

Кроме внешних механизмов обеспечения качества медицинских услуг, указанных выше, в крупных частных организациях в соответствии со статьей 58 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», создана СЛУЖБА ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ (Служба внутреннего контроля). В качестве сравнительно простого и недорогого инструмента оценки качества медицинской помощи в последнее время широко используются социологические опросы, с целью улучшения деятельности медицинских организаций. Удовлетворенность пациентов организацией медицинской помощи, прежде всего связана с деонтологическими аспектами, отношением медицинского персонала к пациентам. Анализ результатов показал, что в своих пожеланиях пациенты отмечают необходимость более сердечного и чуткого отношения к больным, стимулирующих выздоровление.

ТОО «Медикер» (далее – Медикер) является крупной частной медицинской сервисной компанией, предоставляющей широкий спектр медицинских услуг во всех регионах Республики Казахстан.

Основной задачей Медикер является высокопрофессиональное оказание медицинских услуг, соответствующее национальным и международным стандартам качества, экологии, безопасности и охраны труда. На всех этапах оказания медицинских услуг, Медикер обязуется соблюдать применимые законодательные и нормативные требования, а также другие обязательства, которые организация согласилась выполнять; В Медикер создана служба управления качеством медицинских услуг и Служба поддержки пациентов, внедрена система клиентоориентированной медицинской помощи. Медикер принимает на себя ответственность за реализацию настоящей Политики управления качеством, посредством применения интегрированной системы менеджмента в соответствии с требованиями международных стандартов ISO 9001, ISO 14001 и OHSAS 18001 и обязуется довести ее до всех заинтересованных сторон.

Использованная литература.

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 гг.
2. Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық»
3. Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»



Жексенгуль С.С., Калмаханов С.Б.

Кафедра политики и организации здравоохранения КазНУ им. аль-Фараби.

ОБОСНОВАНИЕ УЛУЧШЕНИИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОБСЛУЖИВАНИИ ДЕТЕЙ НА УРОВНЕ ПМСП

Аннотация. Первичная медико-санитарная помощь - основной, доступный и бесплатный (в большинстве стран) вид медицинской помощи, осуществляющий: лечение наиболее распространенных болезней и травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое просвещение населения; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства. Для стран Европейского региона комплекс мероприятий, делегированных в первичную помощь, быстро увеличивается. Многие из видов специализированной амбулаторной помощи передаются в первичное звено посредством специальных клиник, использующих модели совместного оказания помощи. Даже стационарные услуги, которые издавна оказывались в больницах специалистами, переносятся в первичное звено посредством моделей оказания стационарной помощи в домашних условиях. В настоящее время проводится реформирование системы здравоохранения в Казахстане, путем переноса акцента на ПМСП. Исследований по ПМСП и его реформированию за последние годы проведено мало. Поэтому актуальность данного исследования имеется.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), реформирование ПМСП.

Актуальность проблемы. Особое место в укреплении и сохранении здоровья населения Республики Казахстан принадлежит системе здравоохранения, основной задачей которой на сегодняшний день является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи, прежде всего, первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Согласно определению ВОЗ, первичная медико-санитарная помощь – это совокупность

взаимосвязанных мероприятий медико-санитарного и лечебно-профилактического характера, реализуемых на уровне первичного контакта гражданина с системой здравоохранения с учетом сложившихся и формируемых условий среды обитания и образа жизни и направленных на сохранение, восстановление и укрепление здоровья. Согласно Алматинской декларации, утвердившей концепцию развития первичной медико-санитарной помощи 36 лет назад, определив приоритетность развития ПМСП и поставив ее во главу всей мировой системы здравоохранения, это понятие определено как «существенная МП, основанная на практических, научно устойчивых и социально приемлемых методах и технологиях, универсально доступная как для отдельных лиц, так и их семей и по стоимости, которую сообщество и страна могут позволить себе поддерживать на каждом этапе своего развития в духе уверенности в своих силах и самоопределения» [1].

Таким образом, первичная медико-санитарная помощь - основной, доступный и бесплатный (в большинстве стран) вид медицинской помощи, осуществляющий: лечение наиболее распространенных болезней и травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое просвещение населения; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства. Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях). Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий [2]. Наличие функциональной стабильной системы первичной медицинской помощи в стране вызывает снижение преждевременной смертности от целого ряда заболеваний. Важно отметить, что граница между первичной медико-санитарной помощью и специализированными видами помощи, динамична и быстро меняется. Для стран Европейского региона комплекс мероприятий, делегированных в первичную помощь, быстро увеличивается. Многие из видов специализированной амбулаторной помощи передаются в первичное звено посредством специальных клиник, использующих модели совместного оказания помощи. Даже стационарные услуги, которые издавна оказывались в больницах специалистами, переносятся в первичное звено посредством моделей оказания стационарной помощи в домашних условиях. В настоящее время проводится реформирование системы здравоохранения в Казахстане, путем переноса акцента на ПМСП. Исследований по ПМСП и его реформированию за последние годы проведено мало. Поэтому актуальность данного исследования имеется.

