

понятие здоровья и благополучия членов семьи и других лиц, ухаживающих за больным. Оно выходит за рамки периода оказания помощи больному во время болезни и включает в себя поддержку близких, переживающих утрату, и после смерти больного.

Выделено три основных группы больных, требующих специализированной паллиативной помощи в конце жизни:

- больные злокачественными новообразованиями 4 стадии;
- больные СПИДом в терминальной стадии;
- больные неонкологическими хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития (стадия декомпенсации сердечной, легочной, печеночной и почечной недостаточности, рассеянный склероз, тяжелые последствия нарушений мозгового кровообращения и др.).

В настоящее время формы оказания паллиативной помощи пациентам в разных странах различаются, так как в каждой стране происходит развитие этого направления по самостоятельному плану. Но в соответствии с рекомендациями ВОЗ все многообразие можно объединить в две основные группы – это помощь на дому и в стационаре. Стационарными учреждениями паллиативной помощи являются хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи многопрофильных больниц общего профиля, онкологических диспансеров, а также стационарных учреждений социальной защиты. Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, организованной как самостоятельная структура или являющейся структурным подразделением стационарного учреждения.

Рекомендуемый ВОЗ норматив числа хосписных коек составляет 25-30 коек на 300-400 тыс. населения. Хосписы имеют минимум медицинского персонала, здесь отсутствуют специализированные диагностические лаборатории и лечебные отделения с дорогостоящей аппаратурой, однако, это не исключает возможности проведения консультаций врачами-специалистами.

Хосписы в Казахстане во многом отличаются от подобных учреждений развитых стран. Прежде всего, они финансируются государством, в то время как во многих странах до 80% бюджета хосписов – это благотворительные взносы, пожертвования частных лиц и компаний, вклады государственных и негосударственных организаций и религиозных фондов.

К сожалению, до сих пор в номенклатуре специальностей нет врача паллиативной медицины, хотя во всех цивилизованных странах такая специальность предусмотрена. Отсутствуют стандарты паллиативной помощи, утвержденные на уровне страны. Учитывая специфику больных, нет системы оценки эффективности лечения инкурабельных больных. В связи с переходом большинства больничных организаций в новую юридическую форму (Государственные коммунальные предприятия на праве хозяйственной собственности (ГКП на ПХВ) возникает проблема создания специализированных паллиативных отделений в многопрофильных больницах, ориентированных на оплату услуг по клинико-затратным группам (КЗГ).

В отделениях паллиативной помощи хосписов получают лечение в основном онкологические больные (75-80%) и 20-25% - инкурабельные больные терапевтического профиля в возрасте старше 60 лет. Отсутствие специализированной службы для оказания медицинской и психологической помощи безнадежным больным СПИДом также сдерживает развитие паллиативной службы.

Все эти проблемы не могут удовлетворить растущие нужды людей, страдающих тяжелыми хроническими болезнями.

В целом главный сдерживающий фактор развития паллиативной помощи - отсутствие единой стратегии развития паллиативной помощи в стране, отсутствие единых стандартов (подходов) и протоколов диагностики и ухода за инкурабельными пациентами. Более того, хосписы обслуживают в основном пациентов с онкологической и гериатрической патологией, отказывая больным с ВИЧ/СПИД, с соматическими заболеваниями в терминальных стадиях, детям с неизлечимыми заболеваниями.

ТҮЙІН

Мақалада Қазақстанда паллиатив көмектің жақсартуының мәселесінің сарапшылығы өлмелі аурумен. Хоспистер жұмысының ұйымының халықаралық тәжірибесі келтірілген.

SUMMARY

In the article an estimation of problem of improvement of palliative help a dying patient is in Kazakhstan. International practice over of organization of work of хосписов is brought.

ЗНАЧЕНИЕ ФИНАНСОВЫХ МЕХАНИЗМОВ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

УДК 614.2.390.567.228

Д.К. Рахимбекова, М. Есеналиев, А.Е Денебаева, Г. К. Кдырниязова, Г.С.Сеитова

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Центр по профилактике и борьбе со СПИД
г.Алматы, областная клиническая больница. г.Уральск*

Реализация социальной политики государства по охране здоровья населения в условиях рыночных экономических отношений связана с необходимостью изменения существующих подходов к управлению медицинскими организациями, с предоставлением им большей юридической и финансовой самостоятельности, возмещением всех понесенных затрат. В целом система финансирования как первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), так и больничной, претерпела за годы реформ в Казахстане значительные изменения, однако на сегодняшний день перед

государством стоит задача ее дальнейшего совершенствования путем предоставления дополнительных стимулов для поставщиков эффективно предоставлять качественную помощь населению. Такая ориентация на результат деятельности будет способствовать развитию эффективного внутреннего менеджмента и мотивации сотрудников, что, в свою очередь, повлияет на повышение качества оказываемых услуг, создание более эффективной организационной структуры поставщика и рациональное использование имеющихся ресурсов.

