

ISSN 3106-0609 (Online)

ҒЫЛЫМИ-ТӘЖІРИБЕЛІК ЖУРНАЛЫ · НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

Выпуск № 16
Июнь 2026



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

главный редактор

ЕЛМАГАМБЕТОВ БЕРИК

ЕМВА,

Председатель ОЮЛ

«Казахстанская ассоциация

содействия развитию

образования», генеральный

директор ННЦРО «Санат»

члены редакционной коллегии:

КУЛЬЖАНОВ МАКСУТ

д.м.н., профессор,

Председатель Правления

ОО «Республиканская врачебная

ассоциация «Авиценна»

КАУПБАЕВА БОТАГОЗ

Председатель Правления

ОО «Accreditation Center for

Quality in Healthcare (ACQH)»

МУСАБЕКОВА ДАНА

к.м.н., заместитель генерального

директора по региональному

развитию ННЦРО «Санат»

ЖУМАДИЛОВ АҒЗАМ

д.м.н., профессор,

медицинский директор

ННЦРО «Санат»

дизайнер-верстальщик

ЕЛМАҒАМБЕТОВ БЕРЖАН

учредитель

**ОЮЛ «КАЗАХСТАНСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ СОДЕЙСТВИЯ
РАЗВИТИЮ ОБРАЗОВАНИЯ»**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ
ОБРАЗОВАНИЯ «САНАТ»**



Зарегистрировано в Министерстве информации
и коммуникаций Республики Казахстан
Свидетельство 17275-Ж от 18.09.2018 г.

Любое воспроизведение материалов или их
фрагментов возможно только с письменного
разрешения редакции.

Редакция не несет ответственности за содержа-
ние рекламных материалов.

Мнение редакции не обязательно совпадает
с мнением авторов.

Распространяется на территории Казахстана
и стран СНГ.

Выходит один раз в три месяца.

Статьи публикуются на казахском и русском
языках.

Содержание

4

СТАТЬЯ

Институционализация модели
«Пациент как партнёр» в системе
аккредитации здравоохранения:
международный опыт и внедрение
в Республике Казахстан

12

СТАТЬЯ

Ұлттық аккредитация
стандарттарын енгізудің
Түркістан облысының
облыстық офтальмо-
логиялық ауруханасы
жағдайында офтальмо-
логиялық көмек көрсету
сапасын арттыруға әсері

17

СТАТЬЯ

Роль сестринского об-
разования в формиро-
вании культуры безо-
пасности пациентов при
аккредитации медицин-
ских организаций

22

СТРАНИЧКА ЮРИСТА

Қазақстан Республи-
касының ӘҚБтК-нің
73-3-бабын қолдану:
құқық қолдану пробле-
малары және оларды
шешу жолдары

Құрметті медицина қызметкерлері!

Сіздерді Денсаулық сақтау қызметкері күнімен шын жүректен құттықтаймыз!

Сіздердің күнделікті еңбектеріңіз — адам өмірі мен денсаулығын сақтайтын ең мәртебелі мамандықтың айқын көрінісі.

Әрбір қабылдау, әрбір шешім және көрсетілген әрбір көмектің артында терең білім, төзім және мейірім тұр. Медициналық көмектің сапасы мен пациенттердің қауіпсіздігін арттыру жолындағы кәсібилігіңіз бен адалдығыңыз — бүкіл денсаулық сақтау жүйесінің берік тірегі.

Сіздерге мықты денсаулық, рухани күш-қуат, отбасыларыңызға амандық және сүйікті ісіңізден қанағат тілейміз.

Еңбектеріңіз әрдайым жоғары бағалансын!



Исенова Б.К.
ТОО «Региональный диагностический центр»

Омархан Б.С.
ОО АСQH

Институционализация модели «Пациент как партнёр» в системе аккредитации здравоохранения: международный опыт и внедрение в Республике Казахстан

■ Аңдатпа

Мақала халықаралық тәжірибе негізінде Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесіндегі аккредиттеу үдерісіне «Пациент – серіктес» моделін институционалдандыруға арналған. Медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін басқару процестеріне пациенттерді тартудың заманауи үрдістері, соның ішінде бірлескен шешім қабылдау, терапиялық оқыту және пациенттердің құзыреттерін дамыту мәселелері қарастырылған.

Ұлыбритания, Канада және АҚШ тәжірибелерін талдау негізінде пациенттерді аккредиттеу рәсімдеріне интеграциялаудың құрылымдалған моделі ұсынылған. Бұл модель Серіктестер кеңесін құруды, онлайн-білім беру платформасын енгізуді және KPI жүйесін қалыптастыруды қамтиды.

АСQH ұйымының 2025–2029 жылдарға арналған бағдарламасы шеңберінде аталған модельді енгізудің ұйымдастырушылық, білім беру, интеграциялық және аналитикалық әдістері сипатталған. Пациенттердің денсаулық сақтау жүйесіне деген сенімін арттыру, бірлескен шешім қабылдау мәдениетін қалыптастыру және медициналық ұйымдарда өзгерістерді ауқымды түрде енгізу болжанады.

Практикалық маңыздылығы – медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін тұрақты жетілдіруге ықпал ететін пациенттердің қатысуының қайта қолдануға болатын моделін әзірлеуде.

■ Аннотация

Статья посвящена институционализации модели «Пациент как партнёр» в системе аккредитации здравоохранения Республики Казахстан на основе международного опыта. Рассмотрены современные тенденции вовлечения пациентов в процессы управления качеством и безопасностью медицинской помощи, включая совместное принятие решений, терапевтическое обучение и развитие компетенций пациентов. На основе анализа практик Великобритании, Канады и США предложена структурированная модель интеграции пациентов в аккредитационные процедуры через создание Совета партнёров, образовательную онлайн-платформу и систему KPI. Описаны организационные, образовательные, интеграционные и аналитические методы внедрения модели в рамках программы АСQH на 2025–2029 гг. Прогнозируются повышение доверия пациентов к системе здравоохранения, формирование культуры совместного принятия решений и масштабируемость изменений в медицинских организациях. Практическая ценность заключается в разработке воспроизводимой модели участия пациентов, способствующей устойчивому улучшению качества и безопасности медицинской помощи.

■ Abstract

This article is devoted to the institutionalization of the “Patient as Partner” model within the healthcare accreditation system of the Republic of Kazakhstan based on international experience. Modern trends in patient engagement in healthcare quality and safety management processes are examined, including shared decision-making, therapeutic education, and the development of patient competencies.

Based on the analysis of practices in the United Kingdom, Canada, and the United States, a structured model for integrating patients into accreditation procedures is proposed through the establishment of a Patient Partnership Council, an online educational platform, and a KPI system

The organizational, educational, integration, and analytical methods for implementing this model within the ACQH program for 2025–2029 are described. The expected outcomes include increased patient trust in the healthcare system, the formation of a culture of shared decision-making, and the scalability of changes across medical organizations.

