

# Исследование зарубежного опыта оказания платных и бесплатных медицинских услуг и его применение в системе здравоохранения Казахстана

М.Н. Джайнакбаев

НУО «Казахстанско-Российский Медицинский Университет»

**Резюме:** Обзорно-аналитическая статья Джайнакбаева М.Н. на тему «Исследование зарубежного опыта оказания платных и бесплатных медицинских услуг и его применение в системе здравоохранения Казахстана» представляет обзор эффективных инструментов и механизмов организации и финансирования платных и бесплатных для пациентов медицинских услуг в зарубежной практике. В статье исследованы системы здравоохранения Швеции, Франции и США. Каждая из изученных систем здравоохранения обладает рядом достоинств: в Швеции внедрены реестры качества, которые позволяют пациенту оставлять отзывы о пролеченных случаях, а правительству – собирать информацию для планирования развития системы здравоохранения; во Франции – все врачи общей практики, а также медицинские специалисты объединены в единую национальную сеть, информацию о ближайшем специалисте и стоимости услуг пациент может получить из единой информационной системы, в которой также зарегистрированы все пациенты; в США – в связи с высокой стоимостью медицинского обслуживания внедрены инструменты информирования пациентов о возможностях получения дополнительного финансирования на медицинскую помощь. Изученный зарубежный опыт позволяет сформировать ряд рекомендаций для дальнейшего развития системы здравоохранения Республики Казахстан.

**Ключевые слова:** зарубежный опыт, платные медицинские услуги, система здравоохранения, медицинское учреждение, финансирование медицинской помощи, реестр качества.

**Түйіндеме:** «Ақылы және тегін медициналық қызметті көрсету бойынша шетелдік тәжірибені зерттеу және оның Қазақстан денсаулық сақтау жүйесінде қолданылуы» тақырыбына арналған шолу және аналитикалық мақаласы шетел тәжірибесіндегі пациенттерге арналған тегін және ақылы медициналық қызметті қаржыландыру және ұйымдастырудың тиімді инструменттері мен механизмдерін шолу болып табылады. Мақалада Швеция, Франция және АҚШ денсаулық сақтау жүйелері зерттелген. Қарастырылған әрбір жүйенің өз құндылықтары бар: Швецияда - пациентке өзінің емделген жайттары туралы пікірлерін қалдыруға, ал үкіметке денсаулық сақтау жүйесін дамытуды жоспарлауға ақпарат жинауға мүмкіндік

беретін сапа реестрі енгізілген; Францияда – жалпы тәжірибелік дәрігерлер, сонымен қатар медицина мамандары ұлттық бірыңғай жүйеге біріктірілген. Жақын жерде орналасқан дәрігер және қызметтің ақысы туралы ақпаратты осы жүйеден ала алады, сондай-ақ жүйеде барлық пациенттер де тіркелген; АҚШ – медициналық қызмет ақысының жоғары болуына байланысты, пациенттердің медициналық көмекті алуына қосымша қаржыландыру мүмкіндіктері туралы ақпаратты беру инструменттері енгізілген. Зерттелген шетелдік тәжірибе негізінде Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінің одан әрі дамуына көмектесетін ұсыныстар дайындауға болады.

**Түйінсөздер:** шетелдік тәжірибе, ақылы медициналық қызметтер, денсаулық сақтау жүйесі, медициналық мекеме, медициналық көмекті қаржыландыру, сапа реестрі.

**Summary:** Overview and analytical article by Jainakbayev M.N. on the topic “Study of foreign experience in providing paid and free medical services and its using in the health system of Kazakhstan” provides an overview of effective tools and mechanisms for organizing and financing free and paid medical services for patients in foreign practice. The article examines the healthcare systems of Sweden, France and the USA. Each studied health system has a number of advantages: quality registries have been introduced in Sweden that allow the patient to give feedback on cases treated, and the government to collect information for planning the development of the health system; in France, all general practitioners and medical specialists are united into a single national network; information about the nearest specialist and the cost of services can be obtained from a single information system in which all patients are also registered; in the USA - due to the high cost of medical care, tools have been introduced to inform patients about the possibilities of obtaining additional funding for medical care. Studied foreign experience allows us to form a number of recommendations for the further development of the health care system of the Republic of Kazakhstan.

**Key words:** international experience, paid medical services, health care system, medical institution, financing of medical care, quality registry.

Следование по пути стран-лидеров в социальном развитии требует от государства мер по повышению эффективности оказания медицинских услуг. Система здравоохранения представляет собой организм,

функционирующий в условиях постоянного изменения, что требует от государства постоянного роста расходов из государственного бюджета на повышение качества медицинских услуг.

Несмотря на активное развитие законодательства в сфере повышения безопасности и качества медицинских услуг, на уровне конкретных медицинских учреждений оказываемые медицинские услуги сильно различаются по качеству, финансовой доступности и удовлетворенности пациентов, что подтверждается результатами различных исследований, например, исследованиями Жусупова Б.С., Алимбековой Г.Т. [1].

Вследствие этого актуальным представляется изучить зарубежный опыт организации системы здравоохранения, в том числе системы оказания платных и бесплатных медицинских услуг. В качестве объектов исследования были представлены такие страны, как: США, Швеция и Франция. В каждой из этих стран совершенно особым образом организована система здравоохранения, имеются уникальные особенности, которые возможно взять в качестве рекомендаций для дальнейшего совершенствования системы здравоохранения Республики Казахстан в целом, и в частности на уровне руководства конкретным медицинским учреждением.

