



УДК 614.251.2
МРНТИ 03.81.99
DOI 10.37238/1680-0761.2022.87(3).122

Байжиенова К.Т.*

Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан

***Автор-корреспондент: kymbat.b@internet.ru**

E-mail: kymbat.b@internet.ru

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЕВРОПЕЙСКИХ СТАНДАРТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Аннотация. Данная статья посвящена вопросу обеспечения квалифицированными медицинскими кадрами в рамках развития медицинского обеспечения граждан. В данной работе представлен процесс перехода от традиционной вертикальной системы управления с устаревшими стандартами образования к современной европейской модели. Организационная структура играет важную роль в обеспечении работы процессов в медицинской организации. Обычно в больницах медсестры составляют около 50% трудового состава больницы, врачи около 30%, обслуживающий персонал 20%. В рамках улучшения трудовой деятельности и налаживания трудовых процессов необходимо правильно выстраивать организационную структуру. Организационные структуры, обладающие большей гибкостью и свободой, позволят профессионалам находить эффективные решения для качественного оказания медицинских услуг. Сегодня в Казахстане наблюдается процесс реформации структуры сестринских служб с использованием европейского опыта организационной структуры.

Ключевые слова: здравоохранение; медицинское обслуживание; развитие медицины; цифровизация; медицинские консультации; медицинские сестры; организация труда; терапия; история медицины; Республика Казахстан.

Введение

Организации здравоохранения традиционно были авторитарными, управляемыми вертикальным принципом сверху вниз, но по мере того, как эта модель становилась все более и более неэффективной, началось их преобразование в организации, которые подчеркивали внутреннее и внешнее сотрудничество, а также участие пациентов и расширение их прав и возможностей. Такой переход подвиг организации здравоохранения пересматривать свои стратегии и операционные функции на всех уровнях.

Материалы и методы исследования

Задачами данного исследования являются: во-первых, изучение истории изменений в системе здравоохранения Казахстана, в частности в вопросах медицинских кадров. Во-вторых, изучение функций современных медицинских организаций в системе здравоохранения Казахстана. В работе использовались качественные и количественные методы исследования. В работе изучены механизмы функционирования и вопросы формирования системы здравоохранения.

Результаты исследования

Организационная структура определяет способ организации функций, а роли, обязанности, власть и полномочия назначаются отдельными лицами и группами внутри организаций, чтобы организации могли достигать своих целей. Кроме того, организационная



стратегия, структуры, системы и методы управления связаны с организационной культурой. Первый уровень состоит из видимых проявлений, которые можно наблюдать и сообщать на практике, включая то, как распределяются услуги и роли, а также укомплектование персоналом, отчетность, система вознаграждения и средства. Второй слой включает в себя общие способы мышления, ценности и убеждения, которые делают все оправданным, а третий слой — более глубокие общие предположения, которым учат в раннем образовании. Организационная культура относительно стабильна и помогает людям вести себя в своей организации, ожидаемым образом. Более того, организационная культура является важной концепцией для понимания поведения людей в организациях, поскольку она связана с производительностью и мотивацией людей в организации, тогда как культура на рабочем месте относится к конкретной идентифицируемой субкультуре отдела или сотрудника группы, например врачи и медсестры [1].

В европейских странах организационные структуры, поддерживающие инновации в области ухода за пациентами, предоставляют наиболее качественные услуги. Положительная организационная культура и культура на рабочем месте положительно связаны с результатами лечения пациентов в больницах Северной Америки и Европы. В Казахстане были проведены реформы здравоохранения для повышения качества оказания услуг. Данные реформы затронули не только больницы, но и институты преподавания, финансирования и обеспечения.

