролировать мышцы рта и языка. Начинать обучение желательно с консистенции йогурта, затем переходить на более густую, с учетом того, как быстро ребенок овладевает жевательным навыком. Как правило, это очень хорошо корректируется, главное набраться терпения и всякий раз осуществляя кормление ребенка помогать ему, поощряя за каждое усилие которое ребенок прилагает. Искренне радуйтесь даже крохотным достижениям ребенка.

Во время кормления напоминать ребенку, о том, что необходимо стараться есть

аккуратно, использовать фартук или нагрудник. Прием пищи должен быть удовольствием для ребенка, чтобы и пища и процесс приема пищи был ребенку в радость.

Детям необходимы любовь, понимание, чувство защищенности, если ежедневно заниматься с ребенком, помочь ему правильно развиваться – он обязательно приобретет огромную веру в себя в свои силы, что, в свою очередь, наделяет возможностью побороть свою болезнь и жить полноценной жизнью. И огромная роль в этом отведена именно мамам, которым нужно набраться терпения, чтобы в будущем восхищаться достижением своего малыша.

Список использованной литературы:

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. – М.: Просвещение, 1999. – 88 с.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детский церебральный паралич. – Киев, 1988. – 126 с.
3. Дружинин В.Н. Психология семьи. – СПб.: Питер, 2008. – 224 с.
4. Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. – М.: Просвещение, 1993. – 152 с.
5. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Издательский центр Академия, 2001. – 192 с.
6. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. – М.: ВЛАДОС, 2007. – 304 с.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЫЕ ДЕТИ НУЖДАЮТСЯ В ОСОБОМ УХОДЕ

*Г.Л. Жылкыбаев, С.А. Жаныбекова, А.Ф. Хамадиева
АО «Республиканский детский реабилитационный центр»*

Статья посвящена особенностям ухода, в частности, правильному кормлению детей с ДЦП, так как данное заболевание, часто затрудняет процесс кормления ребенка как в новорожденном и грудничковом периоде, так и в дальнейшем. Данная статья рассчитана для специалистов, как методика обучения родителей, так и непосредственно для родителей. Ведь именно от того, как ребенок с ДЦП питается, получает необходимый и востребованный объем и калорийность пищи, зависит его общее состояние здоровья и способность противостоять заболеванию.

ТҮЙІН

АЙРЫҚША БАЛАЛАР АЙРЫҚША ҚАМДЕСТІКТЕ МҰҚТАЖ БОЛАДЫ

*Г.Л. Жылкыбаев, С.А. Жаныбекова, А.Ф. Хамадиева
«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қаласы*

Мақала сал ауруына шалдыққан балаларды күтіміне, оның ішінде, тамақтандыру мәселелеріне арналған, өйткені, аталған ауру баланың туған беттен

беріден өскен сайын шамасындағы тамақтандыруды қиындата түседі. Бұл мақала ата-аналарға кеңес беру әдістемесі ретінде мамандарға да, сонымен бірге, сал ауру балаға күтім жасайтын ата-аналарға арналған. Сал ауруына шалдыққан баланың жалпы денсаулығы және осы ауруға қарсы тұру қабілеттілігі баланың қалай тамақтанатынына, оның ішінде, өзіне қажетті де, талап етілгін тамақ көлемі мен құнарлығына байланысты.

SUMMARY

SPECIAL CHILDREN NEED SPECIAL CARE

G. Zhylkybayeva, S. Zhanybekova, A. Khamadiyeva

“Republican children's rehabilitation center”, JSC, Astana

This article is dedicated to care's special aspects, particularly, correct feeding of children with cerebral palsy; because this disease often makes difficult to feed child as infant and baby and when children becomes older. This article is for specialists to teach parents and directly to parents. Child's general state of health and disease resistance capacity depends on how children with cerebral palsy eats, receives necessary and required size and calorific value of food.

УДК: 614.2:347.63/.631(574)

ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ МИССИИ В АО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА»

Т.А. Вощенкова

АО «Национальный научный центр материнства и детства», Астана

Любое предприятие может считаться успешным, если создаваемая им стоимость превращается либо в прибыль, либо в ожидание прибыли. Бизнес идея – это фактически миссия организации, работающей в рыночных условиях. От нее зависят все последующие стратегические решения.

Акционерному обществу «Национальный научный центр материнства и детства» (далее - Общество) уже 7 лет, оно является самой крупной медицинской организацией, оказывающей медицинские услуги матери ребенку в Казахстане. В Обществе осуществляется стратегическое управление, миссия предприятия звучит следующим образом: сохраняя здоровье матери и ребенку, мы создаем здоровое будущее. Однако рынок медицинских услуг в Казахстане чрезвычайно изменчив и бурно развивается, и настало время сверить свою бизнес идею, сформированную 5 лет назад, с сегодняшней ситуацией.

Итак, мы - коммерческая организация, для нас важно получить ответ на единственный вопрос: что особо ценное мы можем предложить потребителю, и как это обеспечит наше устойчивое конкурентное преимущество, насколько выгодно это отличается от услуг наших конкурентов.

На первом этапе этой работы мы провели структурный анализ целевой потребности в наших услугах среди пациентов, впервые обратившихся в Центр. В рамках маркетингового исследования было проведено анкетирование 100 пациентов Центра, цель анкетирования - узнать ожидания наших первичных пациентов при получении медицинских услуг. Анкета состояла из 6 вопросов, помогающих сформировать группы пациентов в зависимости от финансовых возможностей, источника финансирования наших услуг, причин выбора нашего Центра и ожиданий от оказываемой нами услуги. В таблице 1 представлены итоги работы, позволившие сформулировать основные предпочтения наших первичных пациентов.

**Таблица 1-Структура пациентов АО «ННЦМД»
в зависимости от целевой потребности**

пациенты	характеристика	Необходимые условия
«бюджетники» - 70%	Поступление: по направлению регионального здравоохранения. Предпочтение: услуги, отсутствующие в регионе. Возмещение: бюджет. Финансовое положение: средний уровень и ниже. Влияние на имидж – умеренное.	Главное: своевременное медицинское заключение и необходимый объем медицинской помощи. Сервис: стандартный.

«ВИП-бюджетники» – 5%	Поступление: по звонку. Предпочтение: лучшая услуга лучшим специалистом в лучшей клинике. Финансовое положение: Члены семей высокопоставленных чиновников. Возмещение: бюджет. Влияние на имидж: существенное.	Главное: комплексная медицинская услуга на уровне международных стандартов «здесь и сейчас». Сервис: персональный.
«платники» (10%)	Поступление: самообращение. Предпочтение: лучшая услуга лучшим специалистом в лучшей клинике. Возмещение: личные средства. Финансовое положение: выше среднего. Влияние на имидж – существенное.	Главное: комплексная медицинская услуга на уровне международных стандартов «здесь и сейчас». Сервис: стандартный.
«ВИП-платники» (5%)	Поступление: самообращение. Предпочтение: лучшая услуга лучшим специалистом в лучшей клинике. Возмещение: страховые компании. Финансовое положение: члены семей сотрудников крупных корпораций с уровнем дохода выше среднего Влияние на имидж: значительное	Главное: комплексная медицинская услуга на уровне международных стандартов «здесь и сейчас». Сервис: выше стандартного.
«Соседи» – 10%	Поступление: по предварительной записи. Предпочтение: стандартная медицинская услуга. Возмещение: личные средства. Финансовое положение: среднее. Влияние на имидж: не существенное	Главное: ближе к дому Сервис: стандартный.

Данные исследования позволили нам увидеть наиболее перспективные группы потребителей услуг Центра, за счет которых возможно увеличить наше участие на рынке медицинских услуг: «ВИП-бюджетники», «платники» и «ВИП-платники». Теперь перед нами стала задача сформировать коалицию из разных групп, гармонизировав и примирив их интересы для лучшей удовлетворенности получить комплексную медицинскую услугу на уровне международных стандартов. Сегодня выбранная целевая группа представляет всего 20% пациентов Центра (11,2% от всех доходов), однако сделав доступной требуемую услугу выбранной целевой группе, Центр, с одной стороны, удвоит число получателей небюджетных услуг, с другой - несомненно, улучшит качество услуг для 70% «бюджетников».

Таким образом, исходя из бизнес идеи – увеличить доходы за счет сформированной на основе анкетирования целевой группы пациентов, миссия АО «ННЦМД» звучит уже несколько иначе, чем 5 лет назад: предоставляя комплексные, на уровне международных стандартов, медицинские услуги матери и ребенку, мы создаем здоровое будущее.

В результате проведенной работы по приведению бизнес идеи и миссии предприятия в соответствие современным условиям рынка медицинских услуг, мы получили следующее:

- Маркетинговый анализ позволил сформировать целевую группу пациентов наиболее перспективных с точки зрения увеличения доходов для Центра.
- Оценка ожиданий наших пациентов позволила определить то особенное, благодаря чему они отдали предпочтение нашему Центру при выборе медицинской

организации для первичного обращения.

- Миссия, отвечающая сегодняшним ожиданиям наших пациентов, требует изменений и других составляющих стратегии, и, несомненно, сделает более эффективными все последующие стратегические решения.

Литература.

1. Леонард Берри, Кент Селтман «Практика управления MayoClinic: уроки лучшей в мире сервисной организации» ООО «Манн, Иванова, Фербер» ООО «Издательство Эксмо» 2013 – С.366.
2. Каплан Р., Нортон Д. Организация, ориентированная на стратегию : пер. с англ. М. Павловой. – М.: ЗАО «Олимп-Бизнес», 2010. – 412 с.

РЕЗЮМЕ

ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ МИССИИ В АО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА»

Т.А. Вощенкова

АО “Национальный научный центр материнства и детства”, Астана

В данной статье представлено обоснование изменения миссии АО «ННЦМД» спустя 5 лет после ее утверждения в рамках стратегии.

ТҮЙІН

«АНА МЕН БАЛА ҰЛТТЫҚ ҒЫЛЫМИ ОРТАЛЫҒЫ» АҚ-ДА МІНДЕТТЕРДІ ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ ТӘСІЛДЕР

Т.А. Вощенкова

«Ана мен бала Ұлттық ғылыми орталығы» АҚ, Астана қаласы

Аталмыш мақалада «АБҰҒО» АҚ міндеттерінің өзгеруіне стратегия аясында бекітілгеннен кейін 5 жылдан соң негіздемесі ұсынылды.

RESUME

APPROACHES TO THE ESTABLISHMENT OF A MISSION OF “NATIONAL RESEARCH CENTER OF MATERNAL AND CHILD HEALTH”

T. Vochshenkova

“National Research Center of Maternal and Child health”, JSC, Astana

This article presents the rationale for changing the mission of JSC "NRCMC" 5 years after its adoption of the strategy.

УДК: 614.23:616-006(574)

АНАЛИЗ КАДРОВОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ж.М. Кашкенова

*РГП на ПХВ "Республиканский центр электронного здравоохранения"
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Астана*

Актуальность. Одним из основных направлений Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан (Программа) является укрепление и развитие кадрового потенциала [1]. Определение показателей обеспеченности медицинскими кадрами ОС позволяет провести более глубокую оценку доступности и качества оказания медицинской помощи. Восполнение дефицита квалифицированными медицинскими кадрами будет способствовать внедрению новых технологий в диагностику и лечение злокачественных новообразований.

Материалы и методы. Состояние кадровой обеспеченности онкологической службы в данном случае изучался на основе данных аналитического сборника «Анализ, мониторинг структуры и объема медицинской помощи, оценка экономической эффективности на уровне сельского здравоохранения и онкологической службы» за период 12 месяцев 2011-2012-2013 годов [2]. Анализ выполнялся в отношении врачебного и среднего медицинского персонала онкологической службы, с позиции их роли в процессе оказания медицинской помощи.

Результаты и обсуждения.

За период с 2011 по 2013 годы, по республике отмечается увеличение штата медицинских работников на стационарном и амбулаторном уровнях онкологических диспансеров (таблица №1).