Швеция – страна с наиболее высоким удельным весом в Европе в структуре населения пожилых людей. Ответственность за здоровье и медицинскую помощь в Швеции разделяет центральное правительство, окружные советы и муниципалитеты. Каждый окружной совет графства должен предоставлять населению качественное медицинское обслуживание и медицинскую помощь. Для регулирования процесса оказания платных и бесплатных медицинских услуг применяются следующие меры:

- все медицинские услуги оказываются населению в рамках единой системы здравоохранения, все медицинские услуги населению оказываются платно, а затем возмещаются в рамках установленных норм из фонда обязательного медицинского страхования;

- установлен «потолок» для объема получаемых платных медицинских услуг. Пациент не должен платить больше, чем в общей сложности 1100 шведских крон (44000 тенге) в течение года для медицинских консультаций, более 2200 шведских крон (88000 тенге) в год за рецептурные препараты. Все затраты на услуги и лекарства, полученные пациентом сверх «потолка», возмещаются государством;

- установлены рамки на стоимость медицинских услуг. плата за пребывание в больнице составляет 100 крон в день (около 4000 тенге), плата за оказание первичной медико-санитарной помощи варьируется от 100 до 300 крон (от 4000 до 12000 тенге) в зависимости от совета округа. Для посещений узкоспециализированных врачей установлен максимальный взнос в размере 400 крон (16000 тенге) [2];

- бесплатная медицинская помощь оказывается следующим категориям граждан: престарелым, людям с физическими недостатками или психологические расстройствами, а также школьникам. Частично услуги бесплатной медицинской помощи оказываются людям, имеющим хронические заболевания и пожизненное лечение, поскольку затраты на мониторинг и лечение могут быть значительными;

- в 2011 году введен Закон о безопасности пациентов, согласно которому все лица, пострадавшие от некачественного или неправильного лечения могут

получить возмещение, а также повлиять на лечение аналогичных случаев, составляя отчет о своем лечении в Реестре качества медицинских услуг;

- любое обращение пациента к врачу должно быть удовлетворено в течение 7 дней, после первоначального обследования в течении 90 дней должно быть назначено лечение или операция, согласно гарантии на здравоохранение, введенной в действие в 2005 году. Если время ожидания превышено, пациентам предлагается помощь в другом месте; стоимость, включая любые транспортные расходы, затем оплачивается их окружным советом. Статистика оценки качества оказанных медицинских услуг гражданам Швеции показывает, что в 2017 году 79,1% всех пациентов получают необходимую медицинскую помощь в течении 90 дней.

Остановимся отдельно на Реестрах качества медицинских услуг, которые представляют большой интерес как для государственного управления, медицинской индустрии, государственных и частных клиник, так и для самых пациентов. Актуальность внедрения реестров обусловлена растущим спросом на медицинские услуги для пожилых, поскольку Швеция, как и другие страны Европы отмечает демографическое старение населения. Старение населения приводит к увеличению зависимости национальной экономики от уровня расходов на здравоохранение. Расходы на здравоохранение уже значительны в зоне ЕС, составляя 6-10 % от ВВП в государствах-членах ЕС и около 8% от ВВП в большинстве стран ОЭСР [3].

Старение населения и падение рождаемости привело европейское сообщество к интенсивным дискуссиям о срочности эффективного и индивидуального медицинского обслуживания, адаптированного к быстро меняющимся условиям и растущим потребностям населения, которое также может решать демографические и другие социальные проблемы в сочетании с развитием электронного здравоохранения, послужило толчком для создания национальных и региональных реестров качества в Швеции.

Согласно разделу 31 Закона о здравоохранении и медицинском обслуживании (1982: 763), качество шведского здравоохранения и медицинской помощи должно быть систематическим, улучшаться и развиваться [3]. Работа с реестрами качества является эффективным способом выполнения этого законодательного требования.

Реестры качества собирают информацию о проблемах, медицинских услугах и результатах лечения отдельных пациентов, позволяя изучить истории болезни пациентов, а также собирать их отзывы и отзывы их родственников для того, чтобы повышать качество медицинской помощи по всем случаям, включая роды, стационарный и амбулаторный уход за больными, стоматологические услуги, прописанные лекарства, все виды диагнозов и в том числе, смертельный исход.

Реестры качества также используются для обеспечения клинических исследований, поскольку на основе совокупной информации обо всех пролеченных случае можно создать достаточный объем выборки для эпидемиологического и клинического исследования в области редких заболеваний.

В настоящее время в Швеции насчитывается около 100 национальных реестров качества, финансируемых государством и окружными советами, и множество реестров, находящихся в стадии разработки. Внедрение таких реестров стало возможным, поскольку в Швеции функционирует система уникальных идентификационных

номеров. Каждая больница или частное медицинское учреждение несет ответственность за локальный процесс регистрации данных в реестре.

Таким образом, в Швеции развит рынок платных медицинских услуг. Процесс, количество и качество оказываемых медицинских услуг постоянно анализируется и совершенствуется.

Система здравоохранения во Франции состоит из полностью интегрированной сети государственных больниц, частных больниц, врачей и других поставщиков медицинских услуг. Это универсальный сервис, обеспечивающий медицинское обслуживание для каждого гражданина, независимо от его финансовых возможностей, возраста или социального статуса. Это делает французскую систему здравоохранения очень доступной даже для иностранцев. С 2016 года новая французская система здравоохранения для иностранцев, известная как Protection Universelle Maladie (PUMA), позволяет всем жителям Франции - работающим или нет - иметь доступ к французскому здравоохранению после трех месяцев проживания [4].

Для жителей Франции является обязательным иметь медицинскую страховку, а также быть зарегистрированным у врача общей практики.

Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается сетью из 23 000 врачей общей практики (соотношение 1 врач на 2600 жителей). Большинство врачей общей практики являются профессионалами, занимающимися индивидуальной трудовой деятельностью, и работают либо самостоятельно, либо в групповой практике. Все врачи общей практики во Франции подписали контракт с национальной системой медицинского страхования на предоставление своих услуг в рамках национальной службы здравоохранения по ставкам, согласованным на национальном уровне.

Граждане Франции и иностранцы могут свободно выбирать врача, а также могут проконсультироваться с любым другим врачом по желанию, но только персонал врач уполномочен направлять пациентов к специалисту или другому медицинскому работнику для получения иных услуг в сфере здравоохранения.