The practical significance of the study lies in the development of a reproducible model of patient participation that contributes to the sustainable improvement of the quality and safety of healthcare services.

Введение

Системы здравоохранения Северной Америки и Европы сталкиваются с растущей распространённостью хронических заболеваний [1]. Например, в Канаде около половины населения живёт как минимум с одним хроническим заболеванием, и в ближайшие годы этот показатель, вероятно, будет увеличиваться [2]. Этот эпидемиологический переход создаёт нагрузку на традиционные модели оказания медицинской помощи, сформированные после Второй мировой войны и ориентированные преимущественно на лечение острых состояний и инфекционных заболеваний кратковременного характера. В отличие от этого, хронические заболевания требуют длительного наблюдения и участия множества специалистов, нередко работающих в разных организациях. При этом ожидается значительный рост спроса на медицинские услуги [3], что происходит в условиях ограниченных финансовых ресурсов. За последние два десятилетия система здравоохранения постепенно отошла от патерналистской модели, при которой специалисты принимали решения практически без участия пациента, к пациент-ориентированному подходу [4]. Этот подход направлен на индивидуализацию помощи с учётом потребностей, ценностей и жизненного опыта пациента [5]. Несмотря на значительный вклад пациентов в процесс лечения [6], ведущая роль в системе здравоохранения по-прежнему принадлежит медицинским работникам. Лишь в последние годы участию пациентов (patient engagement) стало уделяться больше внимания [7], поскольку оно рассматривается как инновационный и устойчивый способ обеспечения надлежащего качества помощи в условиях ограниченных ресурсов [8, 9]. Во всём мире медицинские организации, учреждения и университеты стремятся вывести участие пациентов за пределы формального, символического уровня [9]. Современные инициативы — включая совместное принятие

решений [10, 11], терапевтическое обучение [12], развитие пациентской экспертизы [13] и программ по укреплению навыков самоуправления заболеванием [14–16] — основаны на принципах пациент-ориентированности и демонстрируют новые способы интеграции мнения пациентов в систему здравоохранения [17, 18]. Концепция «Пациент как партнёр» (Patients as Partners, PP) развивается на основе этих инициатив и делает следующий шаг, рассматривая пациента как полноправного члена медицинской команды [19, 20]. Несмотря на отсутствие единого определения, концепция базируется на нескольких ключевых положениях. Во-первых, при хронических заболеваниях пациенты выполняют значительный объём самоухода [14–16]. Во-вторых, в процессе жизни с болезнью они формируют практические, основанные на опыте знания, которые дополняют научные и клинические знания специалистов. Таким образом, качественные решения в здравоохранении опираются на два взаимодополняющих источника знаний: профессиональные научные знания и опыт пациента. В-третьих, такие решения должны соответствовать жизненным целям и планам пациента. Для реализации партнёрства необходимо признание медицинскими работниками опыта и компетенций пациента, сформированных в ходе жизни с заболеванием, как значимого и дополняющего вклада в процесс лечения [21, 22]. Такое признание способствует сотрудничеству и интеграции пациента в межпрофессиональную команду. Эффективная интеграция требует развития и устойчивого применения компетенций как пациентами, так и специалистами [23]. Пациенты принимают решения, опираясь на собственный опыт, тогда как медицинские работники используют клинические и научные знания. Способность пациента к полноценному взаимодействию во многом зависит от умения формулировать и передавать свой опыт [24].

Во многих странах уже реализуются инициативы партнёрства. В Великобритании Национальная служба здравоохранения внедрила подход, признающий экспертность пациентов и их способность самостоятельно управлять значительной частью своего лечения [25,26]. Программы «Экспертный пациент» направлены на снижение выраженности симптомов и повышение уверенности, компетентности и эффективности пациентов в управлении хроническим заболеванием [26]. В США инициатива Relationship Centered Care Initiative (RCCI) Медицинской школы Университета Индианы направлена на формирование культуры заботы, уважения и сотрудничества, укрепляя профессиональные ценности взаимодействия с пациентами [27]. В Канаде Министерство здравоохранения провинции Британская Колумбия в 2007 году внедрило подход «Patients as Partners», целью которого стало развитие участия пациентов в принятии решений через предоставление им необходимых инструментов и компетенций, а также вовлечение их в процессы постоянного улучшения качества помощи [28]. В Республике Казахстан развитие пациент-ориентированного подхода закреплено в Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения», государственных программах развития здравоохранения и политике внедрения стандартов качества и безопасности медицинской помощи. В последние годы усиливается акцент на защите прав пациентов, развитии служб поддержки пациентов, общественных советов при медицинских организациях, а также на повышении прозрачности процессов аккредитации. Вместе с тем, несмотря на наличие отдельных механизмов обратной связи и участия пациентов, их вовлечённость в процессы управления качеством, разработку стандартов и экспертную деятельность остаётся ограниченной и часто носит консультативный характер. Отсутствует системная модель подготовки пациентов-партнёров,

формализованные критерии их участия в аккредитации и единые показатели оценки эффективности партнёрства. В этих условиях внедрение программы АСОН «Пациент как партнёр» (2025–2029 гг.) направлено на институционализацию роли пациента как полноправного участника процессов обеспечения качества и безопасности медицинской помощи в Казахстане.

Цель исследования

Целью настоящего исследования является научное обоснование и внедрение в Республике Казахстан системной модели «Пациент как партнёр» в рамках программы АСОН на 2025–2029 гг., направленной на институциональную интеграцию пациентов в процессы управления качеством, экспертизы и аккредитации медицинских организаций с целью повышения безопасности, прозрачности и эффективности медицинской помощи.

Материалы и методы

Дизайн исследования: Исследование носит организационно-внедренческий характер и направлено на формирование структурированной модели участия пациентов в управлении качеством и процессах аккредитации медицинских организаций.

Материалы: Материальную основу исследования составили нормативные и методические документы АСОН, модель Совета партнёров-пациентов, формируемая база данных пациентов-партнёров, цифровая онлайн-платформа взаимодействия, образовательная программа и онлайн-академия для подготовки пациентов, критерии и чек-листы для интеграции показателей партнёрства в систему аккредитации, а также инструменты мониторинга ключевых показателей эффективности и ежегодные аналитические отчёты.

Методы: В исследовании применялись организационные, образовательные, ин-

теграционные и аналитические методы. Организационные методы включали создание Совета партнёров-пациентов, привлечение пациентов к участию в рабочих группах и экспертных комитетах, формирование реестра партнёров, а также проведение диалоговых площадок и конференций. Образовательные методы предусматривали разработку и внедрение программы обучения пациентов-партнёров, запуск онлайн-академии и развитие компетенций как пациентов, так и медицинских работников в области партнёрского взаимодействия. Интеграционные методы заключались во включении критериев партнёрства в чек-листы и стандарты аккредитации, внедрении ключевых показателей эффективности, отражающих уровень вовлечённости пациентов, а также системной работе с уязвимыми группами населения. Аналитические методы основывались на регулярном мониторинге количественных и качественных показателей, подготовке ежегодной отчётности и оценке уровня внедрения механизмов партнёрства в медицинских организациях.

