

ВНЕДРЕНИЕ ЕНСЗ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Исследование деятельности ПМСП в условиях внедрения Единой Национальной системы здравоохранения с изменением принципов финансирования представляет определенный интерес, как для организаторов здравоохранения, так и для практических врачей.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, единая национальная система здравоохранения

Одним из приоритетов Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, является усиление профилактической направленности медицинского обслуживания населения республики.

Единая национальная система здравоохранения направлена на коренное изменение технологии оказания услуг, в первую очередь, услуг первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В целях повышения доступности, эффективности, качества и развития ПМСП планируется комплексное совершенствование, включая разработку и внедрение рациональных форм и методов оказания ПМСП, развитие медико-социальной направленности путем внедрения института социальной работы.

Единая национальная система здравоохранения, предусматривает свободный выбор врача и медицинской организации потребителями медицинских услуг, развитие конкуренции среди медицинских организаций, а также достижение конечных результатов и оплату медицинских услуг по фактическим затратам.

Реформирование деятельности организаций ПМСП (первичной медико-санитарной помощи - ПМСП) в условиях внедрения Единой Национальной системы здравоохранения с изменением принципов финансирования предполагает обеспечение граждан качественной медицинской помощью, а также на расширение возможностей рационального использования имеющихся ресурсов самими поставщиками ПМСП.

Снижение финансовых затрат на оказание дорогостоящих видов стационарной медицинской помощи невозможно без перемещения акцента на с госпитального сектора здравоохранения на амбулаторно-поликлинический.

Основные мероприятия в реформах финансирования и управления первичного здравоохранения включают введение новой системы оплаты поставщиков медицинских услуг за конечный результат, а также усиление финансовой и управленческой самостоятельности учреждений ПМСП.

Поиск решений проблемы создания более эффективной, рентабельной, оперативной и обеспечивающей соблюдение принципов социальной справедливости системы здравоохранения актуален для всех стран.

В 1978 году ВОЗ в Алматинской декларации дала определение ПМСП как «первый уровень контакта человека, семьи и общества с национальной системой здравоохранения, обеспечивающий наибольшее приближение здравоохранения к местам проживания и работы людей». При этом ПМСП акцентирована не только на лечении, но и на профилактике и повышении медицинской грамотности пациента, непрерывности медицинского наблюдения.

Одной из проблем отечественного здравоохранения является существующие методы оплаты услуг ПМСП и амбулаторной специализированной помощи. Реформы в области финансирования ПМСП должны способствовать повышению качества медицинской помощи.

С целью мотивации СВА на улучшение качества предоставляемых услуг населению, необходимо чтобы полученные деньги в расчете на одного прикрепленного жителя, СВА должны сами тратить без контроля постатейного расхода и свободно принимать решения о наиболее эффективном использовании денежных средств на собственные нужды. Повышение уровня знаний персонала СВА по медицинскому аудиту, а также внедрение новых форм аттестации кадров является наиболее эффективным методом контроля и механизмом непрерывного повышения качества медицинской помощи с позиции эффективного менеджмента.

При этом одним из основных конечных результатов оценки деятельности СВА должна стать удовлетворенность пациентов, число случаев запущенных заболеваний, количество госпитализаций и число вызовов скорой помощи диспансерных больных и т.п.

Существующие способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи (АПО): оплата медицинских услуг, оплата законченных случаев лечения, финансирование по подушевому принципу на одного прикрепленного жителя, не являются оптимальными.

Метод оплаты за отдельную медицинскую услугу по согласованным тарифам, при многих положительных характеристиках, остается достаточно затратным в условиях ограниченных финансовых ресурсов.

Основным методом оплаты АПО является подушевой финансирование с учетом половозрастной структуры прикрепленного населения и других параметров, влияющих на потребление медицинских услуг. При этом руководители поликлиник самостоятельно принимают решения штатных, финансовых, кадровых и организационных вопросов.

В систему финансирования по случаю поликлинического обслуживания (СПО) входит оплата комплекса медицинских услуг, оказываемых одному пациенту, за каждый случай обращения за медицинским обслуживанием. При таком подходе финансирования оплата направлена на саму медицинскую помощь гражданам; взаимоотношения заказчиков и

производителей медицинских услуг, что обеспечивает более эффективное распределение имеющихся ресурсов и экономическую заинтересованность медицинского персонала в оказании качественной медицинской помощи [1]. Сложность выбора наиболее подходящего метода оплаты АПО основана на том, что здравоохранение является неприбыльным сектором народного хозяйства, в вопросах финансирования которого проводятся значительные реформы, как в странах СНГ, так и во всем мире, а медицинская услуга является специфической, эффект от которой может быть и «нулевым», и даже «отрицательным».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ким С.В. О направлениях развития управления и финансирования амбулаторно-поликлинических услуг в Казахстане // Проблемы соц. медицины и управления здравоохранением. – 2002. - №24. – С.3-6.

Г.К. МАЯКОВА

БІРІНШІЛІК МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДЕ БҰДСЖ ЕНДІРУ

Түйін: Қаржыландыру ұстанымдарының өзгеруімен Бірыңғай Ұлттық денсаулық сақтау жүйесін ендіру жағдайындағы БМСК қызметін зерттеу денсаулық сақтау басшыларының және де тәжірбиелік дәрігерлердің де қызығушылығын тудырады.

Түйінді сөздер: біріншілік медициналық-санитарлық көмек, Бірыңғай Ұлттық денсаулық сақтау жүйесі