Специализированное здравоохранение оказывают тысячи специалистов во всех отраслях медицины, в городах по всей Франции. Специалисты взимают более высокую плату, чем врачи общей практики, но есть официальные ставки, согласованные с национальной службой здравоохранения, которые составляют основу, на которую стоимость услуг пациентам возмещаются. Некоторые специалисты, например, стоматологи, применяют тарифы, превышающие официальные ставки; в таких случаях пациенты либо получают компенсацию в соответствии со стандартной ставкой, либо они должны иметь добровольную медицинскую страховку, покрывающую затраты, превышающие официальные ставки.

Посещения специалистов во Франции оплачиваются системой здравоохранения частично или полностью (от 70% до 100%), если пациент был передан специалисту своим врачом. Граждане Франции и иностранцы могут также посещать любого специалиста, которого они хотят, без направления персонального врача общей практики; но, если они это сделают, стоимость их посещения специалиста будет выплачена только при базовом тарифе посещения, сколько бы они не заплатили.

Французская система здравоохранения финансируется частично за счет обязательных взносов на здравоохранение, взимаемых со всех зарплат и оплачиваемых работодателями, работниками и

самозанятыми; частично за счет средств центрального правительства; и частично от пациентов, которым обычно приходится платить небольшую часть стоимости большинства медико-санитарных услуг, которые они получают [5, с.20].

В большинстве случаев пациенты должны платить фиксированную ставку за любой визит к врачу общей практики. Стоимость в 2017 году составляла 23 евро за посещение (около 8000 тенге), 26 евро (9000 тенге) для посещения кабинетов, открытых ночью или в выходные дни, а также для домашних визитов. Большая часть расходов возмещается пациенту его государственным поставщиком медицинского страхования.

Службы скорой помощи являются частью национальной системы здравоохранения. Все города и крупные города имеют службу, известную как SAMU, которая является службой скорой помощи. Парамедики и медики из SAMU вызывают в случае аварии или чрезвычайной ситуации и оказывают помощь на месте, прежде чем транспортировать больных или раненых. В 2018 году во Франции введена единая телефонная линия (116 117), которая помогает пациентам найти ближайших внеурочных врачей скорой помощи.

Служба скорой помощи SAMU используется только для аварий и аварийных ситуаций. Другая рутинная работа скорой помощи осуществляется частными фирмами скорой помощи, субподрядчиками государственной системы здравоохранения.

Лекарства и фармацевтические препараты также возмещаются через систему обязательного медицинского страхования. Существуют четыре базовые ставки возмещения за лекарства: 100%, 65% (нормальный курс), 35% и не возмещаются.

Частные клиники также регулируются государством и входят в национальную систему здравоохранения. Лечение пациента в стационарной клинике бесплатно, пациенты оплачивают только за госпитальное питание и нахождение в больнице не более 18 евро (6200) в сутки.

В европейском плане французская система здравоохранения является одной из лучших в плане ВВП и средней по показателям врачей общей практики, больничных коек и медсестер. Кроме того, стоимость лекарств во Франции является одной из самых низких в Европе. Цены на лекарства во Франции на 10% меньше, чем в Великобритании, а также значительно ниже половины тех же лекарств, которые были приобретены в США.

Для получения медицинского обслуживания каждый гражданин и иностранец во Франции должен быть зарегистрирован в системе CPAM (Caisse Primaire Assurance Maladie).

Французская система здравоохранения считается одной из лучших систем здравоохранения в Европе, которая хорошо зарекомендовала себя благодаря большому количеству врачей, входящему в единую систему, низкому времени ожидания для пациента и доступным ценам.

Система здравоохранения Соединенных Штатов Америки характеризуется своим лидерством в области биомедицинских исследований, новейшими медицинскими технологиями, а также недоступностью для большого количества граждан. Медицинские услуги оказываются платно на условиях добровольного медицинского страхования, стоимость полисов медицинского страхования, медицинских услуг, фармацевтических препаратов и предметов медицинского назначения высокая. Около 30% пациентов с хроническими заболеваниями тратят более 1000 долларов в качестве расходов на здравоохранение.

Высокий уровень медицинских расходов вынуждают пациентов отказываться от медицинской помощи, даже если она крайне необходима. Высокая стоимость медицинских услуг является тревожным фактором, особенно для семей с ограниченным бюджетом или без страховки. По состоянию на начало 2012 года 16% населения США были незастрахованы [6].

Общие расходы на здравоохранение в Америке в 2017 году составили приблизительно 3,5 триллиона долларов, и около 32% этой суммы - или 1,1 триллиона долларов - было потрачено на медицинские услуги. Больничные расходы в среднем составляли 3949 долл. США в день, а каждое пребывание в больнице - в среднем 15 734 долл. США.

Вследствие этого, в США развиты инструменты дополнительного финансирования медицинских услуг. Информация о возможностях финансирования медицинских услуг представлена в открытом доступе, но не все пациенты обращаются к таким инструментам, поскольку зачастую не обладают нужным уровнем образования и готовностью исследовать различные источники информации [7].

К таким инструментам дополнительного финансирования можно отнести более 35 источников, сгруппированных по следующим основным видам:

- Государственные льготы. Система Benefits.gov поможет пациенту найти государственные льготы, на которые он может иметь право после заполнения онлайн-анкеты.

- Единый путь, система United Way может предоставить информацию о медицинской помощи в конкретном регионе. Звонок на трехзначный номер 211 или переход на сайт 221.org даст пациенту информацию о службах здравоохранения в конкретном районе.

- Национальная ассоциация бесплатных и благотворительных клиник. В США, кроме государственного медицинского здравоохранения функционирует частное бесплатное здравоохранение, финансируемое Ассоциацией бесплатных и благотворительных клиник.

- Государственные программы. В каждом штате есть программы для оказания финансовой помощи в области медицинского обслуживания, медицинского страхования, получения бесплатных лекарств, временного ухода, скрининга болезней и многого другого. Поиск по штату можно осуществить на сайте NeedyMeds.org.

- Федеральная система медицинской помощи неимущим Medicaid покрывает не только роженицам, но более 40% всех родов в США финансируется именно по этой программе. Охват беременных женщин включает дородовой уход в период беременности, родов, родов и в течение 60 дней после родов.