Результаты: К 2029 году ожидается формирование устойчивой системы пациентского партнёрства в рамках АСQH. Планируется подготовка не менее 200 обученных пациентов-партнёров, обеспечение участия пациентов более чем в 80% рабочих групп, а также ежегодная публикация аналитического отчёта о развитии партнёрства. Предполагается внедрение механизмов партнёрства не менее чем в 50% медицинских учреждений. Реализация программы должна способствовать формированию культуры совместного принятия решений, повышению уровня доверия между пациентами и медицинскими организациями и укреплению лидерской позиции АСQH в регионе в сфере качества и безопасности медицинской помощи.

Обсуждение: Концепция «Пациент как партнёр» (Patients as Partners) приобретает

всё большую значимость в мировом здравоохранении, что подтверждается многочисленными исследованиями и практическими инициативами. Ключевая идея — признание пациентов как полноправных членов медицинской команды, обладающих уникальным опытом и знаниями, дополняющими клиническую экспертизу специалистов (Bombard et al., 2018; Pomey et al., 2015). Bombard и коллеги (2018) в систематическом обзоре выделяют основные механизмы и результаты участия пациентов в управлении качеством, подчёркивая, что партнёрство способствует не только улучшению процессов и клинических исходов, но и развитию доверия между пациентами и медицинскими работниками. Это соответствует нашим результатам, где ожидается повышение уровня доверия и формирование культуры совместного принятия решений. Pomey et al. (2015) акцентируют внимание на признании опыта пациента как ценного и самостоятельного источника знаний, что является фундаментом для перехода от символического вовлечения к реальному партнёрству. Данное положение поддерживается и в работе Towle et al. (2016), которые показывают, что обучение пациентов и подготовка их к роли партнёров расширяет их компетенции и способствует более продуктивному взаимодействию с медицинскими командами. В Великобритании и Канаде успешно реализуются программы «Экспертный пациент» и инициативы Patients as Partners, что привело к устойчивому внедрению партнёрства в систему здравоохранения (Staniszewska et al., 2018; Boivin et al., 2014). Аналогичные подходы были положены в основу программы АСQH в Казахстане, где особое внимание уделяется созданию структурных элементов — Совета партнёров, образовательной онлайн-платформы и системе KPI, что обеспечивает системность и масштабируемость изменений. Vanstone et al. (2022) подчёркивают, что устойчивость партнёрства зависит от институционализа-

ции, включающей формальные механизмы, стандарты и показатели эффективности. Это особенно важно для Казахстана, где до настоящего времени участие пациентов носило преимущественно консультативный характер и не было интегрировано в процессы аккредитации и управления качеством. Наши результаты согласуются с выводами Elwyn et al. (2017), показывающими, что развитие культуры совместного принятия решений требует комплексных изменений в организации и образовательной сфере. Создание образовательных программ и онлайн-академии для пациентов, как реализовано в проекте АСОН, является эффективным инструментом формирования новых компетенций как у пациентов, так и у специалистов. Особое значение имеет работа с уязвимыми группами населения, что поддерживается исследованиями Barello et al. (2015), которые показывают, что партнёрство может способствовать снижению социального неравенства в доступе и качестве медицинской помощи. Таким образом, внедрение системной модели «Пациент как партнёр» в Казахстане не только соответствует мировым тенденциям, но и отвечает национальным приоритетам развития здравоохранения, направленным на повышение безопасности, качества и эффективности медицинской помощи. Реализация данной модели позволит перейти от декларативного вовлечения пациентов к устойчивому структурированному партнёрству, что должно способствовать улучшению клинических и организационных результатов, а также укреплению доверия общества к системе здравоохранения.

Выводы: Внедрение модели «Пациент как партнёр» представляет собой системный подход к развитию качества и безопасности медицинской помощи через активную интеграцию пациентов в процессы управления, экспертизы и аккредитации. Реализация программы АСОН на 2025–2029 гг. позволяет перейти от декларативного

вовлечения к структурированному партнёрству, основанному на признании опыта пациентов как значимого ресурса системы здравоохранения. Ожидается, что институционализация участия пациентов через создание Совета партнёров, образовательные программы, цифровую платформу и интеграцию КРІ в аккредитационные механизмы обеспечит устойчивость изменений и их масштабирование. Формирование культуры совместного принятия решений будет способствовать повышению прозрачности, доверия и эффективности системы здравоохранения.

Практическая значимость: Практическая ценность программы заключается в создании воспроизводимой модели интеграции пациентов в систему управления качеством, которая может быть адаптирована и внедрена в различных медицинских организациях и регионах. Разработанные инструменты — Совет партнёров-пациентов, база данных, онлайн-академия, критерии оценки и система КРІ — формируют структурированный механизм вовлечения, позволяющий перейти от эпизодического участия пациентов к системному партнёрству.

Включение показателей пациентского участия в процессы аккредитации способствует закреплению культуры партнёрства на институциональном уровне. Это обеспечивает не только улучшение клинических и организационных результатов, но и устойчивое повышение доверия к системе здравоохранения со стороны общества.

Список литературы

1. Ho JK, Rubinstein RB. Targets for non-communicable disease: what has happened since the UN summit? *BMJ*. 2013;346:f3300. doi:10.1136/bmj.f3300.
2. Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Informer des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé: consultation et analyse. Québec: Gouvernement du Québec; 2010.
3. Robinson S, Williams I, Dickinson H, Freeman T, Rumbold B. Priority-setting and rationing in healthcare: evidence from the English experience. *Soc Sci Med*. 2012;75(12):2386–2393. doi:10.1016/j.socscimed.2012.09.014.
4. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1995.
5. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796–804.
6. Bauman AE, Fardy HJ, Harris PG. Getting it right: why bother with patient-centred care? *Med J Aust*. 2003;179(5):253–256.
7. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams KE, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):223–231. doi:10.1377/hlthaff.2012.1133.
8. Coulter A. Patient engagement—what works? *J Ambul Care Manage*. 2012;35(2):80–89. doi:10.1097/JAC.0b013e318249e0fd.
9. Domecq JP, Prutsky G, Elraiyah T, Wang Z, Nabhan M, Shippee N, et al. Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:89. doi:10.1186/1472-6963-14-89.
10. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*. 2012;366(9):780–781. doi:10.1056/NEJMp1109283.
11. Légaré F, Turcotte S, Stacey D, Ratté S, Kryworuchko J, Graham ID. Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review. *Patient*. 2012;5(1):1–19. doi:10.2165/11592180-000000000-00000.
12. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Éducation thérapeutique du patient: programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
13. Lorig K, Lubeck D, Kraines RG, Seleznick M, Holman HR. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis Rheum*. 1985;28(6):680–685.
14. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002;288(19):2469–2485.
15. Lorig K, Laurin J, Holman HR. Arthritis self-management: effectiveness of patient education for the elderly. *Gerontologist*. 1984;24(5):455–457.
16. Battersby MW, Ah Kit J, Prideaux C, Harvey PW, Collins JP, Mills PD. Implementing the Flinders model of self-management support with Aboriginal people who have diabetes. *Aust J Prim Health*. 2008;14(1):66–74.
17. Delbanco T, Berwick DM, Boufford JI, Edgman-Levitan S, Ollenschläger G, Plamping D, et al. Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. *Health Expect*. 2001;4(3):144–150.
18. Picker Institute. Patient-centered care: the road ahead. Cambridge (MA): Picker Institute; 2013.
19. Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Mercier AM, Muriel G, Ghadiri DP, et al. Le patient partenaire de soins: un atout pour le médecin. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*. 2011;7(3):6–11.
20. Karazivan P, Dumez V, Flora L, Pomey MP, Fernandez N, Ghadiri DP, et al. The patient as partner in care: conceptual grounds for a necessary transition. *Acad Med*. 2015;90(4):437–441.
21. Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients: note de synthèse. *Prat Form Anal*. 2010;(58–59).
22. Jouet E, Las Vergnas O, Flora L. Patients' experiential knowledge recognition—a state of the art. *Socialno Delo*. 2012;51(1–3):87–99.
23. Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services: vers une collaboration optimale entre intervenants et avec le patient. Montréal: Université de Montréal; 2013.
24. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*. 2007;335(7609):24–27.