Европейская обсерватория систем и политики здравоохранения в своих отчетах «Обзор системы здравоохранения» утверждают, что Казахстан наиболее активно повышает управленческую автономию больниц по сравнению с другими постсоветскими странами. Текущий проект социального медицинского страхования состоит из трех компонентов, в которых второй компонент включает в себя поддержку улучшения обслуживания населения, развитие сети медицинских учреждений, улучшение оказания и управления доказательной медицинской помощью в секторе здравоохранения и разработку кадровой политики. Республика Казахстан присоединилась к Болонскому процессу для модернизации системы образования, в частности совершенствованию медицинского образования. В 2015 году правительство поставило цель повысить эффективность своей системы общественного здравоохранения за счет масштабной реформы сестринского ухода и создания новой должности медсестер, отвечающей современным социальным вызовам и международным требованиям, на основе директивы Европейской комиссии относительно требований к медицинскому образованию и квалификации [2].

В Комплексном плане развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года ставилась цель реформировать структуры организации здравоохранения на основе параллельных и равных структур управления, где медицинские сестры и врачи могли бы работать независимо, в то же время, являясь частью единой системы мультидисциплинарной команды. В здравоохранении ни законодательство, касающееся должностей медицинских сестер, ни организационные структуры не поддерживали медсестер в том, чтобы они занимали руководящие должности высшего уровня в организациях. Врачи возглавляли организации здравоохранения, а медсестры помогали врачам выполнять обслуживание пациентов. Медсестры напрямую подчинялись главному врачу, что не позволяло в полной мере использовать потенциал медицинских сестер. Медсестры работали в подчинении у врачей, и их общий уровень образования на руководящих должностях был низким по сравнению с международной практикой [3].

Стратегические цели развития сестринских служб тщательно направляются и контролируются на государственном уровне, что в данном случае означает, что необходимые изменения в новых должностях медицинских сестер в учреждениях здравоохранения существенно меняют роли медицинских сестер в относительно короткие сроки. Одним из барьеров стала культурная ментальность населения, стремящаяся избежать



неопределенности и опирающаяся на традиции, сопротивляющаяся реформам и не доверяющая новой модели сестринского обслуживания в медицинских организациях. Кроме того, представители медицинских организаций привыкли видеть в медсестрах помощников врачей, отражая модель оказания медицинской помощи, которая сформировалась в странах советского периода [4].

На основе реформы сестринского образования в 2018 году первая группа медицинских сестер была выпущена с компетенциями, соответствующими требованиям Директивы Европейской комиссии, которые определены в Казахстане как медсестра с расширенной практикой (бакалавр в области сестринского дела) [2]. Увеличение доли медицинских сестер с расширенной практикой определяется ключевым показателем Государственной программы развития здравоохранения на 2020–2025 годы. До 2025 года определена необходимость увеличения доли медицинских сестер с расширенной практикой в общей численности сестринского персонала в системе здравоохранения республики до 18% [5]. Целью данного исследования является описание развития новых структур управления сестринскими службами в пилотных государственных организациях здравоохранения Республики Казахстан в семи регионах Казахстана. Основное внимание уделяется культурным изменениям от бывшей советской системы к современной системе управления сестринским делом.

Материалы и методы исследования. Для облегчения разработки новых структур управления сестринскими службами в 2018–2019 гг. использовался процесс совместной разработки. Процесс совместного развития влечет за собой вовлечение обычных людей (в данном случае главных врачей, главных и старших медицинских сестер) в процесс развития, ведущий к изменениям. С институциональной точки зрения участие использовалось как инструмент для достижения ранее существовавших целей, определенных Министерством здравоохранения: с социальной точки зрения оно использовалось для расширения возможностей людей справляться с трудностями и влиять на направление их собственной жизнь. Цель состояла в том, чтобы создать чувство ответственности со стороны участвующих людей и организаций для обеспечения соответствующих результатов и воздействия на службы здравоохранения. Цели были установлены в национальных стратегиях и изложены в задачах проекта развития представителями Министерству здравоохранения поддержать реорганизацию структуры управления новой организации и разделение работы между врачами и медсестрами; расширить знания о современных системах управления в здравоохранении; формирование общего понимания реорганизованной структуры и системы управления в новых организациях.