- Закон о доступном медицинском обслуживании («Obamacare») позволяет пациенту зарегистрироваться в системе частного страхования через онлайн-магазин и получить субсидию для частичной оплаты страховки.

- Программа Donated Dental Services (DDS) предоставляет бесплатное лечение зубов людям пожилого возраста, инвалидам и другим людям, имеющим медицинские показатели. В программе функционирует 15 000 стоматологов, которые работают по всей стране.

Таким образом, несмотря на высокую стоимость медицинских услуг в США, финансирование осуществляется фрагментировано сложной структурой федеральных, государственных, местных и частных источников, что предоставляет возможность для информированных пациентов получать необходимые услуги. Задача государственных медицинских структур –

обеспечивать достаточную информированность населения о возможности получения финансирования.

В настоящее время развитие рынка платных медицинских услуг в Республике Казахстан осуществляется по пути роста практики прямых платежей в момент оказания помощи. Платная медицина в Республике Казахстан развивается через приватизацию объектов здравоохранения, ранее находившихся в государственной собственности, а также через государственные учреждения здравоохранения и частные клиники [8].

Анализ зарубежного опыта оказания медицинских услуг показал, что существуют различные способы финансирования медицинского обслуживания пациента, применяемая в Республике Казахстан система прямых платежей не является самой эффективной, поскольку пациент и врач не всегда знают, во сколько обойдется лечение пациенту и обладает ли пациент необходимыми финансовыми средствами. Кроме того, финансирование путем осуществления прямых платежей не предоставляет возможности информатизации процесса оказания медицинских услуг.

Рекомендуется, в качестве повышения эффективности, доступности и качества медицинской платных медицинских услуг:

- на первом этапе, через частные клиники и государственные медицинские учреждения – внедрять инструменты информирования населения Республики Казахстан о добровольном медицинском страховании;

- интегрировать всех поставщиков платных медицинских услуг, а также медицинские страховые компании и государство в единую систему электронного здравоохранения, с постепенным подключением возможности пациентов оставлять отзывы о лечении (по примеру Швеции). Пока нет единых национальных реестров качества и цифровизация системы здравоохранения осуществляется не повсеместно, государственным медицинским учреждениям и частным клиникам рекомендуется разрабатывать собственные информационные базы данных, предоставляющие возможность пациентам предоставлять отзывы о качестве получаемых медицинских услуг и результатах лечения;

- разработать сетку нормированных цен на услуги врачей общей практики и медицинских специалистов (по примеру Франции), а все платежи превышающие нормы, финансировать из фондов обязательного и добровольного медицинского страхования;

- разработать единую информационную базу дополнительных фондов, программ и институтов финансирования медицинских услуг для категорий граждан, которые не квотируются государством, либо квотируются, но в недостаточном объеме, например, о таких фондах, как: общественный фонд помощи онкобольным «Амила», фонд помощи детским медицинским учреждениям, детским домам, а также школам-интернатам для детей с ограниченными возможностями «Дара», добровольное Общество «Милосердие» и т.д.

Таким образом, проведенный обзор зарубежного опыта оказания платных и бесплатных медицинских услуг и его применение в системе здравоохранения Казахстана показал, что в зарубежной практике имеются инструменты и механизмы организации и финансирования медицинских услуг, которые повышают доступность и качество медицинской помощи для населения и которые можно рассмотреть в качестве рекомендаций для дальнейшего развития системы здравоохранения Казахстана.

## Список литературы

1. Жусупов Б.С., Алимбекова Г.Т. Медицинское обслуживание населения Казахстана: реальность и оценки// Статистическое обозрение Казахстана. №9, Алматы, 2014, стр. 95
2. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для медицинских вузов. – М.: ЭОТАР-Медиа, 2012, 608с.
3. Titti Mattsson Quality Registries in Sweden, Healthcare Improvements and Elderly Persons with Cognitive Impairments// European Journal of health law 23 (2016) 453-469
4. Ксавье Шамбар Система здравоохранения во Франции// GIP SPSI, 2013, 132с.
5. Исатаева Н.М. Система менеджмента качества на основе международных стандартов в медицинских организациях. – Астана, 2011, 25с.
6. Michael Saag Positive: One Doctor's Personal Encounters with Death, Life, and the US Healthcare System. – Texas, Greenleaf Book Group, 2014, 376с.
7. Vineet Arora, Christopher Moriates, Neel Shah The Challenge of Understanding Health Care Costs and Charges// <https://journalofethics.ama-assn.org/article/challenge-understanding-health-care-costs-and-charges/2015-11>
8. Кульбаева А. Медико-биологическая отрасль Республики Казахстан// АО Рейтинговое агентство РФЦА, 2016. Электронный доступ [<http://rfcaratings.kz/wp-content/uploads/2015/11/Analiz-mediko-biologicheskoy-otrasli-Respubliki-Kazakhstan.pdf>]

УДК 005.962.13:334.012.64.

# Совершенствование тайм-менеджмента в МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Джайнакбаев М.Н.

Казахстанско-Российский медицинский университет

*Резюме:* В данной статье сделан теоретический обзор основных направлений повышения эффективности управления временем преподавателя, а также представлены результаты опроса преподавателей медицинского вуза по наиболее частым типичным проблемам тайм-менеджмента. В результате представлены рекомендации по повышению эффективности системы управления временем преподавателей медицинского вуза.

*Ключевые слова:* медицинский вуз, образовательная система, преподаватель, хронофаг, управление временем, тайм-менеджмент.

Вузы как субъекты образовательной системы являются частью экономической системы страны, поэтому все принципиальные изменения в экономике проявляются и в деятельности вузов. В сложившихся условиях важнейшим направлением управленческой деятельности является формирование стабильного механизма функционирования вуза, адекватно отражающего развитие рыночных отношений в сфере высшего профессионального образования, способствующего наиболее эффективному использованию всех находящихся в распоряжении высшего учебного заведения ресурсов, в том числе трудовых ресурсов,

которыми являются педагогические кадры медицинского вуза.