25. Tattersall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. *Clin Med*. 2002;2(3):227–229.
26. National Health Service (NHS). The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. London: UK Department of Health; 2001.
27. Cottingham AH, Suchman AL, Litzelman DK, Frankel RM, Mossbarger DL, Williamson PR, et al. Enhancing the informal curriculum of a medical school: a case study in organizational culture change. *J Gen Intern Med*. 2008;23(6):715–722. doi:10.1007/s11606-008-0543-y.
28. British Columbia Ministry of Health. Patients as partners: nothing about me without me. First annual report. Victoria (BC): BC Ministry of Health; 2011.
29. Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, et al. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implement Sci*. 2018;13(1):98. doi:10.1186/s13012-018-0784-z.
30. Pomey MP, Ghadiri DP, Karazivan P, Fernandez N, Clavel N. Patients as partners: a qualitative study of patients' engagement in their healthcare. *PLoS One*. 2015;10(4):e0122499. doi:10.1371/journal.pone.0122499.
31. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361–1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6.
32. Karazivan P, Dumez V, Flora L, Pomey MP, Del Grande C, Ghadiri DP, et al. The patient as partner approach in healthcare: a conceptual framework for a necessary transition. *Acad Med*. 2015;90(4):437–441. doi:10.1097/ACM.0000000000000603.
33. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*. 2017;359:j4891. doi:10.1136/bmj.j4891.

Кыдырбаева М. Н.

медицина ғылымдары магистрі, дәрігер-офтальмолог,
«Облыстық офтальмологиялық ауруханасы» ШЖҚ ММК,
Түркістан облысы, Қазақстан Республикасы.

Сеилбеков Ч. А.

бизнес және басқару магистрі, «Облыстық офтальмо-
логиялық ауруханасы» ШЖҚ ММК басшысы, Түркістан
облысы, Қазақстан Республикасы

Ұлттық аккредитация стандартта- рын енгізудің Түркістан облысы- ның облыстық офтальмологиялық ауруханасы жағдайында офталь- мологиялық көмек көрсету сапасын арттыруға әсері

■ Аңдатпа

Мақалада Қазақстан Республикасы медициналық ұйымдарының ұлттық аккредитация стандарттарын енгізудің офтальмологиялық көмектің сапасы мен пациенттердің қауіпсіздігін арттыруға әсері талданады. Зерттеу 2023 жылы ұлттық аккредитациядан өткен және осы стандарттармен үздіксіз жұмыс жүргізіп келе жатқан Түркістан облысының облыстық офтальмологиялық аурухананың тәжірибесіне негізделген.

Пациенттердің қауіпсіздік мәдениетін қалыптастыру, тәуекелдерді басқару, инциденттерді тіркеу және түпкі себептерін талдау, пациент қауіпсіздігінің халықаралық мақсаттарын енгізу, сондай-ақ пациенттердің қанағаттану деңгейінің динамикасы сияқты критерийлер негізінде жан-жақты қарастырылған. Алынған нәтижелер медициналық көмектің негізгі сапалық көрсеткіштерінің айтарлықтай жақсарғанын және жүйелік тәсілдің тиімділігін дәлелдейді.

■ Аннотация

В статье проанализировано влияние внедрения национальных стандартов аккредитации медицинских организаций Республики Казахстан на повышение качества офтальмологической помощи и безопасности пациентов. Исследование основано на опыте Областной офтальмологической больницы Туркестанской области, прошедшей национальную аккредитацию в 2023 году и продолжающей системную работу в соответствии с данными стандартами.

Комплексно рассмотрены такие критерии, как формирование культуры безопасности пациентов, управление рисками, регистрация инцидентов и анализ их первопричин, внедрение международных целей безопасности пациентов, а также динамика уровня удовлетворенности пациентов. Полученные результаты свидетельствуют о значительном улучшении ключевых показателей качества медицинской помощи и подтверждают эффективность системного подхода.

■ Abstract

The article analyzes the impact of implementing the national accreditation standards for medical organizations of the Republic of Kazakhstan on improving the quality of ophthalmological care and patient safety. The study is based on the experience of the Regional Ophthalmological Hospital of the Turkestan Region, which underwent national accreditation in 2023 and continues systematic work in accordance with these standards.

The study comprehensively examines such criteria as the development of a patient safety culture, risk management, incident reporting and root cause analysis, implementation of international patient safety goals, as well as the dynamics of patient satisfaction levels.

The obtained results demonstrate a significant improvement in key indicators of healthcare quality and confirm the effectiveness of a systematic approach.

Медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау жүйесін дамытудың басым бағыттарының бірі болып табылады. Халықтың қартаюуы, созылмалы аурулардың өсуі және медициналық технологиялардың күрделенуі медициналық ұйымдарға қойылатын талаптарды күшейтуде. Офтальмологиялық қызмет саласында бұл мәселе ерекше өзектілікке ие, себебі пациенттердің басым бөлігі егде жастағы, көру қабілеті төмен және қатар жүретін аурулары бар тұлғалардан тұрады.

Ұлттық аккредитация стандарттарын енгізу медициналық ұйымдарда сапа мен қауіпсіздікті басқарудың бірыңғай жүйесін қалыптастыруға бағытталған. Аккредитация бір реттік бағалау рәсімі ретінде емес, үздіксіз жетілдіруді қамтамасыз ететін басқарушылық құрал ретінде қарастырылады.

