

- подготовлены инструктивные письма для МО по вопросам плановой госпитализации больных.

Информация о плановой госпитализации больных через Портал Бюро госпитализации по установленной форме отправляется всем заинтересованным организациям (РИАЦ, ТД КОМУ МЗРК по ВКО, УЗ ВКО, ДККМФД по ВКО и др.).

В процессе плановой госпитализации по области участвуют: 97 медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, 62 стационара, 3 НИИ. Всего коек, работающих на Портале БГ – 7641, госпитализация пациентов проводится по 62 профилям, из них 23 для детей.

Специалистами регионального Бюро госпитализации в крупных медицинских организациях проведено социологическое исследование (анкетирование) среди больных по вопросам плановой госпитализации больных через региональное Бюро госпитализации в феврале месяце. По результатам анкетирования: о работе Бюро госпитализации положительно отозвались 70% пациентов.

Главными внештатными специалистами областного управления здравоохранения совместно с региональным Бюро госпитализации по ВКО проводится организационно-консультативная работа с врачами медицинских организаций городов и районов области для исключения необоснованного направления больных на госпитализацию.

При формировании длительного Листа ожидания региональное Бюро госпитализации совместно с ведущими отделениями стационаров решают вопросы очередности по Листу ожидания.

Правом свободного выбора стационара за год воспользовались 66 пациента (50 – в г. Алматы, 9 – г. Астана, 4 – г. Караганда, 2 – г.Талдыкорган, 1– в г.Петропавловск). В нашей области пролечились 186 больных из других регионов.

В структуре госпитализированных плановых больных по данным Портала БГ преобладают следующие патологии: болезни системы кровообращения – (17,5%); осложнения беременности, родов и послеродового периода – (15,7%); болезни глаз и его придатков – (10,2%); новообразования – (9,6%).

По данным Портала БГ за период с 1 июля по 15 декабря 2010 года всего зарегистрировано 5515 случаев отказов в госпитализации, что составило 14,4% от общего количества заявок. Отказы определяют как стационары, так и медицинские организации ПМСП. Наиболее частой причиной отказов послужили следующие: не явка пациента на госпитализацию – (38,93%); письменный отказ пациента – (15,02%); не профильный больной – (9,17%).

По данному вопросу проводилась работа с каждой организацией. В основном при явке пациента на прием врач делает назначения, что через несколько дней (период догоспитального обследования) приводит к улучшению самочувствия и отказа от госпитализации.

В течение 2010 года Управлением здравоохранения области принято ряд мер по сокращению потребления стационарной помощи и развитию стационаро-замещающих технологий. Сокращено 168 коек круглосуточного пребывания и дополнительно открыто 80 коек с учетом востребованных профилей. Всего перепрофилировано 377 коек, в том числе, 248 койки на койки восстановительного лечения.

Коечный фонд стационаров дневного пребывания увеличен на 711 коек (с 957 коек до 1668 коек).

#### **Выводы:**

1. Портал Бюро госпитализации выполнил функцию по прозрачности плановой госпитализации пациентов, реализована задача по свободному выбору стационара для планового лечения в любом уголке страны.

2. Портал Бюро госпитализации обеспечивает регуляцию плановой госпитализации, дает возможность определить отсутствие контроля или незнания порядка регулирования потоков больных, направленных на плановую госпитализацию.

3. Наиболее частой причиной ошибок в Портале БГ является неверно введенный профиль коек, на втором месте ошибочно оформленная заявка с последующим изменением диагноза.

4. Наиболее вероятной причиной совершения ошибок, как и прежде, являются частые смены ответственных специалистов Портала в медицинских организациях, отсутствие взаимозаменяемости кадров.

## **УДК 614.2**

### **ВНЕДРЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ЕНСЗ НА ПРИМЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФИЛИАЛА ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Р. З. Енсебаев, Ж. К. Ахмадиева**

*Восточно-Казахстанский областной филиал*

*РГП «Республиканский центр развития здравоохранения», г. Усть-Каменогорск*

#### **Резюме**

В статье «Внедрение принципов ЕНСЗ на примере деятельности филиала Восточно-Казахстанской области» отражена работа первого года внедрения Единой национальной системы здравоохранения. В 2010 году в условиях ЕНСЗ работали 61 стационар с круглосуточным пребыванием. Увеличился за год коечный фонд стационаров дневного пребывания, одновременно сократились койки круглосуточного пребывания. Соответственно уменьшилось число пролеченных в круглосуточных стационарах и увеличилось число пролеченных в дневных стационарах.

Отмечены стороны реформы в рамках ЕНСЗ для населения, для медицинских организаций, для врачей и здравоохранения региона в целом.