Методы исследования – аналитический обзор реформ в различных странах и в Казахстане. Проведен анализ документов ВОЗ, также законодательно-нормативной системы в РК.

Результаты исследования. На сегодняшний день за рубежом действуют разные системы оказания внебольничной помощи населению. В зависимости от способа финансирования принято выделять три основные формы организации здравоохранения: частную, страховую и государственную [3]. Частная система основана на полном возмещении расходов на медицинское обслуживание самим пациентом. При страховой системе финансирование здравоохранения осуществляется через страховые фонды, кассы и т.п.; обязательным медицинским страхованием, как правило, охвачено более половины населения. Государственная (национальная) система основана на субсидировании здравоохранения из средств государственного бюджета.

Государственные службы здравоохранения наиболее успешно функционируют в Великобритании и странах Северной Европы. В Великобритании звено первичной медицинской помощи представлено общими врачебными практиками (ОВП), которые являются независимыми некоммерческими структурами и работают на основе индивидуального контракта с управлениями семейного здоровья [4,11]. Различаются практики двух типов: обыкновенные, которые получают средства только на оказание первичной помощи собственными силами, и ОВП – фондодержатели- получают от государства финансовые фонды и для осуществления части вторичной помощи. Вторичная медицинская помощь (в том числе значительная часть услуг, традиционных для казахстанских поликлиник) оказывается в больницах.

Успешный пример бюджетной модели, построенной на принципе децентрализации, представляет собой здравоохранение Швеции [5,12], где задача организации ПМСП возложена на окружные советы и муниципалитеты. Каждый регион располагает одним или двумя центрами здравоохранения, в которых работают врачи общей практики (ВОП) и врачи-специалисты. Пациенты могут выбрать в

качестве семейного врача либо частного ВОП, либо штатного в центре здравоохранения. Отмечается некоторое сходство шведской модели ПМСП с казахстанской системой амбулаторно-поликлинической помощи, построенной на принципе совместной работы врачей разных профилей.

Организация государственной медицинской помощи в Финляндии состоит из базового медицинского обслуживания, специальных медицинских услуг и частной медицинской помощи. Ежегодные расходы на медицину в целом составляют около 6-7% ВВП. По сравнению с другими развитыми странами, этот показатель достаточно низкий, что в определенной степени свидетельствует как о достаточно эффективной системе общественного здравоохранения, так и о рациональном использовании финансовых средств. Все жители страны застрахованы на случай болезни и имеют право на базовое медицинское обслуживание, которое обеспечивается в основном муниципальными поликлиниками по месту жительства, в составе которых имеются детские и женские консультации, лаборатории, дневные стационары. Основная нагрузка приходится на семейных врачей, каждый из которых обслуживает свой территориальный участок, около 2 тыс. человек всех возрастов. Через поликлиники в Финляндии также организуется обслуживание работников предприятий.(6)

С 2005 года здравоохранение Республики Казахстан сделало значительный рывок в своем развитии благодаря реализации мероприятий государственных программ: реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы и «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

В ходе их реализации обновлена законодательная база здравоохранения, достигнуто заметное улучшение основных индикаторов здоровья населения

Благодаря принятым мерам отмечается снижение темпа роста спроса на стационарные услуги. Этот факт доказывает эффективность политики, направленной на усиление первичного звена здравоохранения с созданием стимулов для населения через введение скрининговых программ и бесплатного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне, а также мероприятий по улучшению менеджмента и качества услуг(7)

Один из ключевых проблем – модель ПМСП. Функционирующая модель ПМСП унаследовала от советской системы участковый принцип обслуживания населения с определением каждому специалисту ПМСП четко ограниченного участка обслуживания с количеством взрослых для терапевта, детей для педиатра и женщин для гинеколога.

В эту четко выстроенную модель внедрена новая должность врача общей практики, взятой из опыта развитых стран. При этом на ВОП возложена обязанность обслуживания 2000 человек без деления на возрастные категории, при одинаковом уровне заработной платы и более высокой ответственности.