Осы зерттеудің мақсаты – облыстық офтальмологиялық аурухана жағдайында ұлттық аккредитация стандарттарын енгізудің офтальмологиялық көмектің сапасына әсерін бағалау.

Зерттеу материалдары мен әдістері

Зерттеу 2023 жылы ұлттық аккредитациядан өткен облыстық офтальмологиялық аурухана базасында жүргізілді. Аккредитацияға дейінгі және кейінгі кезеңдердегі медициналық ұйым қызметінің негізгі көрсеткіштеріне салыстырмалы талдау жасалды. Бағаланған көрсеткіштерге инциденттерді тіркеу деңгейі, түпкі себептерді талдау нәтижелері, құлау қаупімен байланысты

инциденттердің жиілігі, пациенттерді сәйкестендіру талаптарының сақталуы, пациенттердің қанағаттану деңгейі, сондай-ақ тәуекел-менеджмент саласындағы басқарушылық шешімдер кірді. Зерттеу әдістері ретінде ішкі нормативтік құжаттарды, сапаны бақылау қызметінің есептерін, статистикалық деректерді және пациенттерге жүргізілген сауалнама нәтижелерін талдау қолданылды.

Нәтижелер және талқылау

Аккредитация стандарттарының байқау кеңесінің қызметіне әсері

Ұлттық аккредитация стандарттарын енгізу медициналық ұйымның байқау кеңесінің қызметін институционалдық және мазмұндық тұрғыда жаңа деңгейге көтерді. Халықаралық тәжірибеде (ДДҰ, OECD, корпоративтік басқару модельдері) байқау кеңесінің негізгі рөлі стратегиялық бақылау, тәуекелдерді басқару және ұйым қызметінің ашықтығын қамтамасыз ету болып табылады. Аккредитация стандарттары осы функцияларды нақты индикаторлармен және өлшенетін көрсеткіштермен толықтырды. Офтальмологиялық аурухана жағдайында байқау кеңесі бұрын негізінен қаржылық-әкімшілік мәселелерге көңіл бөлсе, аккредитациядан кейін оның күн тәртібінде медициналық көмектің сапасы, пациенттердің қауіпсіздігі, инциденттерді басқару, тәуекелдердің динамикасы және пациенттердің қанағаттану деңгейі тұрақты түрде қарастырыла бастады. Сапа және қауіпсіздік көрсеткіштері стратегиялық көрсеткіштер қатарына енгізіліп, басқарушылық шешімдер деректерге негізделген тәсіл арқылы қабылданды. Байқау кеңесінің отырыстарында офтальмологияға тән тәуекелдер, соның ішінде егде жастағы және көру қабілеті төмен пациенттермен жұмыс істеу ерекшеліктері, хирургиялық араласулардың қауіпсіздігі, пациенттердің қозғалысы мен бағдарлануына байланысты қауіптер жүйелі түрде талқыланды. Бұл өз кезегінде ресур-

старды басым бағыттарға бағыттауға, инфрақұрылымдық және ұйымдастырушылық өзгерістерді уақтылы енгізуге мүмкіндік берді.

Нәтижесінде байқау кеңесі медициналық ұйымның сапа мәдениетін қалыптастырудың белсенді қатысушысына айналып, басқару ашықтығы мен жауапкершілік деңгейі артты. Аккредитация стандарттары байқау кеңесінің шешім қабылдау үдерісін құрылымдап, оның медициналық көмектің сапасын арттырудағы стратегиялық рөлін күшейтті.

Пациенттердің қауіпсіздік мәдениетін қалыптастыру және инциденттерді тіркеу

Аккредитациядан өтуге дейін медициналық ұйым қызметкерлері арасында инциденттерді тіркеуге қатысты алаңдаушылық байқалды. Инциденттер жеке қызметкердің қателігі ретінде қабылданып, оларды тіркеу деңгейі төмен болды. Ұлттық аккредитация стандарттарын енгізу және оқыту шараларын өткізу нәтижесінде бұл көзқарас түбегейлі өзгерді. Инциденттерді тіркеу жүйесі процестерді жетілдіру және тәуекелдерді алдын ала анықтау құралы ретінде қабылдана бастады. 2023 жылмен салыстырғанда инциденттерді тіркеу деңгейі 25–30% артты. Тіркелген инциденттерге түпкі себептерді талдау жүргізу жүйелі түрде енгізіліп, ұйымдық және процессуалдық факторлар анықталды. Бұл қайталанатын тәуекелдерді азайтуға және алдын алу шараларын тиімді жоспарлауға мүмкіндік берді. Қызметкерлер инциденттерді тіркеу ең алдымен өздерінің кәсіби қауіпсіздігін қамтамасыз етуге бағытталғанын түсіне бастады.

Тәуекелдерді басқару және бөлімше меңгерушілерінің рөлі

Аккредитациядан кейін 2024 жылдың басында бөлімше меңгерушілері тәуекелдерді басқару бойынша мақсатты оқытудан өтті. Бұл қадам клиникалық тәжірибеде, әсіресе офтальмологиялық көмек көрсету бары-

сында, тәуекелдерді ерте кезеңде анықтау мен алдын алудың маңыздылығын түсінудің нәтижесі болды. Офтальмологиялық аурухана жағдайында тәуекелдер спектрі кең болып табылады және олар клиникалық (қате пациентті сәйкестендіру, инвазивті офтальмохирургиялық араласулар, көру қабілеті төмен пациенттердегі бағдарлану қиындығы), ұйымдастырушылық (пациент ағынын басқару, кезек күту уақыты, бөлімшелер арасындағы сабақтастық), сондай-ақ кәсіби тәуекелдермен (персоналдың көру жүктемесі, жоғары дәлдікті манипуляциялар кезінде шаршау, эмоциялық күйзеліс) сипатталады. Бөлімше меңгерушілері оқыту барысында тәуекелдерді анықтау, оларды жіктеу, ықтималдық пен салдарын бағалау, сондай-ақ алдын алу және бақылау шараларын жоспарлау дағдыларын меңгерді. Бұл білімдер әрбір құрылымдық бөлімшенің күнделікті қызметіне енгізіліп, тәуекелдерді басқару тек сапа қызметінің функциясы емес, бөлімше деңгейіндегі тұрақты басқарушылық процесс ретінде қалыптасты. Нәтижесінде бөлімше меңгерушілері клиникалық процестерді қайта қарау, стандартты операциялық рәсімдерді жетілдіру, персоналды оқыту қажеттілігін уақтылы анықтау және қауіпсіз еңбек ортасын қалыптастыруда белсенді рөл атқара бастады. Тәуекел-менеджмент қағидаттарының енгізілуі қызметкерлер мен пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз етуге, сондай-ақ офтальмологиялық көмектің сапасын тұрақты арттыруға бағытталған басқару мәдениетінің нығаюына ықпал етті. Бұл шешім клиникалық, ұйымдастырушылық және кәсіби тәуекелдерді анықтау мен алдын алудың маңыздылығын түсінудің нәтижесі болды. Тәуекел-менеджмент қағидаттары әрбір құрылымдық бөлімшенің күнделікті қызметіне енгізіліп, қызметкерлер мен пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз етуге бағытталды.