Повышение качества медицинской помощи находится в прямой зависимости от подготовки и рационального использования научно-педагогических кадров высшей медицинской школы. Именно профессора и преподаватели определяют уровень и содержание учебного процесса в высшей медицинской школе, готовящей специалистов-врачей, стоящих на страже здоровья людей, способных решить актуальные проблемы здравоохранения в соответствии с современными достижениями медицинской науки и практики. Кроме того, научно-педагогические коллективы медицинских институтов принимают самое непосредственное участие в решении и разработке фундаментальных и прикладных проблем медицинской науки и здравоохранения.

В условиях совершенствования системы образования в высшем учебном заведении важнейшими условиями и факторами успешной деятельности профессорско-преподавательского состава являются: умение эффективно использовать время и рационально организовывать личный труд; способность преодолевать стресс; а также реализация творческого потенциала педагога и, соответственно, креативного подхода к образовательному процессу [1].

При возникновении частых типовых проблем в педа-

Таблица 1 – Типовые хронофаги преподавателей медицинского вуза, разгруппированные по видам деятельности (нагрузке) преподавателя

Вид нагрузки	Внешние хронофаги	Внутренние хронофаги
1	2	3
Научно-исследовательская работа	Завышенные требования к проектам. Низкий ранг у научных и инновационных видов деятельности перед другими видами деятельности. Недостаточность ресурсов. Усложненная координация и отсутствие связи между участниками проектами. Затяжной процесс принятия решений на верхних уровнях управления мед.вузом. Отсутствие плановых норм времени на отдельные виды внеучебных работ.	Неумение выделять приоритеты и ставить реальные сроки. Неумение пользоваться информационными средствами по управлению временем (календари, планировщики задач, органайзеры). Заваленность текущей по другим видам деятельности. Отсутствие личного календарного плана-графика инновационных задач.
Учебная (преподавательская) нагрузка	Недостаточность специального оборудования Нехватка аудиторий. Недостаточность прочих информационных, технологических ресурсов.	Неумение планировать. Неумение пользоваться информационными средствами по управлению временем (календари, планировщики задач, органайзеры). Завышенные внутренние требования к учебным материалам (перфекционизм).
Воспитательная и организационная работа	Дублирующие собрания и совещания. Недостаточная системность в постановке задач. Противоречивость и несогласованность различных задач между собой. Отсутствие плановых норм времени на отдельные виды внеучебных работ. Некорректно, неправильно, неполностью сформулированные и поставленные задачи.	Неумение отказать коллегам, неумение выделять приоритеты. Неумение пользоваться информационными средствами по управлению временем (календари, планировщики задач, органайзеры). Перенос действий на будущее.

Продолжение таблицы 1

1	2	3
Прочая организационно-управленческая деятельность	Некорректно, неправильно, неполностью сформированные и поставленные задачи. Распределение ответственности между несколькими педагогами. Противоречивость и несогласованность различных задач между собой. Отсутствие однозначно понимаемых алгоритмов решения типовых задач. Отсутствие плановых норм времени на отдельные виды внеучебных работ.	Неумение пользоваться информационными средствами по управлению временем (календари, планировщики задач, органайзеры). Неумение выделять приоритеты и ставить реальные сроки. Перенос действий на будущее.
Примечание составлено автором		

гогической деятельности преподавателей медицинского вуза следует выявлять эффективность системы управления временем педагогов данного медицинского вуза.

Особым объектом анализа являются причины нехватки времени, так называемые «поглотители времени» или хронофаги. Причем, существуют внешние хронофаги (их порождает окружение, они в большей степени объективны), а также внутренние (их источник находится внутри каждого педагога, они имеют субъективно-типовую природу) [2].

Для целей выявления типовых хронофагов преподавателей медицинского вуза был проведен опрос преподавателей НУО Казахстанско-Российский Медицинский Университет. В итоге была сформирована таблица типовых хронофагов, разгруппированных по видам деятельности (нагрузке) преподавателя (таблица 1).

По таблице 1 можно сделать вывод, что существует два глобальных направления повышения эффективности системы тайм-менеджмента в медицинском вузе: это борьба с внутренними хронофагами и борьба с внешними хронофагами на уровне ВУЗа и кафедр.

Для повышения эффективности системы управления временем преподавателей медицинского вуза рекомендуется использовать следующие способы борьбы с внутренними хронофагами (таблица 2).

Особо стоит отметить два самых популярных в зарубежной практике способа повышения личной (персональной) эффективности:

- способ «слона», т.е. декомпозиции поставленных задач;
- способ «лягушки».

Декомпозиция задач или «Нарезка слона». Если для исполнения задачи установлены жесткие сроки, и чем крупнее эта задача, тем труднее заставить себя ее выполнить. В терминологии тайм-менеджмента такие задачи носят название «слонов». Примерами подобных задач могут служить: изучение иностранного языка, написание диссертационного исследования, улучшение физической формы. Главной проблемой при работе со «слонами» является то, что человек склонен все укрупнять, делать задачу и проблему глобальной.

Единственным способом решения является «съесть слона», то есть разделить его по маленьким кусочкам и «съесть» по одному в день. При этом нужно помнить, что размеры кусочков должны быть таких размеров, поедание которых ежедневно приблизит к достижению цели точно в срок [3].

Поедание «лягушек». Бывают задачи, на решение которых требуется мало времени, но которые по своему содержанию являются неприятными или вызывающими другие негативные эмоции. Например, общение с неуспевающим студентом, заполнение календарных планов и так далее. По терминологии тайм-менеджмента такие задачи называются «лягушками». Если «лягушки» откладывать надолго, то они могут перерасти в большие проблемы. Например, задача, на решение которой ранее потребовалось бы 5-10 минут, переросла в проблему, и на ее решение уйдет несколько часов. Если же каждое утро начать с решения неприятной проблемы или задачи, то весь день преподавателя будет проходить более успешно, поскольку «лягушка» не будет маячить на горизонте.