Разрабатываемые при этом социально-экономические нормативы финансирования, с одной стороны, будут решать задачи обеспечения (через внедрение экономических методов управления) основной и хозяйственной деятельности конкретных медицинских организаций, а с другой - планирования и прогнозирования развития отрасли в целом, отражая уровень удовлетворения индивидуальных и общественных потребностей населения в медицинских услугах.

Социально-экономические нормативы, к которым относятся бюджетные ассигнования в расчете на одного жителя и тарифы на медицинские услуги, выполняют следующие функции:

1. служат для анализа результатов оценки достигнутого уровня и перспектив социально-экономического развития отрасли;

2. могут использоваться в качестве показателей - социальных гарантов определенного уровня оказания населению медицинской помощи;

3. выступают в качестве необходимого элемента экономической деятельности медицинской организации.

Социально-экономические нормативы могут быть минимальными, отражающими уровень лишь необходимых на данном этапе социально-экономического развития общества условий жизнедеятельности людей и потребности здравоохранения в таком объеме ресурсов, ниже которого происходит нарушение нормального процесса функционирования системы охраны здоровья. Эти нормативы используются в условиях значительной ограниченности финансовых ресурсов отрасли.

Оптимальные нормативы ориентированы на возможно более полное удовлетворение потребностей населения, отрасли в целом, вне зависимости от возможностей их ресурсного обеспечения в современных условиях. Они используются в большей степени для прогнозирования перспектив развития отрасли, обеспечивая выход на более высокий уровень развития.

Исходя из целей и основных направлений развития здравоохранения, может быть сформирована третья группа - расчетные нормативные показатели, занимающие промежуточное положение между минимальными и оптимальными - в зависимости от ресурсных возможностей отрасли. При этом нормативы должны отражать все стороны управленческой, финансовой, медицинской и хозяйственной деятельности медицинских организаций.

Повышение значимости социально-экономических нормативов в управлении здравоохранением предполагает применение такой методологии их формирования, которая бы в полной мере отвечала современным требованиям. В частности, при их разработке целесообразно знать степень удовлетворенности населения услугами сферы охраны здоровья, для чего необходимо исследовать тенденции и закономерности потребности разных групп населения в различных видах медицинских услуг.

Для создания целостной системы социально-экономических нормативов необходима информация о естественном движении населения, динамике уровней и структуры заболеваемости, уровне (объеме и диапазоне) оказания медицинской помощи, потреблении медицинских услуг по возрастному-половому и иным группам в территориальном разрезе, инфраструктуре медицинских организаций. Кроме того, необходимо также принимать во внимание общественное мнение, ожидания населения по ключевым вопросам охраны их здоровья и необходимость ориентации на международный уровень.

В принятой Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Казахстана на 2005-2010 гг. были обозначены те проблемы, устранение которых

должно было способствовать развитию медицинской, в том числе - стационарной помощи в стране. Согласно приведенным в программе оценкам материально-техническая база лечебно-профилактических организаций, особенно, сельских, неудовлетворительная. Медицинские организации в основном размещены в приспособленных, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям помещениях (на селе - более 70%). Оснащенность современным медицинским оборудованием, санитарным автотранспортом составляет менее 50%. Только 36% объектов ПМСП на селе телефонизированы, что затрудняет внедрение современных информационных технологий. Не во всех объектах сельского здравоохранения организована реализация лекарственных средств. По данным паспортизации, проведенной Агентством Республики Казахстан по чрезвычайным ситуациям, среди существующих зданий и сооружений в сейсмоопасных регионах республики не соответствуют установленным нормам, подлежат усилению или сносу 447 организаций здравоохранения. Отсутствует эффективное сервисное обслуживание медицинского оборудования.

Строительство современных объектов здравоохранения, проведение капитального ремонта имеющихся зданий, оснащение медицинских организаций современным медицинским оборудованием неравномерно как в динамике, так и по регионам.

Основными направлениями совершенствования материально-технического оснащения больничных организаций должны быть:

- рациональная система планирования приобретения и распределения оборудования за счет республиканского и местного бюджетов (решение таких проблем как: приобретение незаявленного оборудования, формальный подход руководителей к составлению заявки без учета истинной потребности, фактического отсутствия специалистов и технических условий для работы; недостаточность имеющейся нормативной базы);

- эффективное использование оборудования, повышение его пропускной способности;

- внедрение системы оценки медицинских технологий;

- обеспечение адекватного технического обслуживания оборудования;

- новые подходы к формированию тарифов на медицинские услуги, более полно учитывающие затраты медицинских организаций.

Последнее актуально ввиду того, что действующая методика формирования тарифов ориентирована на содержание старой сети и значительно ограничивает развитие конкурентоспособной среды - в том числе в больничном секторе, поглощающем значительные финансовые средства.