Пациент қауіпсіздігінің халықаралық мақсаттары және құлау қаупінің алдын алу

Офтальмологияда пациент қауіпсіздігінің халықаралық мақсаттарын енгізу ерекше маңызға ие. Егде жастағы және көру қабілеті төмен пациенттерде құлау қаупі жоғары болып табылады. Ұйымда пациенттерді құлау қаупі бойынша бастапқы бағалау, қауіп тобына жататын науқастарды белгілеу, қоршаған ортаны бейімдеу және персоналды оқыту шаралары енгізілді. Нәтижесінде құлаумен байланысты инциденттер саны 2023 жылмен салыстырғанда 13% төмендеді.

Пациенттерді сәйкестендіру жүйесін жетілдіру

Пациенттерді сәйкестендіру қауіпсіздік жүйесінің негізгі элементі ретінде анықталды. Бұрын пациенттердің 35–40%-ы сәйкестендіру білезіктерін шешіп тастайтын. Қызметкерлерді оқыту және түсіндіру жұмыстарын жүргізу арқылы пациенттердің бұл жүйенің маңыздылығын түсінуі артты. Қазіргі таңда сәйкестендіру білезіктерінен бас тарту жағдайлары тіркелмейді, бұл пациенттердің қауіпсіздік мәдениетінің қалыптасқанын көрсетеді.

Пациенттердің қанағаттану деңгейі

Офтальмологиялық ауруханада пациенттердің қанағаттану деңгейін бағалау жүйелі түрде жүргізіліп, сауалнамалар арқылы медициналық көмектің қолжетімділігі, персоналдың қарым-қатынасы, ақпараттандыру сапасы, қауіпсіздік сезімі және ұйымдастырушылық процестер бағаланды. Аккредитацияға дейін бұл көрсеткіш 89% деңгейінде болса, стандарттарды енгізгеннен кейін және түзету шараларын іске асырған соң қанағаттану деңгейі 97%-ға дейін артты. Бұл өсім бірқатар факторлармен байланысты. Атап айтқанда, пациенттерді сәйкестендіру жүйесінің жетілдірілуі, құлау қаупінің төмендеуі, персоналдың коммуникациялық дағдыларының жақсаруы және процестердің айқын регламенттелуі пациенттердің қауіпсіздік сезімін арттырды.

Егде жастағы және көру қабілеті төмен пациенттер үшін ортаға бейімделу, бағыттаушы белгілердің енгізілуі және персоналдың сүйемелдеуі ерекше оң әсерін тигізді.

Алынған нәтижелер пациенттердің қанағаттану деңгейінің өсуі тек клиникалық нәтижелермен ғана емес, сонымен қатар ұйымдағы қауіпсіздік мәдениетінің, басқарушылық шешімдердің және аккредитация стандарттарының жүйелі түрде енгізілуімен тығыз байланысты екенін көрсетеді.

Қорытынды

Ұлттық аккредитация стандарттарын енгізу облыстық офтальмологиялық ауруханада медициналық көмектің сапасы мен пациенттердің қауіпсіздігін айтарлықтай арттырды. Негізгі жетістік – қателіктерді жеке тұлғамен емес, жүйелік факторлармен байланыстыратын қауіпсіздік мәдениетінің қалыптасуы.

Зерттеу нәтижелері ұлттық аккредитацияның офтальмологиялық қызмет сапасын тұрақты түрде жақсартуға мүмкіндік беретін тиімді құрал екенін дәлелдейді.

Пайдаланылған әдебиеттер

1. Hussein M., Pavlova M., Ghalwash M., Groot W. The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review // BMC Health Services Research. — 2021. — Vol. 21, №1057.
2. Avia I., Hariyati T. S. Impact of hospital accreditation on quality of care: a literature review // Enfermería Clínica. — 2019. — Vol. 29. — P. 315–320.
3. Marković Petrović G., Vuković M., Jović Vraneš A. The impact of accreditation on health care quality in hospitals // Vojnosanitetski pregled. — 2016. — Vol. 73, №7. — P. 630–639.
4. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі. Медициналық ұйымдарды ұлттық аккредитациялау стандарттары. — Алматы, 2020.
5. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. — Geneva, 2006.

Бакирова К.Г.

бакалавр здравоохранения,
преподаватель Павлодарского
медицинского высшего колледжа,
эксперт Общественного объединения
«Accreditation Center for Quality
in Healthcare (ACQH)».

Роль сестринского образования в формировании культуры безопасности пациентов при аккредитации медицинских организаций

■ Андатпа

Мақалада аккредиттеу үдерістері контекстінде пациенттердің қауіпсіздік мәдениетін қалыптастырудағы мейіргерлік білімнің үлесі талданады. Автордың педагогикалық тәжірибесі мен ACQH (Денсаулық сақтаудағы сапа бойынша аккредиттеу орталығы) сарапшысы ретінде 20-дан астам медициналық ұйымды бағалауға қатысуы негізінде JCI халықаралық стандарттарын, ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің ұлттық талаптарын және ACQH тәсілдерін біріктіретін білім беру модельдері сипатталған.

Осы модельдерді енгізу медицина қызметкерлерінің құзыреттерінің артуына, инциденттер санының төмендеуіне және қауіпсіз тәжірибе мәдениетінің нығаюына алып келді. Медициналық көмектің тұрақты сапасын қамтамасыз ету мақсатында мейіргерлік білім беру бағдарламаларын жаңарту бойынша практикалық ұсынымдар ұсынылған.

■ Аннотация

Статья анализирует вклад сестринского образования в формирование культуры безопасности пациентов в контексте аккредитационных процессов. На основе педагогического опыта и участия автора в качестве эксперта ACQH (Центр аккредитации по качеству в здравоохранении) в оценке 20 и более медицинских организаций описаны образовательные модели, интегрирующие международные стандарты JCI, национальные требования МЗ РК и подходы ACQH. Внедрение этих моделей привело к росту компетенций медперсонала, снижению числа инцидентов и укреплению культуры безопасной практики. Предложены практические рекомендации по обновлению учебных программ сестринского образования для обеспечения устойчивого качества медицинской помощи.

■ Abstract

The article analyzes the contribution of nursing education to the development of a patient safety culture within the context of accreditation processes. Based on the author's pedagogical experience and participation as an expert of ACQH (Accreditation Center for Quality in Healthcare) in the assessment of more than 20 medical organizations, educational models integrating international JCI standards, national requirements of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, and ACQH approaches are described.

The implementation of these models has led to increased competencies among healthcare personnel, a reduction in the number of incidents, and the strengthening of a culture of safe practice. Practical recommendations for updating nursing education curricula to ensure sustainable quality of healthcare services are proposed.