Таблица 1

Штатные должности онкологических диспансеров

Период	Врачебный персонал			Средний персонал			Социальные работники			Психологи		
	Кол-во по 1 Р	Зан	Работ фи	Кол-во по 1 Р	Зан	Работ фи	Кол-во по 1 Р	Зан	Работ ф	Кол-во по 1 Р	Зан	Работ фи
Стационарный уровень												
на 01.01.2011 г.	904,7	757,5	578	1946,5	1771	1533,0						
на 01.01.2012 г.	981,0	834,8	587	2035,8	1848	1593,0						
на 01.01.2013 г.	1055,0	866,5	629	2095,0	1885	1583,0						
на 01.01.2014 г.	998,5	871,0	602	2009,3	1892	1550,0						

	Амбулаторный уровень											
на 01.01.2011 г.	317,5	289,5	205	418,75	384,75	296	2	2,00	2	9	8	6
на 01.01.2012 г.	357,8	337	204,0	471,5	448	320,0	2	2,00	2	9	9	9
на 01.01.2013 г.	369	330,25	232	502,8	480	365,0	15	10,00	9	20	15,5	13
на 01.01.2014 г.	431,0	381,8	275,0	578,3	540,0	418,0	20	18,75	18	25,25	21,25	19

за период 2011-2013 годы

На начало 2014 года в системе здравоохранения ОС насчитывается около 998,5 штатных должностей врачебных кадров на стационарном уровне, из них занятых – 871, т.е. увеличение врачебного персонала на 4,2% (в сравнительной динамике с 01.01.2011 - 2014 гг.). На занятых штатных должностях работают 602 физических лица с коэффициентом совместительства – 1,49; на амбулаторном уровне в сравнительной динамике увеличение на 34,1%, зафиксировано около 431 штатных должностей врачебных кадров, из них занятых – 381,8. На занятых штатных должностях работают 275 физических лиц с коэффициентом совместительства – 1,39 (рисунок 1) [3].



Рисунок 1. Обеспеченность врачебными кадрами ОС по состоянию на 01.01.2014 г.

В сравнительной динамике исследуемых периодов по состоянию на 01.01 2011 - 2014 гг. отмечается увеличение соотношения доли врачебного персонала на амбулаторном уровне. Так, доля занятых штатных должностей по онкологическим диспансерам регионов на амбулаторном уровне по состоянию на 01.01.2014 г. составила 26,7% против 23,7% в 2011 г., на стационарном – 60,9% (62%). Доля незанятых вакантных ставок от общего количества штатных должностей на амбулаторном уровне 49 составляет 3,4% (в 2011 г. - 2,3%), на уровне стационаров – 8,9% (против 2011 г. - 12%). Доля физических лиц на занятых штатных единицах на амбулаторном уровне составляет 31,4% (против в 2011 г. - 26,2%), на уровне стационаров – 68,6% (против в 2011 г. - 73,8%). Анализ коэффициента совместительства (далее -КС) в среднем на обоих уровнях составляет 1,4. КС характеризует объем занимаемых должностей одним физическим лицом. В норме должен быть приближен к единице. Высокий уровень коэффициента совместительства свидетельствует о большой нагрузке на медицинский персонал и в определенной степени влияет на качество медицинского обслуживания. Укомплектованность врачебным персоналом на амбулаторном уровне несколько выше, нежели на стационарном; по состоянию на 01.01.2014 года на

амбулаторном уровне составила 88,6%, на стационарном 87,2%.

Таким образом, в сравнительной динамике периодов с 01.01.2011 - 2014 гг. отмечается некоторый "переток" врачебных кадров со стационарного уровня на амбулаторный. Имеет место дефицит врачебного персонала по онкологическим диспансерам на обоих уровнях, о чем говорят показатели укомплектованности.

Также, необходимо отметить, наличие КС, который свидетельствует о имеющейся нагрузке на врачебный медицинский персонал, что в онкологической службе имеет важное значение, в части, качественной диагностики и лечения, а также эмоционального выгорания при работе с онкологическими пациентами. Так по мнению некоторых авторов медицинский персонал, который работает с онкологическими больными постоянно испытывают состояние хронического стресса в связи с негативными психическими переживаниями, интенсивными межличностными взаимодействиями, напряженностью и сложностью труда. А в результате постепенно формирующегося синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) возникают психическая и физическая усталость, безразличие к работе, снижается качество оказания медицинской помощи, порождается негативное и даже циничное отношение к пациентам [4]. Эти изменения рассматриваются как результат воздействия продолжительного профессионального стресса, сопряженного с ответственностью за судьбу, здоровье и жизнь людей [5]. С точки зрения теории стресса Селье, реакция на стресс имеет трехстадийную динамику (стадии тревоги, резистентности и истощения), СЭВ соответствует третьей стадии – стадии истощения. С одной стороны, СЭВ – определенный тип реагирования на хронический профессиональный стресс, который позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. С другой стороны, возникающие соматические, психологические и психопатологические дисфункции имеют неблагоприятные последствия для здоровья и профессиональной деятельности специалиста [6]. Подобное состояние, влияющее на здоровье самих врачей, несет за собой также некоторый социально-экономический ущерб, связанный с затратами на обучение, повышением квалификации врача, выплатам по листам нетрудоспособности.

По состоянию на 01.01.2014 г. доля занятых ставок СМР на стационарном уровне 73,1% (против 01.01.2011 г. - 74,9%), не занятых 4,5%, КС 1,2 и укомплектованность 94,2%; на амбулаторном уровне доля занятых ставок - 20,9% (против 01.01.2011 г. 16,3%), не занятых 1,4%, КС 1,3, укомплектованность СМР штатами 93,4% (Рисунок 2).



Рисунок 2. Обеспеченность средним медицинским персоналом ОС по состоянию на 01.01.2014 г.

Таким образом, ситуация по обеспеченности кадровым составом средних медицинских работников (СМР) несколько лучше, отмечается некоторый "переток" кадров со стационарного уровня на амбулаторный, несколько ниже показатель КС и выше укомплектованность.

Выводы:

1. Необходимо проведение целенаправленной работы по укомплектованности кадрами, что приведет к улучшению качества оказания медицинской помощи.
2. Повышение укомплектованности медицинскими кадрами, позволит снизить показатель КС.
3. Для медицинских работников онкологической службы имеет место проведение мероприятий улучшающих условия труда, а именно, соблюдение режима адекватных рабочих нагрузок и отдыха, а также психофизической разгрузки.

Список использованной литературы:

1. "Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы" (утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 марта 2012 года № 366);
2. Аналитическая информация по исполнению Договора №327 МЗРК "О государственных закупках услуг по проведению исследования "Анализ, мониторинг структуры и объема медицинской помощи, оценка экономической эффективности на уровне сельского здравоохранения и онкологической службы" за период 12 месяцев 2011-2012-2013 годов// ISBN 9965-15-848-7;
3. Методические рекомендации "Расчет и анализ статистических показателей (индикаторов) 2011 г. УДК 614/ББК 51.1 Авторы: Н.М. Исатаева, Г.К. Ситказинова, С.А. Валиева, М.Д. Сагиндыкова, Т.Марденюв.;
4. "Синдром эмоционального выгорания" Медицинская газета №43 – 8 июня 2005 г. Автор: П. Сидоров, Ректор Северного государственного медицинского университета, академик РАМН;
5. "Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей" УДК 614.23:616.8. Авторы: И.А. Бердяева, Л.Н. Войт;
6. Монография "Качество жизни и психическое здоровье врачей стационарного профиля" - 2008 г. Авторы: Россинский Ю. А., Семке В.Я., Асланбекова Н.В.; ISBN 9965.

РЕЗЮМЕ

АНАЛИЗ КАДРОВОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ж.М. Каишкенова

*РГП на ПХВ "Республиканский центр электронного здравоохранения"
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Астана*

Проведено исследование и дана оценка состояния кадровой обеспеченности медицинским персоналом онкологических диспансеров Республики Казахстан за период 01.01.2011 - 01.01.2014 гг. Сделаны выводы и представлены рекомендации по дальнейшему укреплению и развитию кадрового потенциала онкологической службы (ОС).

ТҮЙІН

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ОНКОЛОГИЯ ҚЫЗМЕТІНІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ПЕРСОНАЛЫМЕН КАДРЛЫҚ ҚАТМАСЫЗДАНДЫРУ АНАЛИЗІ

Ж.М. Каиқенова

*«Республикалық Денсаулық сақтаудың электронды орталығы» Қазақстан
Республикасының Денсаулық сақтау Министрлігі, Астана қаласы*

2011.01.01 - 2014.01.01. жылдар аралығында ҚР онкологиялық диспансерлерді медицина мамандарымен кадрлік қамтамасыз етілу жағдайы зерттеліп, баға берілді. Онкология қызметінің кадрлік әлеуетін дамыту және күшейтуге арналған ұсынымдары беріліп, қорытынды жасалды.

SUMMARY

ANALYSIS OF PERSONNEL AVAILABILITY BY MEDICAL STAFF OF ONCOLOGIC SERVICES OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Zh. Kashkenova

*Republican enterprise founded on the right of economic competence
“Republican center of electronic public health” of
Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Astana*

This research was conducted and the assessment was given to study the personnel maintenance of the medical staff at oncology clinics of the Republic of Kazakhstan from 01.01.2011 till 01.01.2014. This research concluded by providing the recommendations and suggestions for further strengthening and the personnel development of the oncological service (OS).

УДК: 615.851.33-057

ПРИМЕНЕНИЕ БИОУПРАВЛЕНИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА

*А.А. Мусина, Ф.Т. Сембиева, Б.Т. Рахметова, Р.К. Сулейменова
АО «Медицинский университет Астаны», г. Астана*

Известно, что значительные нагрузки на различные функциональные системы организма приводят к существенному напряжению. Актуальной проблемой современной прикладной медицины является экспериментальное обоснование и внедрение в практику методов релаксации, направленных на предупреждение, коррекцию и устранение негативных состояний [1,2].

Существуют различные подходы коррекции функциональных состояний, но при применении различных реабилитационных воздействий особенно важен обратный контроль эффективности восстановительного процесса. Принцип основан на «обратной афферентации», которое занимает ведущее место в теории функциональных систем П.К.Анохина, этот принцип действия применим и к БОС-коррекции [3,4].

Для оптимизации умственной деятельности нами были применены два метода нефармакологической коррекции, а именно ритмическая звуковая стимуляция различной модальности при коррекции функционального состояния студентов (сенсорный вид характера труда), а также альтернативное биоуправление по частоте сердечных сокращений с элементами психорелаксации у служащих диспетчерской службы (сенсо-моторного труда).

Результаты показали, что стимуляция ритмическими раздражителями с частотой соответствующих основным нейроритмам ЭЭГ, вызывают в целом повышение умственной работоспособности, на фоне снижения показателя «внимания» (ПВ). Звуковая стимуляция в данном случае служила причиной способствующая отвлечению внимания, и это в свою очередь становилось причиной снижения не работоспособности, а лишь показателей памяти. Повышение умственной работоспособности, сопряженное со снижением внимания и памяти, скорее всего было связано с активацией неспецифических систем мозга и интегративным анализом сигналов поступающих в мозг.

Звуковая стимуляция ритмическими раздражителями с частотой соответствующими основным нейроритмам ЭЭГ изменяла ответную реакцию в виде повышения такого показателя, как пропускная способность мозга (S). Это можно объяснить тем, что усвоение ритмов, которые были скоррелированы с собственными ритмами мозга, способствовали усилению связи между различными участками, при котором интегративный анализ сигналов по сравнению с фоном, привел к снижению памяти, а также показателя внимания.

После сеансов биоуправления со звуковой ритмической разномодальной стимуляцией повышались показатели пропускной способности мозга на 18%, образно-пространственной памяти на 13%, кратковременной памяти на числа - на 28 %, кратковременной памяти на слова - на 17% и долговременной памяти на числа на 30 %.

Второй метод коррекции основанный на тренинге навыка произвольного управления по ЧСС с чередованием состояния релаксация способствовало изменению уровня напряженности организма.