Как следует из международного опыта, ВОП играет роль главного координатора и организатора оказания ПМСП в системе со своей командой, состоящей из специалистов, набранных им для создания максимально комфортных условий для обслуживания прикрепленного населения.

Важно отметить, что работа ВОП построена на семейном принципе обслуживания и это научно оправданно, поскольку причины возникновения болезней во многом зависят от образа жизни, питания и социально-бытовых условий в семье.

Таким образом, приведенный в работе анализ источников состояния ПМСП и реформирования его в различных странах свидетельствует, что Казахстан - не единственная страна по проведению реформ в системе здравоохранения. Изучение опыта развитых стран является информацией и анализ опыта необходимы для более успешного проведения институциональных реформ в системе здравоохранения РК.

Использованная литература:

1. Алма-Атинская декларация, 12 сентября 1978 года.
2. Алексеев В.А., Вартанян Ф.Е., Шурандина И.С. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения // Здравоохранение. – 2009. - № 11. – С. 57-67.
3. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Организационно-правовые аспекты оказания первичной медико-санитарной помощи за рубежом. Сообщение 1. Медицинские новости. – 2010. – №10. – С. 55-65.
4. Carey I.M., De Wilde S., Harris T. et al. What factors predict potentially inappropriate primary care prescribing in older people? Analysis of UK primary care patient record database // Drugs Aging. - 2008. — Vol. 25, № 8. - P. 693-706.

5. Hjelmgren J., Anell A. Population preferences and choice of primary care models: a discrete choice experiment in Sweden // Health Policy. - 2007. - Vol. 83, №2-3. - P. 314-322.

6. McCallum A., Brommels M., Robinson R. et al. The impact of primary care purchasing in Europe: a comparative case study of primary care reform // Primary care on the driver's seat? Organizational reform in European primary care / Ed. by R.B. Saltman et al. - Maidenhead : Open Univ. press, 2006. - P. 105-128.

7. <http://www.rcrz.kz/> Анализ текущей ситуации системы ПМСП

SUMMARY

Primary health care - basic, accessible and free (in most countries) type of medical care, carrying out: the treatment of the most common diseases and injuries, poisonings and other urgent states; prevention of major medical disorders; health education of the population; other activities related to the provision of health assistance to citizens in the community. For countries in the European Region set of activities delegated to primary care, is growing rapidly. Many of the types of specialized outpatient care are transferred to primary care through special clinics that use collaborative models of care. Even inpatient services, which have long appeared in the specialist hospital, transferred to primary care through the delivery models of hospital care at home. Currently under reform of the health system in Kazakhstan, by placing greater emphasis on primary care. Research on primary health care and its reform in recent years have been few. Therefore, this study has relevance.

Keywords: primary health care (PHC) PHC reform.



Ильясова С. Б., Хайдарова Т.С.

Кафедра политики и организации здравоохранения КазНУ им. аль-Фараби

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аннотация. В статье проведен анализ функциональных обязанностей социальных работников поликлиник по проведению профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Проведен контент-анализ директивных документов по социальной работе. Указано, что социальные работники работают в составе мультидисциплинарных групп, которые созданы в отделениях профилактики и социально-психологической помощи при поликлиниках.

Ключевые слова. Социальные работники, функциональные обязанности, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.

Актуальность проблемы. На современном этапе развития здравоохранения Республики Казахстан (РК) проблемы укрепления здоровья населения приобретают первостепенное значение. Так, в Государственной программе «Саламатты Қазақстан» (2011-2015 годы), и в действующей Государственной программе развития здравоохранения «Денсаулық» (2016-2019 годы) приоритетными направлениями в здравоохранении обозначены вопросы укрепления здоровья населения в РК [1-2]. Таким образом, основным стратегическим направлением системы здравоохранения является межсекторальное взаимодействие по первичной профилактике хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) на уровне первично-медико-санитарной помощи (ПМСП). В соответствии с целями государственных программ в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения была изменена структура, как в городской, так и в сельской местности. В соответствии с Приказом МЗСР РК № 7 (2011 г) были открыты отделения профилактики и социально-психологической помощи, а также утверждены штаты специалистов по социальной работе и социально-психологической помощи населению. В соответствии с приказом МЗСР РК №238 за 2012 год установлены штаты социального работника и психолога по 1 должности на каждые 10 000 населения.

Цель исследования: Провести анализ законодательно-нормативной документации МЗСР РК по профилактике хронических неинфекционных заболеваний для выявления показателей и функциональных обязанностей социальных работников амбулаторно-поликлинических организаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Методология исследования. В работе использованы методы научного анализа и поиска научных данных по организации и оценке работы социальных работников на уровне ПМСП в РК. По