В связи с этим вполне логичны внедряемые в Казахстане в настоящее время новые методологические принципы формирования подушевых нормативов для организаций ПМСП, состоящих из двух компонентов: единой базовой величины и стимулирующей (предусматривающей поправочные коэффициенты выравнивания в зависимости от специфики функционирования амбулаторно-поликлинической организации, качества оказываемых услуг и др.) и тарифов на различные виды медицинских услуг (предусматривающих через обновление основных фондов повышение уровня и качества оказываемых услуг) с учетом новых социально-экономических возможностей отрасли здравоохранения.

Внедрение новых методов финансирования, стимулирующих медицинские организации, может, во-первых, поддерживать взаимосвязь стимулов и возможностей организаций и быть направлена не только на результат, но и процесс, поскольку есть реальные и объективные различия

в уровне развития, организационных формах и т.д. поставщиков медицинских услуг (городские\сельские, семейные, врачебные амбулатории\поликлиники и т.д.). Во-вторых, рациональное бизнес-планирование с разработкой дорожных карт совершенствования оснащения медицинских организаций современным оборудованием через механизмы лизинга, государственно-частного партнерства, позволяет более эффективно управлять финансовыми потоками, адекватно реальным возможностям и потребностям пациентов.

ТҮЙІН

Мақалада қаржыландырудың әдістерін медициналық ұйымдардың ресурстарын пайдаланудың тиімділігін жоғарылауда мәнділікті қаралған

SUMMARY

The value of the financial mechanisms in improving the delivery of health services

The article deals with the significance of finance techniques to improve the efficiency of utilization of medical organizations.

ПРИНЦИПЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ И ПРЕПАРАТАМИ КРОВИ

УДК 614.2:612.117:615.387

Есенбаева А.А.

Республиканское Государственное казенное предприятие «Республиканский центр крови»

В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы Министерству здравоохранения РК поручена реализация данной программы.

Целью Программы является создание условий для обеспечения практического здравоохранения безопасными и эффективными компонентами и препаратами крови в необходимом количестве, номенклатуре и качестве на основе принципа централизации высокотехнологичных и материалоёмких процессов производства, лабораторного тестирования, хранения и распределения компонентов крови [3].

Основные направления в рамках реализации Программы по созданию Единой информационной базы службы крови в Республике:

1. Создание инфраструктуры, объединяющей организации службы крови в единое информационное пространство;
2. Разработка и внедрение типовой автоматизированной информационной системы трансфузиологии, позволяющей посредством информационных технологий стандартизировать процесс производства компонентов крови;
3. Обмен информацией между участниками информационного взаимодействия в соответствии с разработанными регламентами [4].

Причины, обуславливающие необходимость создания единого информационного пространства:

1. Повышение мобильности населения в условиях осложнения эпидемиологической обстановки, требующей создания регистров лиц, имеющих противопоказания к донорству, с использованием информации различных организаций здравоохранения, санитарно-эпидемиологических станций, кожно-венерологических диспансеров, центров СПИД и так далее;
2. Усиление интеграции между организациями и регионами республики, предполагающее поставки компонентов крови из одних регионов в другие, строительство крупных заводов по переработке плазмы, централизованное тестирование крови, заготовленной в различных регионах страны;
3. Увеличение запасов крови и ее компонентов, вследствие значительного увеличения количества доноров, что требует оптимизации в рамках системы национального

здравоохранения, использования имеющегося количества компонентов крови [1].

Ведущие специалисты службы крови отмечают, что при создании наиболее эффективной модели управления службой крови республики по территориальному принципу необходимо учитывать, что Казахстан является многонациональной страной, отличающейся своими внутренними географическими особенностями. Некоторые фенотипические сочетания существенно отличаются в разных регионах РК, например частота групп крови здорового населения г.Алматы существенно отличается от частоты групп крови населения северного региона страны, что имеет важное значение при обмене компонентами крови между регионами. Этот фактор, а также миграционный процесс, принявший в последние годы массовый характер и существенно влияющий на состав донорских контингентов и другие не менее важные факторы могут быть эффективно учтены только в рамках единого информационного пространства.

Задачи Единого информационного пространства:

1. Создание единой базы лиц, отведенных от донорства, позволяющей, с одной стороны, отслеживать их на всей территории РК, а с другой, привлекать доноров из других регионов;
2. Создание единой базы по запасам компонентов крови, позволяющей улучшить обеспечение лечебной сети компонентами крови в повседневной практике и в случае чрезвычайных ситуаций, а также формировать и рационально использовать стратегические и оперативные запасы компонентов крови на всех уровнях;
3. Обеспечение постоянного обмена электронными сообщениями о передаваемых компонентах крови (из центров крови в лечебные организации) и выполненных трансфузиях (из лечебных организаций в центры крови);
4. Создание информационной среды (в рамках сети интернет), обеспечивающей для граждан страны свободный доступ к информации о деятельности службы крови и трансфузионной медицины, материалам, пропагандирующим донорство и облегчающим взаимодействие граждан со службой крови;
5. Создание информационной среды для ведущих специалистов службы крови и врачей-трансфузиологов (в рамках сети интернет), обеспечивающей их оперативное