Снятие напряженности функционального состояния служащих в целом способствовал росту многих показателей, что еще раз подтверждает эффективность БОС тренинга не только для коррекции вегетативного звена но и на состояние информационно- управляющих систем организма. Избирательное активация автономных, корково-подкорковых центров сердечного ритма способствует снятию напряжения в целом всего организма усиливая тем самым межсистемную взаимосвязь.

Таким образом, динамика психофизиологических показателей когнитивных функций мозга свидетельствует о положительном эффекте воздействия тренинга при обработке информации различного характера.

Полученные данные свидетельствуют, что комбинированность применения различных модификаций тренинга альтернативного биоуправления с сеансами психорелаксации оказывают положительный эффект на состояние умственной работоспособности, психологического статуса.

Таким образом, объективные и субъективные показатели функционального состояния студентов и служащих свидетельствуют, что положительный корригирующий эффект воздействия адаптивного биоуправления по ЧСС, а также в сочетании его со звуковой стимуляцией оказывает положительный эффект на состояние умственной работоспособности. Усилия по оптимизации умственной деятельности должны быть направлены главным образом на воздействие ритмов физиологических функций, особенно при различных разновидностях напряженной профессиональной деятельности. Основным звеном коррекции при напряженной деятельности должны быть значимые изменения центральных и периферических звеньев специфической функциональной системы (эмоциональная, операциональная, сердечный ритм). Корригирующие сеансы должны быть дополнительно аппаратно поддержаны, т.к. именно инструментальная БОС усиливает осознаваемость ощущений. Механизм коррекции при повышении умственной работоспособности должен в первую очередь включать контроль за состоянием активности автономных функций, функционирование которых позволяет не только уравновесить состояние когнитивной сферы, но и улучшить самочувствие, настроение и общее функциональное состояние. Звуковой тренинг в диапазонах волн ЭЭГ и адаптивного биоуправления по ЧСС с элементами психорелаксации (в период экзаменационной сессии и напряженной производственной деятельности) может быть применен в прикладных целях для снижения психоэмоционального напряжения и оптимизации умственной деятельности.

Список литературы.

1. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С., Яковенко Е.А. и др.. Головные боли напряжения: клиничко-психологические варианты и возможности терапии.//Журнал неврологии и психиатрии.-2010.-№4.-с.52-56.

2. Магомедова С.А. Болезни системы кровообращения и особенности организации лечебно-профилактической помощи в республике Дагестан.// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины .-2010-4.-с.42-44.

3. Федотчев А.И., Бондарь А.Т., Ким Е.В. Адаптивное биоуправление с обратной связью и контроль функционального состояния//Физиология человека.-2002.-т.33.-№3.-с.79-96.

4. Иванов И.В., Жаров Е.В., Худов В.В., Петров Я.В. Эффективность перспективных средств профилактики функционального состояния организма у авиационных специалистов операторского профиля.// Вестник РАМН .-2010.-.№12.-с.19-22.

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ БИОУПРАВЛЕНИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА

А.А. Мусина, Ф.Т. Сембиева, Б.Т. Рахметова, Р.К. Сулейменова
АО «Медицинский университет Астаны», г. Астана

Оптимизация умственной деятельности, при коррекции состояний у работников умственного труда должна быть направлена на воздействие ритмов физиологических функций. Основным звеном коррекции должны быть значимые изменения центральных и периферических звеньев специфической функциональной системы, которые регистрируются в условиях производственной деятельности.

ТҮЙІН

АҚЫЛ ЕҢБЕКТІРІНІҢ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫ ЖАҒДАЙЫН ТҮЗЕТУІНДЕГІ БИОБАСҚАРУДЫҢ ҚОЛДАНЫСЫ

А.А. Мусина, Ф.Т. Сембиева, Б.Т. Рахметова, Р.К. Сулейменова
«Медициналық Университет Астана» АҚ

Ой еңбегімен айналысатын жұмысшылардың жағдайын түзету кезінде, ой қызметін оптимизациялау физиологиялық қызмет ырғағының әсеріне бағытталуы керек. Түзетудің негізгі бағыты өндірістік қызмет жағдайында тіркелетін спецификалық қызметтік жүйенің орталық және шеткі бөлігінің басым өзгерістері болуы керек.

SUMMARY

USE OF BIOCONTROL AT AMENDMENT OF INTELLECTUAL WORKERS' FUNCTIONAL CONDITION

A. Mussina, F. Sembiyeva, B. Rakhmetova, R. Suleimenova
“Medical University Astana”, JSC, Astana

Optimization of intellectual functioning at amendment of intellectual workers should be directed to rhythm influence of physiological functions. Main part of amendment should be significant changes of central and circumferential parts of specific functioning system which are registered in conditions of operational procedures.

УДК: 330.142.211.4:614.2

ФОРМИРОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АМОРТИЗАЦИОННОГО ФОНДА

К.Б. Иманберді, АО «НМХ», Астана

На сегодняшний день, в связи с возмещением амортизационных расходов при оказании гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) медицинскими организациями здравоохранения остро обсуждается вопрос о формировании амортизационного фонда и об его эффективном использовании.

И так, амортизационные отчисления – это денежные средства, предназначенные для возмещения износа предметов, относящихся к основным средствам медицинской организации (основным фондам). Амортизационные отчисления распределяются на полное и частичное восстановление (капитальный ремонт). Амортизационные отчисления на полное восстановление должны покрывать не только физический, но и моральный износ, т.к., становясь невыгодными для эксплуатации, физически основные средства еще пригодны. Амортизационные отчисления входят в себестоимость или издержки производства продукции. Накопленные амортизационные отчисления образуют амортизационный фонд.

Как мы знаем, для формирования амортизационного фонда и эффективного использования необходимо разработать и утвердить регламентирующий нормативный документ (Положение).

Основной целью создания Положения об амортизационном фонде является эффективный процесс обновления основного капитала и повышения технического уровня производственной деятельности медицинских организаций.

К источникам формирования Амортизационного фонда относятся:

- 1) суммы возмещения начисленной амортизации основных средств;
- 2) суммы возмещения начисленной амортизации нематериальных активов;
- 3) выручка от продажи основных средств и нематериальных активов, в части равной их остаточной стоимости.

Размер отчислений при формировании Амортизационного фонда в зависимости от финансового результата составляет:

- 1) в случае отрицательного финансового результата - сумма прибыли за вычетом расходов по процентам и уплаты налогов (EBIDTA).
- 2) в случае положительного финансового результата - сумма полученного возмещения по амортизации.

Средства Амортизационного фонда формируются путем аккумуляции на отдельном расчетном счете медицинской организаций, по результатам аудированной финансовой отчетности.

Решение об использовании Амортизационного фонда определяется уполномоченным органом медицинской организации. В решении должны быть определены:

- 1) цель использования Амортизационного фонда;
- 2) размер выделяемых для использования средств Амортизационного фонда.

Решение уполномоченного органа медицинской организаций об использовании Амортизационного фонда должно основываться на следующих факторах:

- 1) стоимости привлекаемого капитала;

- 2) эффективности отдачи от вложенных средств;
- 3) соотношения собственного и заемного капиталов;
- 4) экономических интересов инвесторов и заимодателей.

Учитывая одной из источников финансирования инвестиций в любой коммерческой организации чистую прибыль и амортизационные отчисления, необходимо связать Положение об амортизационном фонде с инвестиционной политикой. Целью Инвестиционной политики является определение основных принципов, направлений и этапов организации инвестиционной деятельности медицинской организаций. Инвестиционная политика также является основным документом, регламентирующим инвестиционную деятельность медицинской организаций.

Список использованной литературы:

1. Брокгауз Ф.А., Ефрон И.А. «Энциклопедия словарь»;
2. Юрков С.В., Юркова Т.И. «Экономика предприятия»;
3. Международные стандарты финансовой отчетности;
4. Налоговый кодекс Республики Казахстан;
5. Учетная политика АО «Национальный медицинский холдинг»;
6. Инвестиционная политика АО «Национальный медицинский холдинг».

РЕЗЮМЕ

ФОРМИРОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АМОРТИЗАЦИОННОГО ФОНДА

К.Б. Иманберді, АО «НМХ», Астана

В целях эффективного использования имеющихся средств в амортизационном фонде необходимо разработать и утвердить нормативный регламентирующий документ. Как мы видим, основным документом в данном вопросе являются учетная политика, инвестиционная политика, положение об амортизационном фонде. Вместе с тем, не исключается и другие нормативные документы для эффективного использования амортизационного фонда.

ТҮЙІН

АМОРТИЗАЦИЯЛЫҚ ҚОРДЫ ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖӘНЕ ТИІМДІ ҚОЛДАНУ

К.Б. Иманберді, «ҰМХ» АҚ, Астана қаласы

Амортизациялық қорда бар қаражатты тиімді қолдану мақсатында нормативтік реттемелеуші құжат әзірлеу және бекіту қажет. Біздің түсінігіміз бойынша, бұл жағдайда есеп саясаты, инвестициялық саясат, амортизациялық қор туралы ереже басты құжат болып табылады. Сонымен бірге, амортизациялық қорды тиімді қолдану үшін басқа да нормативтік құжаттарды есепке алу қажет.

SUMMARY

FORMATION AND EFFICTIVE USE OF AMORTIZATION FUND

K. Imanberdi, "National medical holding", JSC, Astana

In purpose of effective use of available funds in amortization fund it is necessary to develop and approve regulatory policy. As we can see, main document in this question is accounting policies, investment policy, and statement about amortization fund. It is not excluded that there can be other regulatory documents for effective amortization fund.

СТРАТЕГИЯ – КАК СПОСОБ ВЫДЕЛИТЬСЯ ИЗ КОНКУРЕНТНОЙ СРЕДЫ

Ш.Х.Оспанова

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Стратегия организации не является обособленным явлением в менеджменте. Если мы хотим выстроить стройную последовательную схему для описания стратегии, следует так же логично позиционировать саму стратегию по отношению к процессу менеджмента. Смысл стратегии заключается в том, чтобы найти способ выделиться из конкурентной среды и предложить потребителю уникальную ценность. Устойчивое стратегическое положение, по Портеру, — результат *системы* действий, каждое из которых, подкрепляет друг друга.

Стратегия — всего лишь один из этапов в непрерывной логической последовательности действий, от формулирования концепции компании на самом высоком уровне до непосредственной ее реализации исполнителями. Существует некий непрерывный процесс, который в широком смысле начинается с обдумывания предназначения организации, то есть ее миссии (концепции) и при правильном и последовательном выполнении всех процессов, приведет к желаемым результатам (Рисунок 1).



Рисунок 1

Из анализа рисунка 1 видно, что Стратегия – это один из этапов последовательных действий Стратегического управления для реализации целей, как: удовлетворенные акционеры, довольные пациенты, эффективные процессы, мотивированный и подготовленный персонал.

В АО «Республиканский детский реабилитационный центр» (далее, Центр) была создана рабочая группа для разработки Миссии, Видения и Ключевых ценностей Центра.

Отправной точкой Стратегического управления является миссия организации; она отвечает на вопросы, для чего существует компания, каково его ключевое предназначение, что компания отдает обществу.

Рабочая группа предложила следующую **миссию Центра** «Повышение качества жизни пациентов со специфическими нуждами, посредством интегративного подхода к реабилитационным мероприятиям».

Также были предложены **ценности Центра**:

1. Уход ориентированный на пациента

Мы всегда относимся к потребностям пациента с сочувствием.

2. Равноправие

Мы уважаем и искренне поддерживаем все национальности без дискриминации и проявляем это через наши слова и действия.

3. Отношения

Мы поддерживаем и усиливаем отношения со всеми пациентами, их семьями и партнерами.

4. Этика центра

Мы руководствуемся моральными ценностями, основанными на честности, справедливости и чести.

5. Командная работа

Мы работаем в команде и добиваемся лучших результатов вместе в таком сложном мире здравоохранения.