Процесс состоял из непрерывных дискуссий европейских экспертов с представителями Министерства здравоохранения и Республиканского центра развития здравоохранения. Во время семинаров были представлены международные примеры с иллюстрациями и цифрами по различным организационным структурам, должностям, должностным инструкциям, кадровому обеспечению и другим вопросам для разъяснения изменений на практике. Работа была организована в небольших группах со смешанными профессионалами, чтобы сделать возможным региональное сравнение и создание сетей с организациями одного типа. Большая часть времени была использована для обсуждения, размышлений и работы с будущими организационными структурами, должностными инструкциями новых должностей и кадровым планированием. Министерством здравоохранения выбрана и назначена организация из семи различных регионов Казахстана, где в 2018 году были выпущены первые выпускники с международным сопоставимым сестринским образованием. Пилотные организации представляли основные виды казахстанской системы здравоохранения: перинатальные центры, многопрофильные больницы, поликлиники и детские больницы. В процессе разработки главные врачи пилотных организаций, а также главные и старшие медицинские сестры совместно решали



задачи, связанные с проблемами организаций для достижения поставленных стратегических целей Комплексного плана по развитию сестринского дела до 2020 года [6].

В ходе первого семинара было сформулировано соглашение с определением необходимых изменений в нормативных документах. Были представлены лучшие международные практики и примеры по вопросам управления сестринским делом, чтобы создать общее понимание и наметить возможные будущие направления, после чего группы работали над изменениями, необходимыми в нормативных документах, с аналогичными организационными параметрами из разных регионов. Результаты и предложения по групповой работе были обработаны путем обсуждения. Новые организационные структуры были разработаны путем, во-первых, описания текущих организационных структур организаций и должностей на разных уровнях и, во-вторых, предложения будущей структуры участникам с изменениями, необходимыми для включения новых должностей медсестер. Главные врачи, а также главные и старшие медсестры определили руководящие должности сестринского дела в своих организациях на стратегическом верхнем и среднем уровнях.

Должностные инструкции с требованиями к образованию были определены из нормативных документов. Участники подготовили конкретные примеры новых функций медицинских сестер с расширенной практикой в организациях и предложили количество врачей, медсестер и другого персонала, необходимого на разных организационных уровнях в каждой организации на последующие годы до 2025 года [7]. Главврачи, главные и старшие медицинские сестры определили разделение труда и создали новые штаты. Участникам было сложно проводить систематические оценки и прогнозировать потребность в сестринском персонале, так как это требовало глубокого понимания ролей медсестер, набора навыков и региональной демографии.

В целом, поскольку метод совместной работы был относительно новым для главных врачей, а также главных и старших медицинских сестер, участникам было трудно осознать реальные возможности изменения организационной структуры и должностей. Дискуссии могли сначала отразить культуру авторской организации, которую они представляли. Тем не менее, одна неделя интенсивной работы и обсуждения в открытой атмосфере, позволяющей высказывать критические мнения, была продуктивной, и участники постепенно поняли возможное влияние своей работы на будущую систему управления. В результате процесса разработки крупные организации согласились на новую должность заместителя директора по сестринскому делу вместе с другими заместителями директора на уровне стратегической вершины. Задачи этих должностей будут сосредоточены на стратегическом планировании и мониторинге продвижения к видению и целям организации. В небольших организациях было согласовано, что высшая должность руководителей сестринского дела, находящихся на среднем уровне, будет старшей медицинской сестрой, чьи задачи будут сосредоточены на организации сестринской работы в отделениях. Также было согласовано, что старших медицинских сестер должно быть больше, чтобы была сильная команда старших медицинских сестер для разработки и поддержки новой модели работы и внедрения доказательного сестринского дела. Старшие медицинские сестры относились бы к среднему звену в силу того, что они находятся на передовой и должны вести ежедневную сестринскую работу в отделениях.

Было предложено, чтобы медсестры с расширенной практикой имели право претендовать на должности старших медсестер. На оперативном уровне они будут работать руководителями групп с медсестрами и младшими медсестрами. Эти новые должности позволяют медсестрам выполнять совершенно новые операционные функции (например, обязанности руководства и принятия решений, а также независимые обязанности в организациях). В ходе второго семинара участники представили достижения своих организаций и разработали рекомендации по предлагаемым изменениям в организационной



структуре на основе новых приказов в части параллельной структуры врачебно-сестринской службы, должности главных и старших медицинских сестер, введение медицинских сестер расширенной практики и сестринского коллектива.