Также преподавателям высшего учебного медицинского заведения рекомендуется придерживаться следующих правил при управлении личным рабочим временем (рисунок 1):

Следование этим правилам поможет наиболее эффективно использовать время. Как показывает практика, умение планировать свое время улучшает результативность и эффективность любого труда, в том числе и педагогического, позволяет снизить потери рабочего времени, снизить рабочие нагрузки, снизить уровень стресса, планировать дела на перспективу, повысить уверенность в себе и получить удовлетворение от достигнутых результатов.

Также важным решением при борьбе с внутренними хронофагами является использованием современных инструментов информационных технологий. Образовательный процесс в медицинском вузе требует определенного количества записей, помогающих систематизировать собранные данные, их хранить и своевременно представлять. Такие записи у преподавателя могут включать: различные учебно-

Таблица 2 – Методы и способы борьбы с хронофагами преподавателей

Хронофаги	Мероприятия по устранению хронофагов
1	2
Неумение выделять приоритеты и ставить реальные сроки	Необходимо осуществить ранжирование запланированных дел по значимости (матрица Эйзенхауэра). Составить поэтапный план достижения цели. Такой план будет способствовать достижению цели, а не ее ожиданию. В конце рабочего дня можно проанализировать достижение намеченных результатов и определить перечень мероприятий на следующий день. Это позволяет заниматься наиболее существенными делами.

Продолжение таблицы 2

1	2
Неумение пользоваться информационными средствами по управлению временем.	Для планирования можно использовать свободное время, которое обычно растрачивается впустую (во время проезда в транспорте, в очереди, ожидании совещания, на переменах). Необходимо установить на мобильный телефон или планшет одну из программ по управлению временем Teacher Organizer, ЛидерТаск, онлайн-органайзер TimeMaster. При обнаружении нескольких минут свободного времени посвятить его просмотру дел, планов, задач из своего органайзера. За несколько минут можно сделать ряд важных звонков, рассылку писем, пометки к задачам, перераспределение дел, ранжирование дел, разбивание задач на шаги и другие действия.
Накопление мелких дел	Мелкие дела, дела на 2 минуты (позвонить, написать, выбрать что-либо из списка, свериться, поговорить с контрагентом) необходимо выполнять либо сразу же, при условии не более 3-4-х мелких дел во время для выполнения основных функций, либо выполнять вечером или по окончании рабочего дня, чтобы не накапливать такие дел и не затягивать зависящие от таких дел важные решения.
Перенос действий или решений на завтра – Задача «лягушка»	Аудит лягушек Выписать список таких задач, по которым принятие решение переносится на завтра. По каждой задаче определить, в чем состоит причина перекладывания. Устранить причину: уточнить сроки, цели, определить возможность получения не хватающих ресурсов, определить собственную состоятельность (ресурсы, силы, время) в решении данной задачи. При невозможности выполнить задачу поставить вопрос руководству по ее передаче другому исполнителю, по привлечению коллег для совместного исполнения и т.д. Разработать пошаговый план выполнения задачи. Записать этот план в органайзер или планировщик с конкретными датами выполнения шагов.
Примечание – составлено автором	

Таблица 3 – Рекомендуемые программные продукты - сервисы для управления временем преподавателей медицинского вуза

Наименование программного продукта (сервиса)	Функции, характеристики
Remember The Milk.	Инструмент для планирования и ведения списка дел. Оснащен современными техническими решениями для разгрузки памяти: E-mail и sms-оповещения о предстоящих делах, работа с приложением при отсутствии Интернета, возможность синхронизации с календарем Google.
Wunderlist.	Многоплатформенный электронный список дел. Позволяет создавать коллективные списки.
LeaderTask	Органайзер, обладающий широким функционалом, который дополняется возможностью индивидуальной ранжировки задач. Удобный и простой интерфейс, с помощью которого педагог с легкостью сможет управлять задачами, проектами, встречами, мероприятиями.
Google keep	Электронный блокнот с возможностью создания обычных записей и пронумерованных списков, программа, имеющая мобильную, браузерную и офлайн версии. Позволяет из любого устройства, где выполнен вход в Google-аккаунт, получить доступ ко всем имеющимся записям.
Примечание – составлено автором	

не более 3-х очень важных дел, требующих более 1-го часа на выполнении в один рабочий день

смена видов деятельности для повышения концентрации внимания

выполнение мелких дел (на 2 минуты) типа "позвонить", "написать" в пакетном режиме в конце рабочего дня или немедленно при поступлении задачи

ежедневный контроль (составление и управление списком дел), но с минимизацией напряжения

Рисунок 1 – Важные правила для управления временем преподавателя



методические материалы для проведения занятий; выполняемую индивидуальную нагрузку; основные результаты методической, научной и воспитательной работы; текущие результаты успеваемости студентов; указания заведующего кафедрой; а также инновационные идеи, которые почерпнуты на научных и научно-практических конференциях, научных семинарах и других мероприятиях для использования в образовательном процессе и научной деятельности.

В условиях информационного общества целесообразно вести записи с помощью информационных технологий [4].

В таблице 3 представлены рекомендуемые сервисы для управления временем преподавателей медицинского вуза, которые подходят для любого вида деятельности, не только для учебно-педагогической деятельности.

Таким образом, для создания личных «to-do» списков современному преподавателю медицинского вуза необходимо пользоваться информационными технологиями, которые можно подобрать по своему усмотрению.

Для управления временем преподавателей на уровне всего коллектива рекомендуется на каждой кафедре проводить хронометраж, аудит или инвентаризацию времени и выявить действительную картину педагогической деятельности [5].

Таким образом, в данной статье были приведены следующие рекомендации для устранения внутренних хронофагов в деятельности преподавателей медицинского вуза:

- методы устранения рутинности, наращивания дел («лягушка», «есть слона по кусочкам», матрица Эйзенхауэра);

- система планирования и контроля рабочего дня, занимающая от 55 минут до 1,5 часа в день и позволяющая повысить эффективность использования рабочего времени до 50%;

- использование в управлении временем программных продуктов (планировщиков, календарей и пр.);

- применение рекомендаций по чистке стола преподавателя для устранения завалов бумажных документов;

- аудит хронофагов педагогической деятельности на уровне кафедры.