6. Качество и Безопасность пациентов

Мы прикладываем все усилия, чтобы предлагать лучший уход / услуги повышая качество и безопасность пациентов, семей и персонала.

Миссия и ключевые ценности остаются практически неизменными. Видение компании — это картина будущего, которая определяет направление движения организации и помогает работникам понять, почему и как они должны поддерживать компанию. Кроме того, оно начинает и направляет движение от стабильности миссии и ключевых ценностей к динамизму стратегии, следующему шагу в непрерывном процессе.

Видение Центра: «Стать конкурентоспособным центром на мировом уровне, осуществляющим реабилитационную, научную и образовательную деятельность на уровне международных стандартов со стабильной финансовой и экономической системой».

Следующим шагом было изучение внутренней и внешней среды, определение сильных и слабых сторон Центра, возможностей и угроз, которые прямо или косвенно могут повлиять на развитие Центра.

Был составлен SWOT- анализ (Таблица 1), проведено ранжирование критериев по значимости.

Таблица 1

SWOT- Анализ АО «РДРЦ»

Возможности- 38,6	Угрозы – 22,1
1. Есть возможность притока медицинских туристов (пациентов из других стран) – 9,2 2. Работа со страховыми компаниями – 9,9. 3. Взаимодействие со спонсорами, общественными объединениями и благотворительными фондами – 9,9. 4. Взаимодействие с реабилитационными центрами мира для развития медицинского туризма – 9,9. 5. Развитие филиальной сети – 9,6	1. Возможно снижение платных услуг из-за экономического спада в связи с кризисом в стране – 6,4. 2. На рынке услуг развитие конкурентов – 6,4. 3. Низкая покупательская способность клиентов - 9,3.

Сильные стороны - 135	Слабые стороны – 96,9
1. Стратегические цели достижимы - 16. 2. Сотрудники мотивированы – 13,7. 3. Стандарты (алгоритмы) операционных процедур выполняются – 16,4. 4. Отдел маркетинга, рекламы, PR необходим в структуре центра – 15,3. 5. С деятельностью отдела маркетинга доходы центра выросли – 12,6. 6. У нас Команда профессионалов - 18. 7. Применяются Ноу-Хау в реабилитации – 11,9. 8. Созданы условия для карьерного роста и обучения персонала - 14. 9. Наши пациенты удовлетворены полученной услугой – 17,3.	1. Высокий уровень комфорта пребывания пациентов. (отсутствие очередей, удобство в палате, уют, тепловой режим) – 14,3. 2. Есть риск снижения мотивации и отток квалифицированных кадров – 11,2. 3. Высокая нагрузка на специалистов - 10. 4. Высокий уровень сервиса (вежливость, внимательность receptionистов, врачей, педагогов, медсестер, санитарок и др.) – 16,7. 5. Постоянное отсутствие специалистов на рабочем месте из-за их обучения (в РДРЦ, по республике, за рубежом) - 9. 6. Ограничение площадей для внедрения других видов услуг – 13,4. 7. Закупки товаров и услуг производятся своевременно – 11,5. 8. Информационные системы работают успешно (ГИС, СЭД, 1С) – 10,8.

Анализ таблицы 1 выявил, что сильные стороны Центра весомее (135 баллов), чем слабые стороны (96,9 баллов) также, возможностей у Центра больше (38,6 баллов), чем угроз внешней среды (22,1 балл).

Далее нами проведена интеграция SWOT- анализа с цифровыми значениями и кривую Жизненного цикла компании в одном рисунке (Рисунок 2). При этом суммировались значения по вертикали со значениями по горизонтали.



Рисунок 2

Анализ рисунка 2 показал, что у Центра преобладают сильные стороны и хорошие возможности для реализации своей миссии и видения, а также Центр находится в стадии роста своего жизненного роста.

Стратегия постоянно развивается и модифицируется в ответ на продолжающиеся изменения окружающего мира.

Видение определяет цель, *стратегия* — логику движения к этой цели. Они взаимно дополняют друг друга.

Следующим шагом в Стратегическом управлении является создание

Стратегического плана развития Центра. Были разработаны ключевые направления, цели и задачи, направленные на то, чтобы с помощью возможностей усилить слабые стороны и перевести в сильные, снизить или ослабить воздействие угроз на Центр.

Стратегия определяет общие направления и приоритеты. Перевод стратегии в действие — следующий шаг в этом непрерывном процессе. Для того, чтобы это произошло — действия сотен сотрудников и инвестирование миллионов тенге были согласованно направлены на осуществление главных стратегических задач, — необходимо найти специфический язык стратегии. Стратегические карты и сбалансированные системы показателей предоставляют инструмент для перевода общих стратегических положений в специфические гипотезы, цели, показатели и задачи.

Следующим шагом явилась разработка среднесрочного плана развития с определением ключевых показателей результативности (KPI) с предельными показателями достижения, а также с назначением ответственных лиц за достижение данных показателей.

Сложности разработки и внедрения стратегии в учреждениях здравоохранения очевидны.

Для воплощения стратегии необходимо активное вовлечение персонала в процессы изменений и совершенствование реабилитационной помощи детям.

Принципиальное отличие для организаций здравоохранения от коммерческих компаний — более внимательное отношение к клиентам. В стратегических картах некоммерческих организаций клиентская составляющая является центральным элементом, поскольку в итоге именно эффективное обслуживание пациентов является залогом существования большинства организаций этого рода. Финансовая составляющая может быть поставлена в один ряд с клиентской, так как ее показатели свидетельствуют о степени удовлетворенности инвесторов, которые финансируют эти учреждения.

И так, мы сформулировали стратегию и разработали ключевые показатели результативности для Центра. Но как заставить стратегию работать? Как сделать так, чтобы она стала частью повседневных обязанностей каждого сотрудника?

Как показывают исследования, менее 5% работников компании понимают ее стратегию.

Дальнейшая работа по Стратегическому управлению должна преследовать следующие цели:

- 1) добиться понимания стратегии всеми сотрудниками Центра;
- 2) внедрить IT технологии в здравоохранение;
- 3) провести обучение сотрудников Центра на тему «ССП и система менеджмента для реализации стратегии»;
- 4) развивать корпоративную культуру Центра;
- 5) стандартизировать бизнес-процессы;
- 6) внедрить Стратегию и мониторить исполнение ключевых показателей результативности.

Таким образом, организация, ориентированная на стратегию, очень хорошо понимает всю важность вовлечения сотрудников в процесс реализации перспективных планов стратегического координирования их действий. В конечном счете, именно сотрудники воплощают стратегию в жизнь. Миссия должна быть распространена на

все организационные уровни таким образом, чтобы действия каждого сотрудника соответствовали ей и поддерживали ее осуществление, а система менеджмента должна обеспечить эффективность этого распространения.

Список литературы:

1. Каплан Р.С., Нортон Д.П. Организация на стратегию. Как в новой бизнес-среде преуспевают организации, применяющие сбалансированную систему показателей / Пер. с англ. – М.: ЗАО «Олимп-Бизнес», 2004.
2. Койков В.В., Граф М.А., Ермаханов Г.А. Концептуальное видение стратегии обеспечения безопасности пациентов в медицинских организациях Республики Казахстан. // Денсаулықты сақтауды дамыту журналы. 2011, №3 (60) С. 35-45.
3. Кидряева О.В., Воробаева С.А. Совершенствование тактического планирования на промышленных предприятиях. // Современные проблемы науки и образования. 2013. №4, С. 1-8.
4. Лактинова Л.В. Современные стратегии развития многопрофильного медицинского учреждения федерального уровня. Вестник новых медицинских технологии. 2013, №1. С. 1-7.
5. Майсак О.С., Майсак Н.В., Сагитова Г.Р. SWOT-анализ как средство совершенствования медицинской организационной среды. // Современные проблемы науки и образования. – 2011. №6. С. 11-27.

РЕЗЮМЕ

СТРАТЕГИЯ – КАК СПОСОБ ВЫДЕЛИТЬСЯ ИЗ КОНКУРЕНТНОЙ СРЕДЫ

Ш.Х.Оспанова
АО «РДРЦ», г. Астана

В статье говорится об этапах стратегического управления от формулирования концепции (миссии) компании до непосредственной ее реализации исполнителями.

ТҮЙІН

СТРАТЕГИЯ – БӘСЕКЕЛЕСТІК ОРТАДАН БӨЛІНУ ӘДІСІ РЕТІНДЕ

Ш.Х.Оспанова
«РБОО» АҚ, Астана қаласы

Мақалада стратегиялық басқарудың компанияның концепциясын тұжырымдаудан орындаушылардың іске асыру сатылары көрсетілген.

SUMMARY

STRATEGY AS A WAY TO STAND APART IN COMPETITIVE ENVIRONMENT

Sh. Ospanova
“RCRC”, JSC, Astana

There are stages of strategic management from conception (mission) formulation of the Company to direct realization by performers in the article.

ПОДОМЕТРИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЙ СТОПЫ

Б.Ж. Мухаметжанов, Т.А. Сейсембеков, Е.Б. Бекенов, Е.С. Шалкарбаев
АО «Республиканский детский реабилитационный центр,
г. Астана

Современный образ жизни, неотъемлемой частью которого является гиподинамия, характеризуется ослаблением функций опорно-двигательного аппарата. У детей и подростков это проблема проявляется в виде плоскостопия, нарушения осанки и как крайнее проявление последней - кифо - сколиотические деформации позвоночника.

Дети с неврологическими заболеваниями, сопровождающиеся низким тонусом или спастичностью мышц, страдают патологическими установками опорно-двигательного аппарата. В этих условиях голеностопный отдел, принимая наибольшую статическую и динамическую нагрузку, наиболее подвержен деформациям, о чем свидетельствует опыт ортезирования детей с церебральным параличом в АО «Республиканский детский реабилитационный центр», где до 80% назначаемых и изготавливаемых ортезных изделий приходятся на ортопедические стельки и голеностопные ортезы различной модификации [1].

В связи этим актуальны своевременная диагностика и выявление патологий стопы и принятие адекватного лечения.

На рис.1 схематично показано строение стопы. Стопа имеет сводчатое строение. Условно подразделяют продольные своды: внутренний (рессорный) и наружный (грузовой свод), а также поперечный свод.

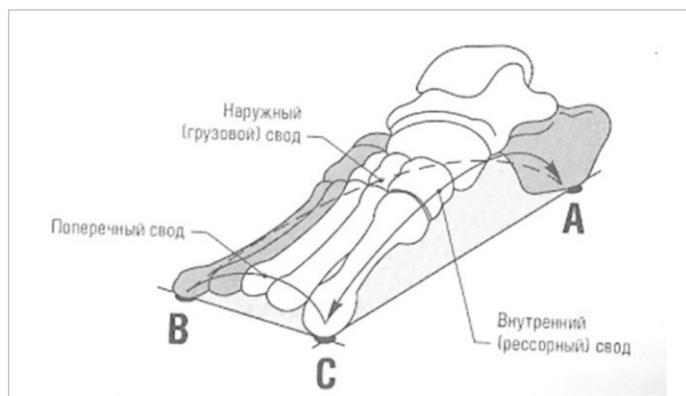


Схема арочной конструкция свода стопы.Рис.1.

Своды находятся во взаимосвязи и функционируют как единая арочная конструкция, которая выполняет опорную, балансировочную и рессорную функции. При заболеваниях стопы, приводящие к снижению высоты арочной конструкции, происходит уплощение стопы (плоскостопие), в результате этого она теряет свои функции. Это в свою очередь, приводит к заболеваниям выше расположенных сегментов опорно-двигательного аппарата: коленных, тазобедренных суставов, позвоночника.

Когда имеет место отклонения в поперечном своде, то речь идет о поперечном плоскостопии, при снижении внутреннего (наружного) свода – о продольном.

Наличие продольного и поперечного отклонений свода характеризуется как комбинированное плоскостопие. Частота распространения плоскостопия среди населения достигает 70%. Продольное плоскостопие чаще наблюдается, начиная с детского возраста и до 25 лет, поперечным страдают чаще женщины в возрасте 35-50 лет и старше.