Для поддержки понимания организационных изменений и их реализации было сформулировано руководство единых рекомендаций для организаций практического здравоохранения по внедрению модели организации сестринской службы. С 2019 года в рамках Национального проекта «Консультационные услуги по развитию профессиональной среды медицинских сестер и совершенствованию системы переподготовки медицинских сестер» внедрена новая система управления сестринской службой в медицинских организациях в семи регионах республики.

Обсуждение. Процесс совместной разработки новых структур управления сестринскими службами в организациях здравоохранения Казахстана привел к законодательным изменениям, рекомендациям и программным документам, подтверждающим, что в настоящее время медсестры имеют перспективу занимать новые, более независимые должности на всех уровнях в организациях здравоохранения [8]. Созданные национальные основы системы управления сестринским делом являются видимыми проявлениями новой организационной культуры; однако потребуются время, чтобы общие взгляды и более глубокие предположения изменились. Полезно помнить, что законодательные изменения сами по себе не гарантируют успешных изменений в организациях здравоохранения, если только высшее руководство не определяет необходимость изменения культуры и не рассматривает управление культурой как важнейшую управленческую компетенцию. Существуют трудности изменения глубоко укоренившейся советской практики управления в соответствии с новыми требованиями государственного управления. На организационном уровне это означает, что постоянный контроль не способствует инновациям или развитию управленческих способностей, но мешает людям реагировать на вызовы и адаптироваться к изменениям [9]. В процессе совместной разработки старшим медсестрам и врачам было сложно понять, что они могут влиять, участвуя и внося свои предложения по нормативным документам, и что их мнения по практическим проблемам в штатных должностях и требованиях будут учтены. Поскольку многие из участников были высокопоставленными сотрудниками с опытом работы в бывшей советской культуре, они ожидали, что решения придут от министерства или от иностранных экспертов.

Среди постсоветских стран Центральной Азии Республика Казахстан был наиболее активным и инициативным в реформировании своего государственного управления. Реформы системы здравоохранения и развитие системы медсестер значительно усилили роль медсестер в здравоохранении. В Казахстане реформировали образование сестринского дела на всех уровнях — профессиональном и высшем образовании — в соответствии с европейскими требованиями к медицинскому образованию и учреждены программы магистратуры и докторантуры [10]. Образовательные реформы дают совершенно новый статус и предлагают карьерные возможности для медсестер. Новые образовательные программы содержат курсы по управлению сестринским делом и поддерживают общий образ мышления нового поколения, а также более глубокие общие представления о роли медсестер и их власти в управлении услугами. Реформы в сестринском образовании были быстрыми, и по мере того, как медсестры с новым статусом выпускаются и поступают в организации здравоохранения, начинает нарушаться старая культура в организациях.

Тем не менее, образование других специалистов в области здравоохранения, особенно медицинских работников, также должно учитывать эти изменения, а также поддерживать изменение организационной культуры. Еще одной проблемой, которую необходимо решить в ходе реформ, является внешняя культура организации. В исследовании Нежиной и Ибраевой подчеркивается, что, несмотря на культурное наследие советских времен,



общество склонно противостоять модернизации [4]. Поскольку клиенты медицинских услуг в Казахстане и других постсоветских странах Центральной Азии привыкли консультироваться по вопросам своего здоровья с врачами-специалистами, а не с медсестрами, внешняя культура не способствует тому, чтобы медсестры играли более независимые роли или даже больше, чтобы иметь свои собственные встречи. Руководители медицинских сестер играют ключевую роль во взаимодействии с общественностью для укрепления доверия между клиентами и системой обслуживания, поскольку они обладают компетенциями для удовлетворения потребностей клиентов в уходе. Такие внешние отношения важны для поддержки устойчивых медицинских услуг для населения