#### **Тұжырым**

«Шығыс Қазақстан облысы филиалының қызметін мысалға алып, ДСБҰЖ қағидасын енгізу» мақаласында Денсаулық сақтаудың бірыңғай ұлттық жүйесін енгізудің алғашқы жылының жұмысы ұсынылған. 2010 жылы

ДСБҰЖ жағдайында тәуліктік 61 стационар жұмыс істеді. Бір жылдың ішінде күндізгі стационарлардың төсек-орын қоры артты, сондай-ақ бір уақытта тәуліктік стационарлардың төсек-орын қоры қысқарды. Соған сәйкес тәуліктік стационарда емделушілер саны азайып, күндізгі стационардағы емделушілер саны артты.

ДСБҰЖ шеңберіндегі реформаның тұрғындар, медициналық ұйымдар мен дәрігерлер, жалпы денсаулық сақтау ісі үшін оңды жақтары көрсетілген.

### Summary

In the article "The Introduction of the principles of UNHS system on the example of the activities of a branch of the East Kazakhstan region" reflected the work of the first year of implementation of the Unified national health system. In 2010 in conditions of the UNHS worked 61 hospitals with a 24-hour stay. For the year increased bed capacity hospital day care, at the same time decreased beds round-the-clock stay. Decrease in the number of treated in the round-the-clock hospitals and increased the number of treated in day hospitals.

Positive sides of the reform in the framework of the UNHS for the population, health care organizations, for the doctors and the health of the region as a whole.

Завершен первый год внедрения Единой Национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ).

Прошедший год работы медицинских организаций в рамках ЕНСЗ показал огромные возможности в решении ряда вопросов менеджмента, который в системе здравоохранения имеет свои особенности. Здесь, как нигде, наряду с качеством оказываемых услуг, главенствующую роль играет человеческий фактор, культура общения с пациентом. Информационно-аналитический блок ЕНСЗ уже сегодня позволяет определять оптимальные пути в использовании потенциальных возможностей каждой медицинской организации, для достижения экономического эффекта, а потоки граждан на плановую госпитализацию через Бюро госпитализации наметили конкурентоспособность отдельно взятой медицинской организации.

ЕНСЗ стала внедряться с 1 января, а программа была доработана, расширена и адаптирована под ЕНСЗ только в феврале, да и то не по всем параметрам. В течение года шла постоянная работа, за год было 100 обновлений, из них только по круглосуточному стационару 41 обновление. Все это приводило к изменениям при учете пролеченных случаев, как статистической отчетности, так и стоимости, что, в свою очередь, увеличивало нагрузки врачей и медицинских статистиков для поиска причин, составления дополнительных писем для выяснения вопросов, а сверхурочная работа не учитывалась.

Следует отметить и слабое компьютерное обеспечение медицинских организаций, особенно в сельских населенных пунктах.

В области в 2010 году вообще не было госпредприятий на праве хозяйственного ведения. В связи с чем, медорганизации не могли использовать предоставленные ЕНСЗ возможности направления средств, полученных за пролеченные случаи, на доплату медработникам.

В условиях ЕНСЗ работали 61 стационар с круглосуточным пребыванием. По уровням оказания медицинской помощи: областных стационаров – 8 (14,5%), городских – 31(50,8%), районных – 20, НИИ – 2.

Коечный фонд круглосуточных стационаров по Восточно-Казахстанской области на начало 2010 года составлял 7782 койки.

Регулярный мониторинг и совместная работа позволила управлению здравоохранения области принять меры по сокращению потребления стационарной помощи и развитию стационаро-замещающих технологий. Сокращено 168 коек круглосуточного пребывания и дополнительно открыто 80 коек с учетом востребованных профилей. На койки восстановительного лечения по области было перепрофилировано 248 койки. Увеличен коечный фонд стационаров дневного пребывания на 711 коек.

Из пролеченных больных 35% пролечены в плановом порядке, 65% - в экстренном порядке.

Удельный вес занятых коек снизился на 3% и составил 93,6% (в 2009 г. – 96,1%).

Следует отметить, что работа койки зависит от плана предельного объема пролеченных случаев, а также средней длительности пребывания больного на койке.

Анализ показателей использования коечного фонда за указанный период в рамках ЕНСЗ свидетельствует о необходимости принятия дополнительных мер по сокращению и рациональному перепрофилированию коечного фонда области, сдерживанию перевыполнения предельных объемов стационарной помощи, что и осуществляется по сей день.

В связи с расширением коечного фонда стационаров дневного пребывания, за 2010 год увеличилось количество пролеченных больных в дневных стационарах в сравнении с аналогичным периодом 2009 года в 2,1 раза.

Пролечено на 6,5% пациентов в круглосуточных стационарах меньше, чем в 2009 году, а в дневных стационарах больше на 201%. В целом пролечено больше на 21 555 пациентов.

По области в процессе плановой госпитализации в Портале БГ участвовали 158 медицинских организаций, из них 97 организаций ПМСП и 61 стационар, при этом районные больницы стали работать в портале бюро госпитализации только с сентября 2010 года. По работе портала проводилось обучение на всех уровнях. За год через Бюро госпитализации направлено на плановую госпитализацию в медицинские организации 79% от числа госпитализированных в плановом порядке. Портал Бюро госпитализации обеспечивает регуляцию плановой госпитализации, реализует права граждан на свободный выбор медицинской организации, доступность и прозрачность процесса госпитализации плановых больных и дает возможность определить отсутствие контроля или незнания порядка регулирования потоков больных, направленных на плановую госпитализацию.