В настоящее время существует различные способы диагностики плоскостопия. Так, визуальный осмотр пациента позволяет лишь приблизительно определить степень патологии. Существенным недостатком рентгенологического метода исследования является лучевая нагрузка.

Широкое распространение получили методы плантографии - определение величины опорной поверхности стопы по отпечатку на бумаге. Недостатком указанного метода диагностики является его высокая погрешность [3].

Компьютерно-оптическая диагностика регистрирует фотокамерой отраженного системой зеркал изображения подошвенной поверхности стоп с дальнейшей обработкой полученных данных на компьютере [4,5].

Недостатком метода является искажения, возникающие при фотографировании отраженного изображения стоп через систему зеркалов, а также применение дорогостоящих устройств. Подометрия дает возможность точно поставить клинический диагноз и установить степень тяжести заболевания [6, 7].



Подометрическая диагностика Рис.2.

Лаборатория моделирования и ортезирования АО «Республиканский детский реабилитационный центр» использует подометрию как наиболее простой, доступный способ диагностики плоскостопия.

На рис.2,3 приведены фотографии диагностики патологий стопы на подометре. Пациент становится на плоскую прозрачную опорную пластину с масштабной сеткой, стопы располагаются параллельно друг другу. Врач визуально определяет относительную величину опорной поверхности стопы (сравнение соотношения «грузового» и «рессорного» свода).



Подометрическая диагностика Рис.3.

Для точного постановки диагноза производится измерение высоты и длины стопы с вычислением их соотношения - подометрического индекса по Фридланту (рис.4). В зависимости от значения соотношения устанавливается степень плоскостопия (табл.1).

Таблица 1

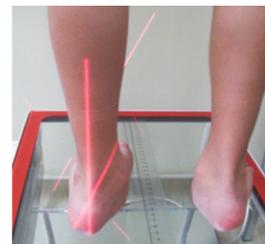
Степень плоскостопия				
Высокий свод	Нормальный свод	1 степень	2 степень	3 степень
Более 31	29-31	27-29	25-27	Менее 25



Измерения высоты и длины стопы. Рис. 4.

Продольное плоскостопие сопровождается пронацией пяточной кости, поэтому производится замеры «пяточного» угла при помощи лазерного прибора Laser Line фирмы Otto Bock (рис 5).

**Измерения «пяточного» угла
Рис.5**



После постановки диагноза врач-ортопед назначает пациенту адекватное лечение.

Специалисты лаборатории моделирования и ортезирования часто выезжают в регионы страны для оказания методической и диагностической помощи региональным медицинским учреждениям, где также проводятся мастер-классы по ортезированию. Кроме того при оказании ортопедической помощи на дому, в неспециализированных учреждениях (школах, детских домах и т.п.) требуются специальное оборудование для оперативной диагностики. Для этих целей специалистами лаборатории разработан и изготовлен портативный вариант подометра для диагностики плоскостопия (рис.6). Корпус прибора изготовлен из 15 мм прессованной фанеры, опорная пластина из 10 мм высокопрочного, закаленного стекла. Прибор имеет лампочки для подсветки и зеркало. Прибор весит 5кг, удобен в использовании, позволяет визуально оценивать относительную величину опорной поверхности, проводить диагностику патологий стопы.



**Портативный подометр
Рис.6.**

Выводы

Подометрический метод позволяет точно поставить клинический диагноз и установить степень тяжести заболевания стопы. Не требует сложного дорогостоящего оборудования, прост и доступен в использовании, что является его достоинством при обслуживании интенсивного потока пациентов.

Литература

1. Опыт ортезирования детей с неврологическими заболеваниями и больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Булекбаева Ш.А., Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Сатжанов А.Б., Бердиев Т.С. Вопросы реабилитологии №5, 2012г.
2. Подиатрия. Мицкевич В.А., Арсеньев А.О., Москва, БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006 г.
3. Соломин В.Ю. К вопросу диагностики плоскостопия у детей и подростков при проведении профилактических осмотров // Диагностика и лечение хирургических

заболеваний у детей. Материалы межобластной научно-практической конференции детских хирургов. Книга 2. - Омск, 2005. - С 55-5

4. Сарнадский В.Н., Вильбергер С.Я., Фомичев Н.Г. Способ определения формы стоп и устройство для его осуществления. Патент РФ на изобретение №2177249 от 12.27.2001. Приоритет от 09.20.1999.

5. Цыкунов М.Б., Малахов О.А., Еремушкин М.А., Федорова С.А. Оценка эффективности консервативной коррекции статических деформаций методом компьютерной топографии // Материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России. Воронеж, сентябрь 2004 г. - С.-Пб., 2004. - С. 113-114.

6. Скоблин А.П., Жила Ю.С., Джерелей А.Н. Руководство к практическим занятиям по травматологии и ортопедии. - М.: Медицина, 1975. - 223 с.

7. Фридланд М.О. Ортопедия. - М.: Медгиз, 1954. - С. 73-74.

РЕЗЮМЕ

ПОДОМЕТРИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЙ СТОПЫ

Б.Ж. Мухаметжанов, Т.А. Сейсембеков, Е.Б. Бекенов, Е.С. Шалкарбаев
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

В статье приводится краткий анализ методов диагностики плоскостопия, их преимущества и недостатки.

Сообщается о подометрической диагностике патологий стопы, приведены используемая методика, инструментарий, оборудование.

ТҮЙІН

ТАБАН ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ ПОДОМЕТРИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

Б.Ж. Мухаметжанов, Т.А. Сейсембеков, Е.Б. Бекенов, Е.С. Шалкарбаев
«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қаласы

Мақалада қазтабан диагностикасының әдісінің қысқа анализы, оның артықшылықтары және міндері келтірілген.

Табан патологиясының подометриялық диагностикасы туралы жарияланған және қолданылатын әдіс, инструменттар, жабдықтар келтірілген.

SUMMARY

PODOMETRIC DIAGNOSTICS OF FOOT PATHOLOGIES

B. Mukhametzhonov, T. Seissembekov, Y. Bekenov, Y. Shalkarbayev
«Republican children's rehabilitation center», JSC, Astana

There is brief analysis of methods of flat-foot diagnostics, its advantages and disadvantages in this article.

There is podometric diagnostics of foot pathologies, used methodic, tools, equipment.

УДК:614.2:615.477

СИСТЕМА МОТИВАЦИИ В ТОО «ОРТЕЗИСТ»

*Т.А. Сейсембеков**АО «Республиканский детский реабилитационный центр»**г. Астана*

Введение. Существуют два аспекта в системе мотивации: материальная и нематериальная. Материальная часть состоит из постоянной и переменной заработной платы, различных надбавок, финансовых вознаграждений, премиальных и пр. Нематериальная это мотивация словом, это поощрения в виде грамот, размещения фотографии на доске почета, приведение человека в пример другим, вовлечение в сложный и ответственный процесс деятельности организации.

Менеджеры всегда признавали, что их задача – побуждать людей выполнять работу в организации, но почти всегда считалось, что для этого достаточно материального вознаграждения. Такой способ мотивации не всегда бывает успешным, да деньги побуждают человека работать лучше, но есть и другие возможности в привлечении работника к выполнению задач, необходимых для достижения целей организации [1].

Если рассмотреть Японию – страну, где люди живут и действуют «как все», то мотивация рядового японца в том, чтобы не выделяться и не отличаться от других. Японец счастлив, если его поступки согласованы со взглядами и оценками окружающих или приспособлены к ним. Члены одной общины как две капли воды похожи друг на друга, они внимательно следят за тем, чтобы их схожесть не нарушалась, чтобы каждый был «как все», приобретать те же продукты, что и все, иметь кимоно, как у всех, и т.д. У японцев цель – утвердить себя в рамках группы – не как личность в ряду других индивидуальностей, а как рядовой член группы, получивший возможность действовать ее требованиям.

У японцев есть поговорка «забивать гвозди»: по поднявшейся над группой индивидуальности ударят, как по шляпке гвоздя, вылезшего из доски; удары тем сильнее, чем больше «шляпка» и заметнее «гвоздь», и далеко не у всякого японца появляется желание, а главное мужество, стать таким гвоздем. И главная его мотивация – не быть «гвоздем».

А жители стран Западной Европы и Америки стремятся выделиться среди людей своего круга и при этом стараются достичь каких-либо результатов, невзирая на конкуренцию и т.д. [2]. Ими движет совершенно противоположная мотивация.

Что касается нашей страны, людей, стремящихся выделиться из своего круга и умеющих проявить себя, окружающие поддерживают в его начинаниях и создают условия для профессионального роста. Это особенно наблюдается в последние два десятилетия, в период независимости республики.

Но при этом, менеджмент в стране еще недостаточно выстроен, слабо используется мотивационная система, особенно ее нематериальная сторона.

Результаты исследования и обсуждения. Исследования проведены в ТОО «Ортезист» (далее Товарищество).

В данной работе мы остановимся на нематериальной мотивации.

Был проведен анализ количественного состава работников Товарищества,

который показал, что из 28 сотрудников 18 (64,3%) это воспитанники той формации, где приоритетом был патриотизм, долг перед Родиной, это сторонники «стахановского» подхода к работе (достижение рекордных результатов). То есть эти 18 человек – старше 35 лет и соответственно 10 сотрудников – до 35-летнего возраста.

Из 28 человек – 6 женщин, что составляет 21,4%. Больше задействовано мужчин, так как Товарищество производит различные виды ортезно-ортопедических изделий, в сложных и тяжелых условиях труда, где требуется физическая выносливость.

На основании теории Маслоу, базирующейся на потребностях, которые заставляют людей поступать тем или иным образом мы провели анкетирование персонала, чтобы определить, над какими потребностями необходимо работать менеджеру, чтобы повысить производительность труда и улучшить корпоративную культуру организации.

Было проведено анкетирование сотрудников. Анкета 1 представлена ниже.

Что в работе для Вас важно?

Анкета 1

№	Вопросы	Количество респондентов	%
1	Деньги	17	62,9
2	Слова поощрения	3	11,1
3	Чувство удовлетворения выбором специальности	7	25,9
	Итого	27	100

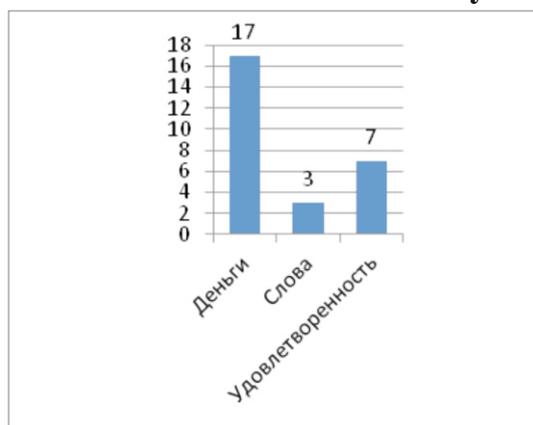
Данный опрос выявил, что материальная мотивация важна для 62,9% сотрудников; 25,9% опрошенных удовлетворены своим выбором и только для 11,1% ни деньги, ни сделанный выбор не имеют большого значения, как слова поощрения.

Это наглядно показано на рисунке 1

Также был проведен второй опрос о времени, которое сотрудники посвящают работе, семье и отдыху. Анкета 2 приведена ниже.

Данные анкетирования

Рисунок 1



Сколько времени занимает у Вас работа, семья, отдых?