Культура безопасности пациентов является фундаментом современной качественной медицины. Показатели ВОЗ подтверждают, что значительная доля неблагоприятных событий связана с человеческим фактором, в том числе с участием медсестер, что требует целенаправленного образования и обучения (WHO, 2024). В Республике Казахстан развитие системы аккредитации, основанной на Приказе МЗ РК № ҚР ДСМ-175/2020, усиливает роль медицинских колледжей в подготовке кадров, готовых к работе в организации, ориентированной на стандарты качества и безопасности.

Автор статьи совмещает преподавательскую деятельность в Павлодарском медицинском высшем колледже и экспертную работу в Общественном объединении «Accreditation Center for Quality in Healthcare (ACQH)». На основании этого опыта статья раскрывает, как сестринское образование можно целенаправленно выстраивать в единую систему с требованиями аккредитации и формированием устойчивой культуры безопасности пациентов.

Ключевые компоненты культуры безопасности в сестринском деле

Культура безопасности в медицинской организации строится на принципах прозрачности, ответственности, обучения на ошибках и предпочтении командного подхода к принятию решений. Международные стандарты

JCI и подходы ACQH дают конкретные ориентиры по организации ухода, которые особенно актуальны для сестринского персонала. Для медсестер ключевые компоненты культуры безопасности включают:

- проведение регулярной оценки рисков (по шкалам падений, риска тромбоэмболии, раннего выявления сепсиса и др.);
- строгое соблюдение протоколов гигиены рук, контроля нозокомиальных инфекций и медикаментозной безопасности;
- открытую отчетность о событиях «near-miss» и инцидентах без страха наказания, на основе системы неанонимного и конструктивного обсуждения.

Сестринское образование способствует закреплению этих навыков через применение симуляционных тренингов, разбор

клинических случаев (case-study) и работу с чек-листами безопасности. Пилотные программы, охватывающие студентов и работающих медсестер, показали повышение осведомленности и готовности к безопасности пациента примерно на 50% по результатам опросов и тестирования.

Модели внедрения образовательных практик в сестринское образование

Опыт автора, выстроенный на взаимодействии Павлодарского медицинского высшего колледжа и медицинских организаций, прошедших аккредитацию или подготовку к аккредитации, позволил выделить три взаимосвязанные модели внедрения лучших практик в сестринское образование.

Модель 1. Интегративное обучение в базовом курсе сестринского дела.

Модель заключается в системном включении модулей, соответствующих требованиям JCI и подходам ACQH, в программу базового курса сестринского дела. Студенты изучают стандарты безопасности пациентов на практических занятиях, осваивают использование чек-листов (например, перед процедурой, перед перемещением пациента) на манекенах и моделях. Затем они проходят стажировку в аккредитованных или аккредитуемых клиниках, где наблюдают, как эти процедуры реализуются в реальных условиях.

По результатам анализов компетенций выпускников последних выпусков установлено, что более 95% продемонстрировали устойчивое использование стандартов безопасности и понимание принципов аккредитации при оформлении документации и выполнении процедур.

Модель 2. Последипломное повышение квалификации медсестер.

Для работающего сестринского персонала разработана мультиакадемическая модель последипломного обучения: краткосрочные семинары и модули объемом около 40

часов в год. Основной фокус делается на лидерских компетенциях сестринского ухода и организации безопасного ухода в подразделении. Специалисты сестринского дела становятся координаторами по безопасности в своих отделениях: они ответственны за проведение мини-аудитов, напоминание о профилактике падений и инфекций, а также за обратную связь с администрацией.

Одна из организаций, с которой автор работала в качестве эксперта ACQH, отметила сокращение числа регистраций нозокомиальных инфекций почти вдвое по итогам года после запуска программы последипломного обучения. Это свидетельствует о переносе знаний и навыков из образовательных моделей в реальную клиническую практику.

Модель 3. Мониторинг и обратная связь через портфолио компетенций.

Третья модель основана на создании системы регулярного мониторинга, где за медперсоналом и студентами закрепляется портфолио формирования компетенций. В базу данных вносятся результаты внутренних и внешних аудитов, самооценка, оценки от администрации и пациентов. Ежегодные и полугодовые аудиты позволяют отслеживать динамику соблюдения стандартов безопасности.

Основными барьерами при внедрении этой модели выступают перегрузка персонала и недостаточная цифровая оснащенность учебных процессов. Эти ограничения частично преодолеваются за счет адаптации онлайн-платформ для электронного заполнения оценочных листов и загрузки учебных материалов, а также использования мобильных приложений для самообучения.

Эксперт ACQH как мост между клиникой и образовательным процессом

Эксперты ACQH играют ключевую роль в переводе требований аккредитации в язык, понятный студентам и медперсоналу. Часто специалисты ACQH выступают в качестве

приглашенных лекторов и модераторов на тренингах для медсестер и студентов медицинских колледжей. Это создает эффект обратного включения опыта аккредитационных аудит-сеансов в образовательную среду.

Такое включение позволяет:

- снять психологический страх перед внешней оценкой;
- превратить внешне жесткие стандарты в наглядные и практичные алгоритмы действий;
- формировать привычку медсестер и студентов мыслить «по потоку рисков» для пациента, а не просто формально заполнять сестринские документы.

Кроме того, участие экспертов АСQH в учебном процессе способствует выработке у студентов восприятия аккредитации не как административной нагрузки, а как инструмента непрерывного улучшения системы здравоохранения.

Результаты и выявленные вызовы

Внедрение описанных моделей привело к положительным сдвигам в клиниках и колледже. Персонал стал чаще сообщать о нештатных ситуациях и событиях «near-miss» (рост на треть по интервальным опросам), о чем свидетельствуют данные внутреннего мониторинга. Параллельно со стороны пациентов отмечается повышение уровня доверия и уверенности в уходе, подтвержденное опросами удовлетворенности.

Несмотря на успехи, остаются существенные вызовы:

- региональные различия в уровне инфраструктуры и цифровой грамотности;
- недостаточная мотивация части старших сотрудников к пересмотру стереотипных образовательных подходов;
- потребность в единой национальной стратегии взаимодействия медицинских колледжей, профессиональных ассоци-

аций сестер и аккредитационных центров.

Часть этих проблем решается путем усиления партнерств между колледжами и клиниками, а также за счет разработки совместных программ повышения квалификации и обмена кейсами лучших практик.

Рекомендации для системы образования и аккредитации

На основе практического опыта автора предлагаются следующие направления развития сестринского образования и практики аккредитации:

- Пересмотр стандартов медицинских колледжей с выделением не менее 20% объема учебного плана специально под модули по безопасности пациентов, качеству медицинской помощи и основам аккредитации.
- Введение программы сертификации сестринских лидеров по применению международных стандартов (включая элементы JCI и подходы АСQH) и их последующему использованию в качестве кураторов на практике.
- Разработка и внедрение национальной онлайн-платформы симуляций и интерактивных модулей для обязательной подготовки всех сестер, работающих в аккредитованных и аккредитуемых организациях.
- Системное привлечение экспертов АСQH к разработке методических материалов, учебников и программ государственных обследований студентов по дисциплинам, связанным с безопасностью пациентов.