Развитие новых структур управления сестринской службой в Республике Казахстан постепенно идет во всех организациях здравоохранения, а не только в пилотных государственных организациях здравоохранения. Изменение организационной культуры началось с перехода постсоветской системы в современную систему управления сестринским делом, где руководители медицинских сестер занимают признанные должности на всех уровнях организаций здравоохранения. Подход, использованный для изменения организационной культуры в пилотных организациях, представлял собой метод участия, при котором главные врачи и главные медсестры пилотных организаций совместно определяли разделение труда и штатное расписание. Поскольку изменения, необходимые в системах сестринского обслуживания, являются фундаментальными, сила процесса разработки заключалась в том, что главные врачи и главные медсестры работали вместе для достижения общего понимания необходимых изменений. Общность их работы привела к законодательным изменениям, гарантирующим устойчивость развития сестринской службы. Республика Казахстан показывает другим постсоветским странам Центральной Азии путь развития сестринского дела, что важно для того, чтобы влияние культуры было заметным в меняющихся ситуациях. Когда организации проводят крупные реформы, вопросы культуры особенно важны, особенно если реформы меняют старую культуру и ценностные черты, и поэтому их нельзя недооценивать. Описанные здесь культурные изменения оказывают глубокое влияние на систему здравоохранения, поскольку роли медсестер меняются в соответствии с современным пониманием компетенции и независимых ролей.

Такой подход также оказывает влияние на людей, проживающих в Казахстане, так как в будущем они также могут получать медицинские услуги от медсестер. В постсоветских странах повышение качества и безопасности медицинской помощи сильно зависит от развития сестринского дела [11]. Это означает, что сестринское образование должно быть на более высоком уровне, чтобы медсестры могли работать в полную силу, особенно потому, что в организациях здравоохранения есть главы медсестер, возглавляющие сестринскую работу на всех уровнях организации. Предыдущие исследования, относящиеся к сестринскому лидерству и влиянию культуры в контексте постсоветских стран, очень ограничены, и поэтому в будущем в этой области необходимы дополнительные исследования [12]. Дальнейшие исследования с использованием утвержденных на международном уровне документов помогут руководителям медсестер сосредоточиться на культурных вопросах при разработке сестринских услуг. Такой подход особенно важен в постсоветских странах, где история и внешняя культура сильно влияют на систему здравоохранения, в частности на сестринскую работу. Описанный процесс разработки имеет потенциальные ограничения, связанные с методологией участия и ее реализацией. Хотя основные цели развития были достигнуты, влияние культурных проблем на переходный этап в пилотных организациях было недостаточно подчеркнуто, что может помешать прогрессу модернизации сестринской службы.

Заключение

Эффективное управление сестринским делом требует хорошего понимания культурных аспектов и компетенций, связанных с процессами изменений. Руководители



медицинских сестер управляют процессами изменений, и неотъемлемым компонентом успешных изменений является, понимание важности оценки культурных влияний и наличие адекватных культурных компетенций для руководства процессом изменений. Развитие культурных компетенций среди медсестер-лидеров имеет решающее значение, особенно в странах, где осуществляются или планируются фундаментальные реформы в системах здравоохранения. Тем не менее, существуют значительные барьеры в развитии культурных компетенций руководителей медицинских сестер, когда высшее руководство не понимает важности влияния культурных вопросов на модернизацию или между различными медицинскими работниками возникают разногласия. Будущие стратегии должны признавать культуру как важный элемент, который необходимо систематически развивать в организации для поддержки процессов изменений и общей организационной стратегии. Поскольку акцент на развитие сестринского обслуживания имеет решающее значение в постсоветских странах Центральной Азии, признание образования медсестер в области управления и руководящих должностей медсестер будет приобретать все большее значение.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Carney, Marie. "Influence of organizational culture on quality healthcare delivery." *International journal of health care quality assurance* (2011).

[2] Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System, 2013 г.