При работе с порталом особо нужно отметить недостатки в работе ПМСП, там, где специалисты не до конца отработали с пациентом. По данному вопросу проводилась работа с каждой организацией индивидуально. Считаем, что такая работа должна продолжаться.

Выводы:

1. Работа портала БГ позволила своевременно реагировать на дефицит коек по профилям.

2. Наиболее частой причиной ошибок в Портале БГ является неверно введенный профиль коек, на втором месте наиболее часто оформленная заявка, т.е. грамотное участие в работе портала зачастую зависит от ответственности одного специалиста, что недопустимо.

3. Наиболее вероятной причиной совершения ошибок являются частые смены ответственных специалистов Портала в медицинских организациях, отсутствие взаимозаменяемости кадров.

Для решения всех вопросов, возникающих в ходе работы, регулярно представляются данные в управление здравоохранения области, в территориальные департаменты комитетов, что позволило своевременно выполнять задания, связанные с работой МО в рамках ЕНСЗ.

Работа врачей экспертов выявила ряд трудностей в обработке статистических карт, приходилось вручную ежедневно обрабатывать более 900 карт, при этом пропускались ошибки, особенно в разделе бездефектных. С целью облегчения работы была поставлена задача перед программистами разработки такой программы, которая позволяла бы выявлять ошибки на уровне первичной организации. И таким подспорьем явился модуль «Восток». Данная разработка предоставляет информацию для проверки логических и технических ошибок и позволяет выявить ошибки по 50 пунктам. В декабре месяце данный модуль дал большую возможность МО для корректного завершения года.

Эксперты, работая с модулем, могут сразу обратить внимание специалистов первичной организации на допущенные ошибки. В дальнейшем модуль будет дорабатываться, обновляться, учитывая изменения, происходящие в нормативной базе.

Положительные стороны реформы в рамках Единой национальной системы здравоохранения:

**а) для населения:**

- 1) появилась возможность свободного выбора стационара;
- 2) упорядочена процедура госпитализации в круглосуточный стационар;
- 3) сроки ожидания на госпитализацию в стационары уменьшились;
- 4) появилась реальная возможность доступа со стороны пациентов к информационным системам здравоохранения (Портал бюро госпитализации, сайты Министерства здравоохранения, областного управления здравоохранения; РГП «РИАЦ»)

**б) для медицинских организаций:**

- 1) появилась возможность планомерного распределения потоков пациентов;

2) произошло реальное разделение уровней госпитализации: круглосуточный стационар, дневной стационар, стационар на дому;

3) внедрены медико-экономические протоколы с определением стоимости пролеченных случаев и медицинских услуг;

4) получили некоторое развитие информационные технологии;

5) для амбулаторно-поликлинического звена восстановлен принцип справедливой очередности;

6) улучшилось качество ведения медицинской документации;

**в) для врача-исполнителя:**

1) для врача амбулаторно-поликлинического звена процедура госпитализации стала доступнее и прозрачнее;

2) появилась заинтересованность в конечном результате своей работы;

3) повысился уровень знаний медицинских работников (компьютерная грамотность, законодательной и нормативно-правовой базы, МКБ-10);

4) глубже стали изучаться медико-экономические протоколы, врачи стали вникать в определение стоимости медицинских услуг;

**г) для здравоохранения региона:**

1) объемы стационарной помощи уменьшились на 6,5%; по стационарозамещающей помощи увеличились в 2,1 раза;

2) Среднеобластной тариф по стационарной помощи увеличился на 31%; по стационарозамещающей помощи увеличился на 87% (по данным ТД КОМУ);

3) обозначились имеющиеся проблемы (организационные, кадровые, оснащения и т.д.);

4) появилась возможность контроля процесса лечения, диагностики и рационального использования средств;

5) развивается внутренний аудит;

6) получили развитие стационарозамещающие технологии;

7) обеспечена прозрачность процесса госпитализации;

8) повысилась эффективность использования коечного фонда;

9) развивается служба восстановительного лечения и реабилитации.

10) появился стимул для развития и внедрения ВСМП.

УДК 614.256

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧА ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

П. И. Какенова, Д. К. Шайпранова, С. Ж. Мантыкова, К. А. Темиргалиева

Павлодарский филиал Государственного медицинского университета города Семей,

Павлодарская городская больница №1, ВА Каратомар

### *Ethics and legal aspects of the medical treatment*

*Law facilitates doctors work: protect doctor in such hard business as treatment. Today it is necessary to fill the blank in the preparation of medical staff in the akla of the legal knowledge*

### *Дәрігердің құқықтық заңдылық бұзылыстар үшін жауапкершілігі*

*Заң дәрігер жұмысын жеңілдетеді, осы қиын істе оның еңбегін қорғайды. Қазіргі заңда мамаңдардың құқықтық білім саласында білімдерін толтыру қажет.*