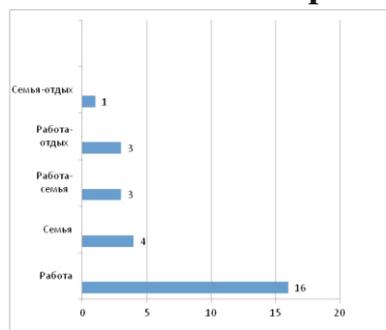
Анкета 2

№	Вопросы	Количество респондентов	%
1	Работа	16	59,2
2	Семья	4	14,8
3	Отдых	0	
4	Работа, Семья (одинаковые баллы)	3	11,1
5	Семья, Отдых (одинаковые баллы)	3	11,1
6	Работа, Отдых (одинаковые баллы)	1	3,7
7	Итого	27	100

2-я анкета показывает, что сотрудники большую часть своего времени находятся на работе, при этом семье уделяют меньше времени. И только для 14,8 % сотрудников отдых имеет одинаковое значение наряду с семьей и работой. Остальные не придают значения отдыху и этому уделяют очень мало времени.

Рисунок 2 отражает вышесказанное.

Данные 2-го анкетирования



Данный анализ показывает, что персонал больше поглощен работой и для него отдых означает быть в семье, т.е. не умеет активно отдыхать. Возможно, это происходит из-за недостатка средств или сказываются особенности менталитета.

Несмотря на результаты 1 анкетирования, где большая часть сотрудников предпочитает заработную плату, хотелось отметить следующий факт. В декабре 2012г. персоналу Товарищества была выделена премия, однако, не было отмечено роста производительности труда и улучшения корпоративной культуры. В дальнейшем работники ждали премию на регулярной основе, чего руководство не могло выполнить.

Поэтому в работе были применены методы нематериальной мотивации, таких, как удовлетворение социальных потребностей:

- распределение работы, так чтобы работники могли общаться друг с другом;
 - регулярное проведение собраний;
 - привлечение к участию в общественной жизни (спортивные соревнования, концерты);
 - потребностей в уважении:
 - поощрения в виде благодарностей, грамот;
 - вовлечение в научную, инновационную деятельность организации;
 - участие в конференциях;
 - вовлечение к принятию решений;
 - проведение тренингов и повышение уровня квалификации;
 - работа над улучшением взаимоотношений между инженерами и техниками
- потребностей в самореализации:
- поручения сложных заданий;
 - предоставления возможности дальнейшего обучения для реализации своего потенциала;
 - развитие творческих способностей.

Такая тактика дала положительные результаты. Коллектив почувствовал свою причастность к общему делу, в оздоровлении населения.

Выросла эффективность труда, улучшилось производство ортезно-ортопедических изделий, повысилась трудовая дисциплина, наладились взаимоотношения в коллективе.

Выводы. Таким образом, мы приходим к выводу, что, в настоящее время добиться успеха, игнорируя проблему мотивации персонала, нельзя. Осуществление программ мотивации требует от администрации знание особенностей каждого работника. Сложность заключается в том, чтобы правильно определить тот вид

мотивации, который сработал бы наиболее эффективно. Ведь именно сотрудники являются главным ресурсом любой компании. Эффективность их работы определяет результат деятельности организации. Достичь наибольшей отдачи можно только в том случае, если выгоду от труда работника имеет и компания, и он сам. Поэтому для достижения наилучших результатов работы компании необходимо найти те мотивы, которые движут каждым сотрудником в его трудовой деятельности, и создать ему такие условия, чтобы он мог и хотел выполнить поставленные перед ним задачи. И в этой связи важна не только материальная часть мотивации, но большее значение имеет нематериальная мотивация с учетом удовлетворения потребностей персонала. «Не хлебом единым жив человек!»

Литература:

1. Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. М. С-Пб. Киев., 2007. - 672 с.
2. Резник С.Д. Организационное поведение. М.: ИНФРА-М, 2006. – 430 с.

ТҮЙІН

ЖШС «ОРТЕЗИСТ» ЫҢТАЛАНДЫРУ ЖҮЙЕСІ

Мақалада «Ортезист» ЖШС-де қызметкерлерді ынталандыру үшін ұйымдастырылған сауалнама нәтижелері және осы нәтижелер негізінде қолданылған шаралар туралы әңгіме етілген. Сонымен қатар, ынталандыру шараларының тиімділігі туралы да сөз қозғалады.

РЕЗЮМЕ

СИСТЕМА МОТИВАЦИИ В ТОО «ОРТЕЗИСТ»

Статья раскрывает результаты анкетирования сотрудников ТОО «Ортезист» и осуществленные мероприятия по мотивации сотрудников на основании этих результатов. Также речь идет об эффективности мероприятий по мотивации.

SUMMARY

MOTIVATION SYSTEM IN "ORTHESIST" LLP

The article reveals the results of the "Orthesist" LLP staff survey and implementation of employee motivation on the basis of these results. Also we are talking about effectiveness of measures to motivation.

УДК:001.76:61

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

*Нуржалгас Омаи Намазалыулы
ТОО «TION-KZ», г.Астана*

Для медицины понятие «инновация», пришедшее из экономики, используется в адаптированном виде и имеет еще более широкий смысл.

С одной стороны, оно объединяет технологические новшества, реализуемые в различных приборах и материалах, как диагностических, так и лечебных, новых лекарственных средствах и т.д. С другой – отражает прогресс медицинской методологии, оптимизацию и разработку новых схем терапии, внедрение более эффективных профилактических, диагностических и лечебных методов. И то и другое невозможно без внесения соответствующих изменений в процесс преподавания с целью своевременного обучения внедряемым новшествам, а также полноценного общения, обмена опытом их применения внутри профессионального медицинского сообщества, информирования о достигнутых результатах населения. Важна и экономическая составляющая, поскольку инновации должны быть эффективными на рынке.

В Казахстане существуют государственные политики и программы, стимулирующие развитие инновационных технологий в различных отраслях экономики. Указом Президента Республики Казахстан от 17 мая 2003 года № 1096 утверждена Стратегия индустриально-инновационного развития Республики Казахстан на 2003-2015 годы; принят Закон Республики Казахстан «О государственной поддержке инновационной деятельности» от 23 марта 2006 № 135-3, предусматривающий меры государственного стимулирования инновационной деятельности; в целях развития высокотехнологичных производств постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 апреля 2005 года № 387 утверждена Программа по формированию и развитию национальной инновационной системы Республики Казахстан на 2005 - 2015 годы. Целью данной Программы является формирование инновационной системы открытого типа, обеспечивающей создание конкурентоспособного конечного продукта на основе использования отечественного и зарубежного научного потенциала.

Национальная инновационная система включает четыре основных элемента: научный потенциал, инновационное предпринимательство, инновационная и финансовая инфраструктуры. Дополнительно, Указом Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 958 утверждена Государственная программа по форсированному индустриально-инновационному развитию Республики Казахстан на 2010 - 2014 годы.

В этой связи государством проводится ряд мероприятий: создается сеть национальных и региональных технопарков; вводится система грантового финансирования приоритетных технологий на конкурсной основе за счет средств государственного бюджета (в рамках научно-технических программ и отдельных проектов); для развития финансовой инфраструктуры и повышения инновационной активности и содействия в развитии высокотехнологичных и наукоемких производств создан и функционирует Национальный инновационный фонд. В целях практической

реализации инновационной политики в Казахстане создана система государственных институтов развития, которые признаны отечественными и зарубежными партнерами как надежный инструмент организации новых высокотехнологичных производств. Немаловажную роль играет финансирование – как здравоохранения в целом, так и развития научных и инновационных проектов. С учетом частных вложений, затраты на науку в целом в РК составляют 0,22% от ВВП (доля бюджетного финансирования составляет 0,13% от ВВП), тогда как в США – 2,84%, в Швеции – 3,7%, Финляндии – 4,0%, во Франции – 2,1%, в России – 1,2% соответственно. Несмотря на ежегодный рост объема финансовых средств, выделяемых государством на прикладные научные исследования в области здравоохранения, их уровень остаётся весьма низким и не превышает 0,0065% от ВВП.

По данным Министерства индустрии и торговли Республики Казахстан, портфель инвестиционных проектов институтов развития состоит из 176 одобренных к финансированию проектов на общую сумму 4 млрд. долларов США. Начато финансирование 117 проектов общей стоимостью 3 млрд. долларов США.

Внедрением инновационных проектов в Казахстане занимается акционерное общество «Центр инжиниринга и трансферта технологий» при поддержке Национального инновационного фонда Министерства индустрии и новых технологий Республики Казахстан. Подобные организации также существуют в США и Европе. За рубежом, ряд инновационных проектов в здравоохранении касается внедрения госпитальной информационной системы, дистанционного наблюдения за состоянием пациента с помощью технологий связи, персонализированной терапии на основе подбора лекарственных средств по генотипу пациента. Центр инжиниринга и трансферта технологий в Казахстане оказывает услуги по трансферту инноваций, технологий и знаний, направленных на расширение технологического сотрудничества организаций, входящих в Казахстанскую сеть трансферта технологий. Однако среди текущих проектов Центра преобладают проекты нефтегазовой, промышленной индустрии; нет проектов, направленных на трансферт технологий в практическое здравоохранение.

Таким образом, инициативу и ответственность за внедрение инновационных проектов в области здравоохранения берут на себя непосредственно медицинские организации или Министерство здравоохранения РК. То есть новые методы профилактики, диагностики и лечения в Казахстане внедряются при поддержке уполномоченного государственного органа или рандомиризовано на основе обучения, повышения квалификации, инициатив специалистов отдельных медицинских организаций.

В Казахстане уже сейчас существует достаточное количество новых технологий, эффективность которых доказана экспертами в соответствующих областях. К сожалению, зачастую инновации, прошедшие испытания и успешно работающие в лечебно-профилактических учреждениях, не применяются повсеместно и причина тому – отставание нормативной базы.

Наблюдается и обратный эффект: сейчас в нормативных документах предписано обязательное использование технологий, от которых развитые страны отказались 15-20 лет назад как от неэффективных и даже опасных. К примеру, устаревшие системы очистки воздуха не только малоэффективны, но и стоимость их

обслуживания неоправданно высока.

Внеся соответствующие изменения в НПА, Казахстан может стать первой страной в СНГ, официально отказавшейся от устаревших и опасных технологий и активно использующей инновационные решения в медицине. Это гарантированно позволит уже в ближайшей перспективе улучшить статистические показатели по уменьшению смертности от внутрибольничных инфекций и послеоперационных осложнений.

Совершенствование нормативной базы выведет республиканское здравоохранение на новый, мировой уровень. Внесение соответствующих поправок в регламентирующие документы позволит не только совершить качественный скачок в обеспечении санитарно-эпидемиологического режима в лечебно-профилактических учреждениях, но и сэкономить бюджетные средства.

РЕЗЮМЕ ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

Омашев Нуржалгас

В статье идет речь об инновациях в медицине, о проблемах, встречающихся при внедрении инновации, о государственных программах стимулирующих инновации, а также, о нормативно-правовых актах, которые требуют совершенствования для внедрения инновационных технологий в здравоохранении.

ТҮЙІН МЕДИЦИНАДАҒЫ ИННОВАЦИЯ

Омашев Нуржалгас

Бұл мақалада медицинадағы инновациялар жайында, инновация түрлері туралы, оның алдында туындайтын қиындықтар жайында, инновацияны ынталадыратын мемлекеттік бағдарламалар жайында және инновациялық технологияны денсаулықсақтау саласына енгізу үшін нормативті-құқықтық актілерді жетілдіруді қажеттілігі туралы айтылған.

SUMMARY INNOVATIONS IN MEDICINE

Omashev Nurzhalgas

The article tells about the innovations in medicine, the problems encountered in the implementation of innovation, state programs encourage innovation, as well as on the normative - legal acts that require improvement for the introduction of innovative technologies in health care.