[3] Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 декабря 2014 года № 367. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 7 февраля 2015 года № 10200. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-17 2014 г

[4] Ибраева А. Объяснение роли культуры и традиций в функционировании организаций гражданского общества в Казахстане / Ибраева А., Нежина Т. // *VOLUNTAS: Международный журнал добровольных и некоммерческих организаций* // Springer – 2012, ISSN: 0957-8765

[5] Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 марта 2019 года № ҚР ДСМ-15. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4 апреля 2019 года № 18459. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-219/2020, 2019 г.

[6] Об утверждении Плана мероприятий по реализации Концепции по вхождению Казахстана в число 30-ти самых развитых государств мира на 2014-2020 годы от 1 июля 2014 года № 752

[7] Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 декабря 2018 года № ҚР ДСМ-48. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 29 декабря 2018 года № 18147. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

[8] Tiittanen, Hannele, Johanna Heikkilä, and Zaure Baigozhina. "Development of management structures for future nursing services in the Republic of Kazakhstan requires change of organizational culture." *Journal of Nursing Management* 29.8 (2021): 2565-2572.

[9] Muratov, Sergei, et al. "Mentoring a health technology assessment initiative in Kazakhstan." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 30.2 (2014): 147-152.

[10] Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4 ноября 2020 года № 21579



[11] Huotari, Päivi. "Present health care leaders' leadership and management competencies, and structural system changes needed in nursing reform in Kazakhstan." (2018).

[12] Zhetmecova, Zhuldyz, Marjeta Logar Čuček, and Almira Akhmetova. "RECOMMENDATIONS ON ENHANCING EVIDENCE-BASED NURSING FOR THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN."

REFERENCES

[1] Carney, Marie (2011). "Influence of organizational culture on quality healthcare delivery." *International journal of health care quality assurance* [in English].

[2] Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System, (2013) [in English].

[3] Prikaz Ministra zdravookhraneniya i sotsialnogo razvitiya Respubliki Kazakhstan ot 30 dekabrya 2014 goda № 367. [Order of the Minister of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan dated December 30, 2014 No. 367] (2014) Zaregistrirovan v Ministerstve yustitsii Respubliki Kazakhstan 7 fevralya 2015 goda № 10200. Utratil silu prikazom Ministra zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan ot 24 sentyabrya 2018 goda № ҚР DSM-17 [in Russian].

[4] Ibraeva A., Nezhina T. (2012) Obyasnenie roli kultury i traditsii v funktsionirovanii organizatsii grazhdanskogo obshchestva v Kazakhstane [Explanation of the role of culture and traditions in the functioning of civil society organizations in Kazakhstan] *VOLUNTAS: Mezhdunarodnyi zhurnal dobrovolnykh i nekommercheskikh organizatsii* // Springer –, ISSN: 0957-8765 [in Russian].

[5] Prikaz Ministra zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan ot 30 marta 2019 goda № ҚР DSM-15. [Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan dated March 30, 2019 No. KR DSM-15] (2019) Zaregistrirovan v Ministerstve yustitsii Respubliki Kazakhstan 4 aprelya 2019 goda № 18459. Utratil silu prikazom Ministra zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan ot 30 noyabrya 2020 goda № ҚР DSM-219/2020 [in Russian].

[6] Ob utverzhenii Plana meropriyatii po realizatsii Kontseptsii po vkhozheniyu Kazakhstana v chislo 30-ti samykh razvitykh gosudarstv mira na 2014-2020 gody ot 1 iyulya 2014 goda № 752 [On approval of the Action Plan for the implementation of the Concept of Kazakhstan's entry into the top 30 most developed countries in the World for 2014-2020 dated July 1, 2014 No. 752] [in Russian].

[7] Prikaz Ministra zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan ot 29 dekabrya 2018 goda № ҚР DSM-48. Zaregistrirovan v Ministerstve yustitsii Respubliki Kazakhstan 29 dekabrya 2018 goda № 18147. Utratil silu prikazom i.o. Ministra zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan ot 30 oktyabrya 2020 goda № ҚР DSM-175/2020 [Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan dated December 29, 2018 No. KR DSM-48. Registered with the Ministry of Justice of the Republic of Kazakhstan on December 29, 2018 No. 18147. Expired by the order of the Acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan dated October 30, 2020 No. KR DSM-175/2020] [in Russian].