Следуя перечисленным рекомендациям, преподаватель медицинского вуза может контролировать свои временные затраты, рационально и эффективно распределять время для различных видов деятельности, а также для досуга.

Совершенствование условий образовательной деятельности на уровне каждого отдельного преподавателя, включая повышение педагогического мастерства преподавателей, совершенствование тайм-менеджмента, улучшение технологического, материально-технического, информационного обеспечения учебного процесса создадут возможность развития университета. А это скажется на повышении качества подготовки медицинского персонала и в дальнейшем – качества медицинского обслуживания населения, будет способствовать динамичному развитию сферы здравоохранения в Республике Казахстан.

## Список литературы

1. Фишбейн Д. Менеджмент 2.0: пора меняться./Директор школы: журнал для руководителей учебных заведений и органов образования. 06.2010.
2. Татаринова В. А., Панина С. В. Навыки профессионального самоменеджмента учителя // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – Т. 19. – С. 201–205.
3. Трейси Б. Тайм-менеджмент по Брайану Трейси: как заставить время работать на вас /Брайан Трейси; Пер. с англ. - 3-е изд. - М.: Альпина Паблшерз, 2011.
4. Федорец Н. А. Тайм-менеджмент для педагогов: наука, искусство или осознанная необходимость? // Педагогическая мастерская. Все для учителя, №2 (26), 2014, С.3-7
5. Темиргалиева М.К., Кенжебаева Ж.С., Калыбекова Н.К. Тайм-менеджмент и социально-экономическая модернизация Казахстана// Издательство Жамбылского гуманитарно-технического университета, Тараз, 2011.
6. Долинова М. Тайм-менеджмент в университете. Режим электронного доступа: <https://plus.google.com/+timemanagement2020>.

УДК 614.1:316.0

## Информационная обеспеченность населения по вопросам здорового образа жизни

*Джайнакбаев Н.Т., Третьякова С.Н., Хабиева Т.Х., Вдовцев А.В., Давыденко М.В., Таттибаева А.Н., Ибраймжанова Ж., Бахырдинова К., Абдувалиев И. НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»*

*Резюме. В статье приводится обзор по информационной обеспеченности населения по вопросам профилактики алкоголизма, проведенный в исследовании с целью совершенствования технологии научно-информационного обеспечения специалистов здравоохранения. В Республике Казахстан на сегодняшний день реализуется специальная государственная политика по профилактике алкоголизма и пьянства, осуществляется пропаганда здорового образа жизни.*

*Ключевые слова: информационная медицинская обеспеченность населения, профилактика алкоголизма, пропаганда здорового образа жизни.*

С целью совершенствования технологии научно-информационного обеспечения специалистов здравоохранения приведен обзор по информационной обеспеченности населения по вопросам профилактики алкоголизма. В отечественной и зарубежной литературе имеются многочисленные данные о быстром распространении алкоголизма среди населения. По мнению специалистов, женский алкоголизм обнаруживает тенденцию роста и по некоторым регионам он уже почти уравнивается с мужским. Среди факторов, способствующих алкоголизации женщин, отмечаются такие, как одиночество, длительные стрессы, особенности психоэмоционального склада, особенности профессиональной деятельности, микросоциальное окружение и т.п. [1, 2, 3].

По медико-социальной значимости алкоголизм стал одной из актуальных общечеловеческих проблем и одной из важнейших проблем современного здравоохранения. В то же время медицинские и социальные последствия пьянства и алкоголизма неоднозначны. Социальные последствия алкоголизации обусловлены, прежде всего, психотропным действием алкоголя и как таковые могут проявляться на самых ранних стадиях (снижение работоспособности и производительности труда, противоправные действия, несчастные случаи и т.п.). Медицинские последствия (продолжительность жизни, заболеваемость, смертность, временная нетрудоспособность, инвалидизация и т.п.) формируются, как правило, в результате достаточно продолжительного злоупотребления алкоголем и чаще всего сопровождаются болезнью – алкоголизмом. Это сложное соотношение социального и медицинского в проблеме алкоголизма требует комплексного общественно-медицинского подхода не только к профилактике алкоголизма, но и к выявлению и лечению больных алкоголизмом.

Наибольший уровень распространенности алкоголизма у женщин приходится на возраст 30-39 лет, что составило 46% обследованных женщин. Общее

количество женщин, больных алкоголизмом, в возрасте до 40 лет составило 53% [2].

В развитии этой пагубной привычки ведущую роль играют и особенности личности женщин, их наследственная отягощенность, низкий уровень интеллекта, общий низкий уровень культуры [4].

По мнению Т. Толендиева, в течение многих лет не уделялось должного внимания работе по пропаганде здорового образа жизни, особенно её наиважнейшей части – гигиеническому обучению и воспитанию населения и, прежде всего – подрастающего поколения. Он утверждает, что более 2/3 граждан вообще не занимаются физической культурой и спортом, до 30% имеют избыточный вес, около 70 млн. курят. В ряду негативных факторов, влияющих на здоровье, особое место занимают пьянство и алкоголизм [5].

Так, по данным В.Ф. Попова, несмотря на изданию множества источников литературы о вреде алкоголизма и его последствиях, значительной части населения (около 40%) не были известны сведения о нравственном, экономическом и социальных аспектах негативного влияния алкоголизма. Автор подчеркивает, что цель антиалкогольной пропаганды – формирование у населения трезвого образа жизни и она не возможна без формирования правильного и единого общественного мнения о том, что алкоголь в любой дозе неприемлем для образа жизни человека и что злоупотребление им противоречит нормам морали общества [6].

Н.Г. Игнатовым в городах Москве и Екатеринбурге было проведено исследование отношения населения к медицинской информации. Автор указывает на то, что существует 3 основных типа мотивации к потреблению информации: прагматическая (нацеленная на использование в практической деятельности), коммуникативная (используемая с целью общения) и ритуальная (потребляемая по привычке).