ДИАГНОСТИКА ЗРЕНИЯ – ЭТО ВАЖНЫЙ ЭТАП В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г.Н. Шайзадина, К.А. Кубентаев, Р.А. Абылкасымова, С.Ж. Керимкулова
АО «Медицинский Университет Астана», медицинский центр «Медикер»,
Медицинский колледж г. Астана,
АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана

Важной стороной охраны здоровья детей является охрана их зрения. Это обусловлено ведущей ролью зрительного анализатора в адаптации ребенка к внешней среде, в создании благоприятных условий для всестороннего гармонического развития. Неопровержимо доказано, что при полноценном функционировании зрительного анализатора обеспечивается оптимальный жизненный комфорт и сравнительно меньше общая заболеваемость детей. Ухудшилось оказание специализированной офтальмологической помощи сельскому населению. Это связано с нехваткой специалистов, отдаленностью проживания населения, плохими условиями транспортной связи. Кроме того, специалисты, работающие в районах, лишены современной диагностической аппаратуры и микрохирургического оборудования, имеются сложности с получением информации о новейших методах диагностики и лечения глазных заболеваний, в ЦРБ исчезли кабинеты детского приема. Все это не могло не сказаться на уровне заболеваемости офтальмопатологией среди населения республики и качестве оказываемой специализированной помощи [1].

Развитие амбулаторной офтальмологической службы в настоящее время является главным направлением в практике оказания медицинской помощи больным с патологией органа зрения. Глазные болезни, как нозологическая единица, в общей структуре заболеваемости занимают шестое место, однако, по тяжести исходов и социальным затратам на компенсацию слепоты и слабовидения этот вид патологии значительно превышает другие заболевания.

Важно также, что только половина пациентов знает о своей болезни и еще столько же больных не подозревают об этом. Врачи поликлинической службы ведут прием больных с наиболее распространенной глазной патологией, на каждого больного заполняется документация: амбулаторная карта, диспансерная карта учета, но нет единых требований к заполнению данной документации, что затрудняет работу врача-офтальмолога на приеме, отдельными офтальмологами проводится недостаточный объем функционально-диагностических исследований, что приводит к неправильной трактовке диагноза [2,3].

Рост числа глазных заболеваний зависит от целого ряда причин. Это хроническая усталость глаз, а также недостаточность их тренированности, слабость внутриглазных и окологлазных мышц [1-3].

Диагностика зрения – это важный этап в профилактике глазных заболеваний и сохранении хорошего зрения на долгие годы! Своевременное выявление офтальмологической патологии залог успешного лечения многих заболеваний глаз. Как показывает наша практика, возникновение заболеваний глаз возможно в любом

возрасте, и в связи с этим, всем людям необходимо хотя бы раз в год проходить качественное офтальмологическое обследование.

Всемирная организация здравоохранения классифицирует профилактические мероприятия с позиции первичной и вторичной профилактики, выделяя в системе профилактики два звена или две стадии единого профилактического процесса: первичную профилактику и вторичную. По статистическим данным в 2010 году города Астана зарегистрированы болезни органов глаз, которые указаны в таблице в абсолютных числах.

Таблица - Болезни органов глаз, регистрируемые в 2010 году

Нозологические формы болезней глаза	Взрослые 18 лет и выше	дети 0-14 лет	подростки 15-17 лет
всего по республике	642790	217870	88548
из них: аллергический дерматоз век	3388	1312	579
острый аллергический конъюнктивит	22357	14472	3633
миопия	107249	55739	39714
катаракта	86833		
глаукома	43337		

Количество врачей-офтальмологов по республике – 1293, на 10000 населения 0,8. На городское население приходится 1136 врача-офтальмолога, на сельское – 157, в г. Астана – 116 [4].

В связи с увеличением показателей заболеваемости болезнями глаз необходима разработка комплексных мероприятий, а именно внедрение медико-организационных технологий, которые повысят уровень и качество оказываемой офтальмологической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне, и снизит уровень офтальмопатологии среди населения.

Литература

1. Аветисов Э. С., Ковалевский Е. И., Хватова А. В. Руководство по детской офтальмологии. - М.: Медицина, 1987. - 496 с.
2. Кожакбаева М. Ж. Социально-гигиеническая характеристика инвалидов вследствие офтальмопатологии // Казакстан офтальмо-логиялык журналы- № 1-2008, С. 31- 32.
3. Сулеева Б.О., Игликова А.Э., Алимбаева Ж.Ж. Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья – № 2, 2010, С. 57-58.
4. «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010 г.» - статистический сборник – Астана-Алматы, 2010, 312 с.

РЕЗЮМЕ

ДИАГНОСТИКА ЗРЕНИЯ – ЭТО ВАЖНЫЙ ЭТАП В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г.Н. Шайзадина, К.А. Кубентаев, Р.А. Абылкасымова, С.Ж. Керимкулова
АО «Медицинский Университет Астана»,
медицинский центр «Медикер»,
Медицинский колледж г. Астана,
АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана

Развитие амбулаторной офтальмологической службы в настоящее время является главным направлением в практике оказания медицинской помощи больным с патологией органа зрения. Разработка мер по профилактике и ранней диагностики заболевания - есть залог здоровья населения.

ТҮЙІН

КӨРУ ДИАГНОСТИКАСЫ - КӨЗ АУРУЛАРЫН АЛДЫН АЛУ МАҢЫЗДЫ КЕЗЕҢІ

Г.Н. Шайзадина, К. А. Кубентаев, Р.А. Абылкасымова, С.Ж. Керимкулова
«Медициналық Университет Астана» АҚ
«Медикер» Медициналық орталығы
Астана қаласының Медициналық колледжы
«Медициналық Университет Астана» АҚ, Астана қаласы

Көру орган паталогиясымен ауыратын науқастарға медициналық көмек беру практикасында амбулаторлы офтальмологиялық қызметі қазіргі уақытта басты бағыт болып табылады. Алдын алу шараның зерттемесі және аурудың ерте диагностикасы - халық денсаулығының аманаты.

SUMMARY

EYESIGHT DIAGNOSTICS IS AN IMPORTANT STAGE IN DISEASE PREVENTION

G. Shaidazina, K. Kubentayev, R. Abylkassymova, S. Kerimkulova
“Medical University Astana”, JSC
“Medicare” medical center,
Medical college of Astana,
“Medical University Astana”, JSC, Astana

Development of outpatient ophthalmology service at present time is one of the main directions to render medical assistance to patients with visual organ pathology. Development of prevention measures and early diagnostics of the disease is a guarantee of population's health.

УДК: 616-006-07

ДИНАМИКА МОНИТОРИНГА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЕДУЩИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ.

Каишкенова Ж.М.

**РГП на ПХВ "Республиканский центр электронного здравоохранения"
Министерства здравоохранения Республики Казахстан**

Актуальность. С ростом социально-экономического благополучия стран, увеличения продолжительности жизни актуальной проблемой во всем мире остается рост заболеваемости от неинфекционных хронических заболеваний. Так по оценке Всемирной организации здравоохранения смертность от злокачественных новообразований с 2008 г. до 2030 года во всем мире увеличатся практически 2 раза [1].

Изучение особенностей распространения злокачественных новообразований в различных регионах страны вносит существенный вклад в понимание патогенеза и позволяет обосновать конкретные меры профилактики онкологических заболеваний [2].

Президент Республики Казахстан Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана от 17 января 2014 года "**Казахстанский путь – 2050: единая цель, единые интересы, единое будущее**" подчеркнул, что занятие спортом, правильное питание, регулярные профилактические осмотры – это основа предупреждения заболеваний [3].

И разработанная Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012 - 2016 годы является долгосрочной стратегией государства в части развития системы здравоохранения, заложенной в Государственной программе развития здравоохранения.

В связи с чем, издавая подзаконные акты как «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» Государство законодательно оказывает поддержку в части мер, направленных на раннее выявление злокачественных заболеваний.

Материалы и методы. Состояние онкологической ситуации в стране изучалось на основе данных аналитического сборника «Анализ, мониторинг структуры и объема медицинской помощи, оценка экономической эффективности на уровне сельского здравоохранения и онкологической службы» за период 2011-2012-2013 годов [4], также опиралось на статистические сборники МЗ РК "Здоровье населения РК" и статистический материал за 2012 год Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии РК

Анализ выполнялся в отношении показателей заболеваемости и смертности, а также ранней диагностики онкологических заболеваний в республике.

Результаты и обсуждения. В Казахстане смертность от онкологических заболеваний занимает второе место в структуре смертности населения по основным классам причин. Ежегодно в нашей стране от рака умирает порядка 17 000 человек [5], из которых 42% - лица трудоспособного возраста. В течение последних пяти лет в

республике увеличилось абсолютное число заболевших злокачественными новообразованиями: если в 2006 году было зарегистрировано 28 573 впервые заболевших, то к концу 2011 года их число возросло до 30 299, а в 2013 г. это число по предварительным данным РЦЭЗ составило 33 029 человек. Ежегодный прирост числа больных с впервые установленным диагнозом злокачественных новообразований составляет 5%. Показатель смертности от злокачественных новообразований за последние пять лет снизился на 11,9% с 113,7 на 100 тыс. населения в 2006 году до 101,5 на 100 тыс. населения в 2011 году, и в 2013* (предварительные данные РЦЭЗ) году до 99,7 на 100 тыс. населения. Снижение показателя смертности связано, в первую очередь, с улучшением диагностики злокачественных новообразований на ранних стадиях и эффективностью результатов лечения. В то же время, этот показатель все еще не достигает показателей развитых стран, поскольку смертность на поздних стадиях рака практически не предотвратима и все еще высока.

Ведущими локализациями в структуре онкопатологии населения страны являются опухоли молочной железы (в 2012 году - 3951 случаев), легкого (в 2012 году - 3664 случаев), рака кожи (3 331 случай), рака желудка (2736), рака шейки матки (1625), рака пищевода (1363), рака ободочной кишки (1457), рака прямой кишки (1309), гемобластозы (1178) (Рисунок №1).

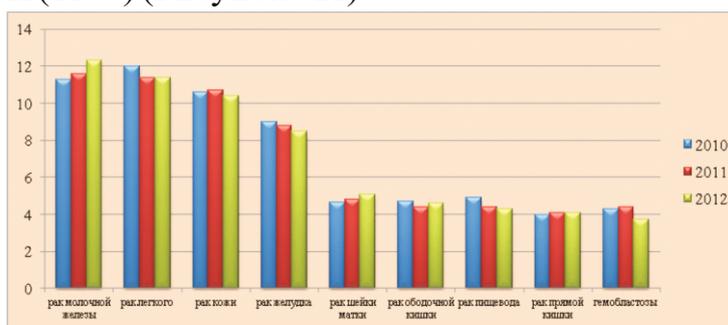


Рисунок №1. Ранговое расположение структуры 9 основных форм онкопатологии в сравнительной динамике 2010 - 2011 - 2012 гг. по РК.

Наиболее часто диагностируемой формой патологии у лиц мужского населения страны является рак легкого, далее следуют желудка, кожи, предстательной железы, пищевода, ободочной кишки, прямой кишки, гемобластозы, рак мочевого пузыря. У лиц женского населения - рак молочной железы, кожи, шейки матки, желудка, яичника, тела матки, ободочной кишки, легкого, прямой кишки, пищевода, гемобластозы (рисунок №2).



Рисунок №2. Наиболее часто встречающиеся формы онкопатологии у лиц мужского и женского населения по числу больных с впервые в жизни установленным диагнозом за 2012 г. по РК.

Таким образом, в РК наиболее часто диагностируемая опухоль у мужчин локализуется в органах дыхания; у женщин - это органы репродуктивной системы. В динамике исследуемых периодов отмечается увеличение общей и первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями. Ведущие локализации в структуре онкопатологии всего населения являются рак молочной железы (3 951 случаев), рак лёгкого (3 664), рак кожи (3 331) и рак желудка (2 736).