Реализация этих рекомендаций способствует переходу от реактивных ситуационных мер к проактивной культуре обеспечения безопасности на всех этапах обучения и работы медперсонала.

Заключение

Сестринское образование является ключевым звеном в формировании устойчивой культуры безопасности пациентов в аккредитованных медицинских организациях. Интеграция международных стандартов JCI, национальных требований и подходов ACQH в учебные программы медицинских колледжей позволяет подготовить специалистов, которые уже на этапе первого рабочего места мыслят и действуют в парадигме качества и безопасности. Активное участие экспертов аккредитационных центров, как в клинических аудитах, так и в образовательной деятельности, усиливает взаимосвязь теории и практики и создает прочный фундамент для общества, ориентированного на здоровье.

Список литературы

1. WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Geneva, 2024.
2. Joint Commission International. JCI Standards for Hospitals, 7th edition. Chicago, 2022.
3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-175/2020 «Об утверждении Правил аккредитации медицинских организаций».
4. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). TeamSTEPPS for Nursing: National Implementation of Simulation-Based Training. 2023.

Благодарности

Автор выражает признательность студентам и коллегам Павлодарского медицинского высшего колледжа, а также коллегам-экспертам Общественного объединения «Accreditation Center for Quality in Healthcare (ACQH)» за обмен практическими материалами и методическими рекомендациями.

Саулен Н.С.Жангелдин аудандық сотының судьясы
Қостанай облысы, Қазақстан Республикасы

Қазақстан Республикасының ӘҚБтК-нің 73-3-бабын қолдану: құқық қолдану проблемалары және оларды шешу жолдары

■ Андатпа

Осы мақалада Қазақстан Республикасының Әкімшілік құқық бұзушылық туралы кодексінің 73-3-бабын қолданудың өзекті мәселелері қарастырылады. Аталған бап қорлау үшін әкімшілік жауаптылықты, оның ішінде телекоммуникация желілері арқылы жасалған әрекеттерді реттейді. Сот практикасын талдау негізінде электрондық дәлелдемелерді бағалау, құқық бұзушылықтарды саралау және сот практикасының біркелкілігін қамтамасыз етуге қатысты негізгі проблемалар айқындалды. Заңнаманы және құқық қолдану қызметін жетілдіру бойынша ұсыныстар берілді.

■ Аннотация

В статье рассматриваются актуальные вопросы применения статьи 73-3 Кодекса Республики Казахстан об административных правонарушениях. Особое внимание уделяется проблемам оценки электронных доказательств, квалификации правонарушений и обеспечению единообразия судебной практики. На основе анализа судебной практики предлагаются меры по совершенствованию законодательства и правоприменения.

■ Abstract

This article examines topical issues of application of Article 73-3 of the Code of Administrative Offenses of the Republic of Kazakhstan. Special attention is paid to the problems of evaluating electronic evidence, qualification of offenses, and ensuring uniform judicial practice. Based on the analysis of judicial practice, proposals are made to improve legislation and law enforcement.

Кіріспе

Қоғамдық қатынастардың цифрлануы жағдайында телекоммуникация желілерін пайдалану арқылы жасалатын құқық бұзушылықтар кеңінен таралуда. Осыған байланысты Қазақстан Республикасының ӘҚБтК-нің 73-3-бабын қолданудың өзектілігі арта түсуде.

Сонымен қатар сот практикасы көрсеткендей, бұл санаттағы істерді қарау барысында нормативтік реттеудің жеткіліксіздігіне және цифрлық ортада дәлелдеу ерекшеліктеріне байланысты бірқатар қиындықтар туындайды.

Негізгі бөлім

1. Электрондық дәлелдемелерді бағалау мәселелері

Негізгі проблемалардың бірі – электрондық дәлелдемелердің жол берілетіндігі мен шынайылығын бағалау. Тәжірибеде хат алмасу скриншоттары, аудио және бейнежазбалар кеңінен қолданылады, алайда олардың түпнұсқалығы, өзгертілмегендігі және нақты тұлғаға тиесілі екендігі әрдайым анықтала бермейді.

Цифрлық дәлелдемелерді бағалаудың бірыңғай стандарттарының болмауы сот практикасының әркелкілігіне әкеледі.

2. Құқық бұзушылықтарды саралау мәселелері

ӘҚБтК-нің 73-3-бабының 1-және-2-бөліктерін ажырату тәжірибеде қиындық туғызады. Негізгі өлшем – құқық бұзушылықтың жария түрде немесе жеке сипатта жасалуы.

Мессенджерлердегі топтық чаттардың құқықтық мәртебесі (қатысушылар саны, ашықтығы, қолжетімділігі) нақты айқындалмағандықтан, оларды «көпшілік орта» ретінде бағалау әртүрлі жүргізіледі.

3. Қорлау фактісін бағалаудың субъективтілігі

Ар-намыс пен қадір-қасиетке нұқсан келтіруді анықтау бағалаушылық сипатқа ие.

Бірдей сөздер әртүрлі қабылдануы мүмкін. Осыған байланысты лингвистикалық сараптаманың маңызы жоғары, алайда ол барлық істерде тағайындала бермейді.

4. Сот актілерінің күшін жою себептері

Сот практикасын талдау көрсеткендей, сот актілерінің күшін жою немесе өзгертудің негізгі себептері мыналар:

- дәлелдемелердің жеткіліксіздігі;
- сараптама қорытындыларының болмауы;
- құқық бұзушылықты дұрыс сараламау;
- сот актілерінің жеткілікті уәждемелі;
- процессуалдық нормалардың бұзылуы.

Талқылау

Анықталған проблемалар құқық қолдану практикасын кешенді түрде жетілдіру қажеттігін көрсетеді. Әсіресе электрондық дәлелдемелерді бағалау және «көпшілік алдында» белгісін түсіндіру бойынша бірыңғай тәсілдерді қалыптастыру маңызды.

Ұсыныстар

- Қазақстан Республикасы Жоғарғы Сотының нормативтік қаулысын қабылдау.
- «Көпшілік» ұғымын нақтылау.
- Электрондық дәлелдемелерге бірыңғай стандарт енгізу.
- Сараптаманы кеңінен қолдану.
- Әдістемелік ұсынымдар әзірлеу.

Қорытынды

ӘҚБтК-нің 73-3-бабын қолдану қазіргі таңда жетілдіруді қажет етеді. Ұсынылған шаралар сот практикасының біркелкілігін қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Пайдаланылған әдебиеттер

Қазақстан Республикасының Әкімшілік құқық бұзушылық туралы кодексі.
ҚР Жоғарғы Сотының нормативтік қаулылары.
Сот практикасы материалдары.

ҒЫЛЫМИ-ТӘЖІРИБЕЛІК ЖУРНАЛЫ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ»

г. Астана
2026