[8] Tiittanen, Hannele, Johanna Heikkilä, and Zaure Baigozhina. "Development of management structures for future nursing services in the Republic of Kazakhstan requires change of organizational culture." *Journal of Nursing Management* 29.8 (2021): 2565-2572 [in English].

[9] Muratov, Sergei, et al. "Mentoring a health technology assessment initiative in Kazakhstan." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 30.2 (2014): 147-152 [in English].



[10] Prikaz i.o. Ministra zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan ot 30 oktyabrya 2020 goda № ҚР DSM-175/2020. Zaregistrovan v Ministerstve yustitsii Respubliki Kazakhstan 4 noyabrya 2020 goda № 21579 [Order of the Acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan dated October 30, 2020 No. KR DSM-175/2020. Registered with the Ministry of Justice of the Republic of Kazakhstan on November 4, 2020 No. 21579] (2020) [in Russian].

[11] Huotari, Päivi. "Present health care leaders' leadership and management competencies, and structural system changes needed in nursing reform in Kazakhstan." (2018) [in English].

[12] Zhetmecova, Zhuldyz, Marjeta Logar Čuček, and Almira Akhmetova. "RECOMMENDATIONS ON ENHANCING EVIDENCE-BASED NURSING FOR THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN." [in English].

Байжиенова Қ.Т.

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ЕУРОПАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТАНДАРТТАРЫНЫҢ ДАМУ ТАРИХЫ

Аңдатпа. Бұл мақала азаматтарды медициналық қамтамасыз етуді дамыту шеңберінде білікті медициналық кадрлармен қамтамасыз ету мәселесіне арналған. Бұл жұмыста ескірген білім беру стандарттары бар дәстүрлі тік басқару жүйесінен қазіргі еуропалық үлгіге көшу процесі қарастырылған. Медициналық ұйымдағы процестердің жұмысын қамтамасыз етуде ұйымдық құрылым маңызды рөл атқарады. Әдетте, ауруханаларда медбикелер аурухана қызметкерлерінің шамамен 50%, дәрігерлер 30% және жолсеріктер 20% құрайды. Еңбек қызметін жетілдіру және еңбек процестерін орнату шеңберінде ұйымдық құрылымды дұрыс құру қажет. Неғұрлым икемділігі мен еркіндігі бар ұйымдық құрылымдар мамандарға сапалы медициналық қызметтердің тиімді шешімдерін табуға мүмкіндік береді. Бүгінгі таңда Қазақстанда ұйымдық құрылымның еуропалық тәжірибесін пайдалана отырып, мейірбикелік қызмет құрылымын реформалау процесі жүріп жатыр.

Кілт сөздер: денсаулық сақтау; медициналық көмек; медицинаны дамыту; цифрландыру; дәрігерлік кеңестер; медбикелер; еңбекті ұйымдастыру; терапия; медицина тарихы; Қазақстан Республикасы.

Baizhiyenova Kymbat

THE HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF EUROPEAN HEALTHCARE STANDARDS IN KAZAKHSTAN

Annotation. This article is devoted to the issue of providing qualified medical personnel as part of the development of medical support for citizens. This paper presents the process of transition from the traditional vertical management system with outdated education standards to the modern European model. The organizational structure plays an important role in ensuring the operation of processes in a medical organization. Typically, in hospitals, nurses make up about 50% of the hospital staff, doctors about 30%, and attendants 20%. As part of the improvement of labor activity and the establishment of labor processes, it is necessary to properly build the organizational structure. Organizational structures with more flexibility and freedom will allow professionals to find effective solutions for quality medical services. Today in Kazakhstan there is a process of reforming the structure of nursing services using the European experience of the organizational structure.

Keywords: healthcare; medical care; development of medicine; digitalization; medical consultations; nurses; labor organization; therapy; history of medicine; Republic of Kazakhstan.