Выделяя наиболее часто встречающиеся онкопатологии населения республики, Программа онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы ставит одной из своих стратегических задач - "совершенствование профилактики онкологических заболеваний путем развития программ ранней диагностики (скринингов)" [6]. ВОЗ рекомендует программы скрининга, как "особенно эффективные для часто встречающихся типов рака". Скрининговая программа РК предполагает реализацию 6 скрининговых программ на национальном уровне, во всех регионах страны, ежегодно и поэтапно: рак молочной железы, рак шейки матки, колоректальный рак, скрининг рака предстательной железы, скрининг рака печени, скрининг рака пищевода и желудка [6]. Данные мероприятия могут стать резервом для снижения общей смертности от онкологических заболеваний, за счет снижения смертности от опухолей данной локализации, а также увеличат выявляемость на ранних стадиях патологии. Системное проведение профилактических осмотров в бессимптомных популяциях, повысит выживаемость и эффективность лечения, что также повлияет на экономическую составляющую затратности лечения на ранних стадиях. Так например, согласно данным ВОЗ, снижение смертности от онкопатологии, а также успешное лечение во многом определяются ранней диагностикой заболевания: при I стадии 5-летний срок выживаемости наблюдается у 90-95% больных при раке молочной железы; при IV - менее 10%. В странах Западной Европы и Северной Америки достигнута возможность выявления I стадии заболевания у 70-80% и, соответственно, больше 5 лет живут 90% женщин. Маммографический скрининг, таким образом, позволил уменьшить смертность от рака молочной железы на 30% через 5-7 и на 20% через 15-20 лет от начала скрининга [1].

По результатам скрининговых исследований в Республике Казахстан (по данным РЦЭЗ) согласно аналитической информации исследования «Анализ, мониторинг структуры и объема медицинской помощи, оценка экономической эффективности на уровне сельского здравоохранения и онкологической службы» в сравнительной динамике 12 месяцев 2011-2013 гг. отмечается увеличение впервые выявленных случаев (таблица №1). При этом количество выявленных в 2013 году составило 33 342 человек, что на 9,6% больше по сравнению с аналогичным периодом 2011 года (30 424).

Таблица №1 - Мониторинг ранней диагностики онкологических заболеваний по РК за период 2011 - 2013 гг.

Период	Всего впервые выявленных больных с онкозаболеваниями	% откл. 2011-2013 гг.	Из них число впервые выявленных больных ЗН						в том числе число впервые выявленных больных ЗН с I-II стадией					
			РМЖ	% откл. 2011-2013 гг.	РШМ	% откл. 2011-2013 гг.	КРР	% откл. 2011-2013 гг.	РМЖ	% откл. 2011-2013 гг.	РШМ	% откл. 2011-2013 гг.	КРР	% откл. 2011-2013 гг.
2011	30424		3494		1448		2183		2462		1162		1057	
2012	32295	9,6	3923	8,6	1700	12,2	2347	13,7	2828	12,9	1288	13,9	1134	21,0
2013	33342		3794		1624		2483		2779		1324		1279	

В динамике 2011 - 2013 гг. наблюдается рост на 8,6% числа впервые выявленных больных раком молочной железы (РМЖ), из них больных с I-II стадиями РМЖ увеличилось на 12,9%.

Увеличение на 12,2% впервые выявленных больных раком шейки матки (РШМ) (с 1 448 в 2011 г. и до 1624 случаев в 2013 г.).

Из 1 624 больных раком шейки матки за 12 месяцев 2013 года у 81,5% выявлена I-II стадия (1324) (рисунок 3).



Рисунок 3. Динамика мониторинга ранней диагностики РМЖ, РШМ и КРР на I-II стадиях, от числа всех впервые выявленных с данными патологиями.

Также отмечено увеличение на 13,7% впервые выявленных случаев колоректального рака (КРР) с 2 183 в 2011 г. до 2 483 случаев в 2013 г., из них с I-II стадиями на 21%, т.е. из 2 483 случаев КРР у 51,5% (1279) выявлена ранняя стадия.

Таким образом, в сравнительной динамике 2011-2013 гг. мониторинг скрининговых программ по РМЖ, РШМ, КРР выявил положительную тенденцию ранней диагностики онкозаболеваний с I-II стадиями.

Пациент, поступающий на лечение на первой стадии заболевания имеет больше шансов получить эффективное лечение, чем поступающий на поздних стадиях, и затраты на лечение такого пациента сокращаются многократно.

К превентивным мерам профилактики многих неинфекционных заболеваний, в том числе и онкологических, можно отнести разъяснение людям важности физической активности, отказа от вредных привычек, правильного питания и умения уходить от ненужных стрессов.

Так как в развитии причин данной патологии, кроме, известных (генетические факторы и внешние: канцерогены: физические, химические, биологические) определенную роль играет иммунная система самого человека.

Список использованной литературы:

- 1."Мировая статистика здравоохранения - 2012 год"- с. 34, Всемирная организация здравоохранения, ISBN 978 92 4 456444 8/2013 г.;
- 2.Эколого-гигиенические и медико-социальные проблемы онкологических заболеваний / М.Ф. Савченков и др. - Владивосток: Дальнаука, 2007. - 219 с.;
3. Послание народу Казахстана "Казахстанский путь – 2050: единая цель, единые интересы, единое будущее" Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. от 17 января 2014 года;
4. Аналитическая информация по исполнению Договора №327 МЗРК "О

государственных закупках услуг по проведению исследования "Анализ, мониторинг структуры и объема медицинской помощи, оценка экономической эффективности на уровне сельского здравоохранения и онкологической службы" за период 12 месяцев 2011-2012-2013 годов// ISBN 9965-15-848-7, авторы: Кудабаяева Б.Б. и др.;

5. "Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2012 г.", Статистические материалы, Алматы-КАЗНИИОР, составители: К.Ш. Нургазиев и др.;

6. "Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы" (утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 марта 2012 года № 366).

РЕЗЮМЕ

ДИНАМИКА МОНИТОРИНГА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЕДУЩИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ.

Ж.М. Кашкенова

В данной статье рассматривались вопросы ранней диагностики онкологических заболеваний, таких ведущих локализаций как рак шейки матки, рак молочной железы и колоректальный рак в сравнительной динамике за период 2011 - 2012 - 2013 гг.

SUMMARY

DYNAMICS OF MONITORING EARLY DIAGNOSTICS OF THE ONCOLOGICAL DISEASES, LEADING LOCALIZATIONS.

Kashkenova Zh.M.

In this article, the questions of the early diagnostic in oncological diseases, such as a localized uterus neck cancer, a mammary gland cancer and a colorectal cancer were considered in comparative dynamic from 2011 till 2013.

ТҮЙІН

ЖЕТЕКШІ ОНКОЛОГИЯ АУРУЛАРЫН ЕРТЕ АНЫҚТАУ ДИНАМИКАЛЫҚ МОНИТОРИНГІ, БАСТЫ ЛОКАЛИЗАЦИЯСЫ.

Кашкенова Ж.М

Бұл мақалада салыстырмалы динамика негізінде 2011- 2012 -2013 жылдар аралығында жатыр мойны, емшек безі және колоректальді қатерлі ісіктері сияқты жетекші онкология ауруларды ерте анықтау мәселелері қаралды.

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ ИЗ МИРА РЕАБИЛИТОЛОГИИ

За I-й квартал 2014 года был проведен круглый стол под председательством вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Эрика Абеновича; с участием Председателя Совета директоров АО «РДРЦ» Туткушева Бексултана Серикпаевича; Депутата Мажилиса Парламента Республики Казахстан; Председателя Общественного совета по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан Петуховой Надежды Михайловны; главного внештатного реабилитолога Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Председателя Правления АО «РДРЦ» Булекбаевой Шолпан Адильжановны; главного внештатного детского невролога Министерства здравоохранения Республики Казахстан Джаксыбаевой Алтыншаш Хайруллаевны; Председателя ОО «Общество детей-инвалидов г. Астана» Жасановой Камки Мадиевны; главного внештатного специалиста первичной медико-санитарной помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан Абзаловой Розы Абзаловны; Председателя Совета Родителей ОО «Алпамыс» по опеке детей и детей-инвалидов с нарушениями психофизического развития Сисекеновой Райхан Маратовны; Президента Ассоциации специалистов лечебной физкультуры Дробышевой Людмилы Васильевны; Общественного движения «Наследие Великой Степи в борьбе с инвалидностью» Баймагамбетова Абая Акатовича.

В рамках данного круглого стола были проведены Мастер-классы для реабилитологов, неврологов по теме «Стандарт оказания реабилитационной помощи детям РК» (Булекбаева Шолпан Адильжановна), «Критерии ранней диагностики ДЦП» (Джаксыбаева Алтыншаш Хайруллаевна), и мастер-класс для родителей по уходу за детьми больными ДЦП (Дробышева Людмила Васильевна).

Министерством Здравоохранения РК 27 декабря 2013 года был издан приказ об утверждении стандарта организации оказания медицинской реабилитации населению Республики Казахстан (Приказ №759).

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

1.Статья должна быть напечатана в 2-х экземплярах на одной стороне листа А-4, шрифт 14, с одинарным (1,0) интервалом между строками. Поля сверху и снизу 3 см., слева 4 см., справа 2 см. и иметь разделы: УДК, ключевые слова, введение, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы, литература. Статьи могут быть на казахском, русском, английском языках. Каждая статья должна иметь Универсальную десятичную классификацию (код УДК присваивается в библиотеке организации, ключевые слова обязательны)

2.Статья может содержать до 6 страниц формата А 4 (не менее 2000 слов), список использованной литературы (библиография), резюме на трех языках с названием статьи (на русском, английском и казахском). Резюме должно содержать несколько предложений (до шести), отражающих суть проблемы, изложенной в статье и выводы. Обязательны инициалы и фамилии авторов, указанных в статье.

3.Обзоры – 8 страниц и более (без резюме, но с названием статьи на 2-х языках и библиографией от 43 до 60 источников за последние 10 лет)

4.Вверху первой страницы статьи пишутся: Инициалы и фамилии авторов, название статьи на казахском, русском, английском языках, название учреждения, в котором выполнена работа с указанием города. В конце статьи должна быть отдельная страница с подписью каждого автора, с указанием должности ,ученой степени, ученого звания (фамилии, имени, отчества, адреса, e-mail и телефона).

5.Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректурa авторам не высылается, сверка проводится по авторскому оригиналу, интервал 1,0 , в формате MS Word 6.0 2003, 2007

6.Фотографии, диаграммы, рисунки сканируются и вносятся в текст по ходу статьи. Таблицы не должны превышать объем в одну треть листа А 4. Шрифт в таблицах 10. Таблицы должны быть озаглавлены и пронумерованы, если таковых больше одной.

7.Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых, не допускается. Метрические данные даются в системе СИ.

8.Аббревиатура расшифровывается после первого упоминания в тексте и остается неизменной.

9.Фамилии отечественных авторов пишутся с инициалами; фамилии, имена, отчества иностранных авторов на языке оригинала. Библиография должна быть напечатана колонкой через 1,5 интервала.

10.Список литературы составляется по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В тексте дается библиографическая ссылка на порядковый номер источника в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются. При описании статей из журналов указываются ФИО авторов, название статьи и название журнала, год, том, номер страницы. При описании статей из сборников указываются ФИО авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, количество страниц. При описании монографии указываются ФИО авторов, название

монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц. При описании главы из монографии указываются ФИО авторов главы, название главы, ФИО авторов монографии, название монографии, место и год издания, количество страниц. Работа, написанная коллективом авторов (более 3 человек) приводится в списке по названию книги. Через косую черту после названия указываются ФИО 4 авторов, если авторов 5 и более – ФИО 3 авторов, затем- и др (согласно Vancouver-style). Количество источников в статье не должно превышать 20, в обзоре литературы от 43 до 50 (за прошедшие 5-10 лет).

11. Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или предоставленных в другие редакции для опубликования, не допускаются.

12. Оплата за статью производится из расчета 500 тенге за одну страницу. При оплате следует указать ИИН и адрес автора.



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

АО «Республиканский детский реабилитационный центр» совместно с Всемирной федерацией водолечения и климатолечения (FEMTEC) проводят **67-УЮ СЕССИЮ ГЕНЕРАЛЬНУЮ АССАМБЛЕЮ FEMTEC**, в рамках которой будет проведена II Международная научно-практическая конференция "Приоритетные направления реабилитологии" **С 24 СЕНТЯБРЯ ПО 28 СЕНТЯБРЯ 2014 ГОДА.**

За дополнительной информацией обращайтесь по телефону: 511-543,
e-mail: journalrdrc@mail.ru