В ходе проведенного исследования было установлено, что более объективными потребителями медицинской информации являются женщины и лица, отягощенные хроническими заболеваниями. С увеличением возраста (примерно с 25 лет) и снижением самооценки здоровья интерес к медицинским проблемам растет, в то же время преимущественно сохраняясь на уровне пассивного потребления, и только в возрасте после 45 лет постепенно начинает переходить в устойчивую потребность. Этот фактор позволяет ставить вопрос об адресованности предоставляемой информации с использованием демографических параметров аудитории и в расчете на оценку потребителями состояния собственного здоровья.

Исследование дало следующие результаты: несмотря на то, что уровень потребления медицинской информации населением находится на довольно низком

уровне, высокую потребность в ней отметили более 20% респондентов. Еще 57% населения составили группу пассивных потребителей, только 8% населения категорично отрицательно были настроены по отношению к медицинской информации, остальные же 15% опрошенных не имели определенного мнения на этот счет [7].

В отличие от СМИ, в передаче медицинских знаний достаточно большую роль играют каналы личной коммуникации, построенные на общении со специалистами, родными и знакомыми. Правильное использование этих каналов способствует выработке установок на по-прежнему информации из массовых информационных источников.

Хорошо себя зарекомендовавшим средством наглядной антиалкогольной агитации является плакат. Мощным методом воздействия на сознание человека являются такие его свойства, как возможность быстро откликаться на злободневную тему, ярко и наглядно показывать даже на сложные, абстрактные идеи. Основная функция плаката – воздействовать (формировать, убеждать, разъяснять) на те, или иные социальные установки, на ведение здорового образа жизни. Это достигается созданием определенного отношения (негативного или позитивного) к социальным явлениям, показом последствий «неправильного» гигиенического поведения, иллюстрацией какой-либо пропагандируемой идеи или её аспекта [8, 9, 10].

Кроме того, следует отметить, что в профилактике алкоголизма среди населения значительное место отводится пропаганде здорового образа жизни медицинскими работниками в лечебно-профилактических организациях и в Центрах по формированию здорового образа жизни.

Из вышесказанного следует, что медицинское информирование населения с использованием СМИ не оказывает существенного влияния на формирование общественного сознания в области охраны здоровья, по качественному уровню и используемым средствам массового воздействия не удовлетворяет требованиям медицинского просвещения, повышения медицинской культуры, формирования навыков здорового образа жизни.

### Список литературы:

1. Нашкенова А.М., Махметов М., Бильдебаяев К. Политика Республики Казахстан в борьбе с алкоголизмом (в историческом разрезе и в сравнении с другими странами) // Вестник КазНМУ. - №2. - 2015. - С. 205-210.
2. Алкоголизм (Руководство для врачей) / Под ред. Г.В. Морозова, В.С. Рожнова, Э.А. Бабаяна. – М.: Медицина, 1983. – 432 с.
3. Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Багиярова Ф.А., Абзалиева А. Анализ распространения алкоголизма и наркомании в разрезе мирового сообщества и Казахстана // Вестник КазНМУ. - №2 (4). - 2014. - С. 49-51.
4. Степанов А.Ф., Владимиров Б.С. Факторы, способствующие алкоголизации молодых женщин // Здоровоохранение Казахстана. – 1991. - №2. – С. 30-31.

5. Толендиев Т. Пропаганда здорового образа жизни // Здоровоохранение Казахстана. – 1990. - №1. – С. 29-31.
6. Попов В.Ф. Основные направления антиалкогольной пропаганды // Сов. здравоохранение – 1986. - №10. – С. 22-25.
7. Игнатов Н.Г. Отношение населения к медицинской информации // Здоровоохранение Рос. Федерации. – 1998. - №4. – С. 38-41.
8. Ананьина Н.Л. Факторы, влияющие на эффективность воздействия плакатов по антиалкогольной и анти никотиновой пропаганде // Гигиена и санитария Казахстана. – 1988. - №6. – С. 69-72.
9. Леонович А.Л., Максимчук В.П., Молочко С.М. Алкоголизм: понятие, предупреждение и лечение: Научно-практическое пособие / Под ред. В.П. Максимчука. – Мн.: НИИПККусЭ, 2001. – 40с.
10. Цыбусов А.П., Аймайкина О.В., Уткина Л.И., Хоронко С.Е. О пропаганде здорового образа жизни и преодолении кризисных явлений в общественном здоровье. - ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», г. Саранск. – 2018.

*Халықтың салауатты өмір салтын ұрпақтарға қамтамасыз ету*

*Жайнақбаев Н.Т., Третьякова С.Н., Хабиева Т.Х., Вдовцев А.В., Давыденко М.В., Тамтибаева А.Н., Ибраимжанова Ж., Бахырдинова К., Абдувалиев И.*

*Түйіндеме. Мақалада Денсаулық сақтау мамандарын ғылыми-ақпараттық қамтамасыз ету технологиясын жетілдіру мақсатында зерттеу жүргізілген алкоголизмнің алдын алу мәселелері бойынша халықты ақпараттық қамтамасыз ету бойынша шолу келтіріледі. Қазақстан Республикасында бүгінгі күні маскүнемдік пен маскүнемдіктің алдын алу бойынша арнайы мемлекеттік саясат жүзеге асырылуда, сау өмір салтын насихаттау жүзеге асырылуда.*

*Түйін сөздер: халықтың ақпараттық медициналық қамтамасыз етілуі, алкоголизмнің алдын алу, салауатты өмір салтын насихаттау.*

*Information For The Population On Healthy Lifestyle  
Dzhajnakbaev N.T., Tretyakova S.N., Habieva T.H., Vdovcev A.V., Davidenko M.V., Tattibaeva A.N., Ibraimzhanova Zh., Bahirdinova K., Abduvaliev I.*

*Summary. The article provides an overview of the information security of the population on the prevention of alcoholism, conducted in a study with the aim of improving the technology of scientific information support of health professionals.*

*In the Republic of Kazakhstan, a special state policy on the prevention of alcoholism and drunkenness is being implemented today, and a sober lifestyle is being promoted.*

*Key words: information medical provision of the population, prevention of alcoholism, promotion of a healthy lifestyle.*

