

«Сейфуллин оқулары – 18: « Жастар және ғылым – болашаққа көзқарас» халықаралық ғылыми -практикалық конференция материалдары = Материалы международной научно-практической конференции «Сейфуллинские чтения – 18: « Молодежь и наука – взгляд в будущее» - 2022.- Т.І, Ч.V. - С. 98-101

## **ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

*Сапкин З.С., магистрант 2 курса*

*НАО «Кокшетауский университет имени Ш.Уалиханова», г.Кокшетау*

Здоровье каждого человека, как составляющая самочувствия всего народонаселения, становится фактором, обуславливающим не столько полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния самочувствия населения, между тем, характеризует меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. Исходя из убеждений стабильного и устойчивого роста благосостояния населения отрасль здравоохранения, являющая собой единую развитую, социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одним из основных приоритетов в республике.

Первый Президент Республики Казахстан - Елбасы Назарбаев Н.А. в собственном Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» выделил, что одним из направлений государственной политики на новом рубеже становления нашей страны должно быть совершенствование качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает особо важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2025 года. В Послании 2014 года первый Президент определил конкретные задачи на ближайшее десятилетие.

Согласно с вышеуказанным, также на базе проделанного анализа современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения Республики Казахстан были определены приоритетные стратегические направления и механизмы реализации программы развития здравоохранения.

В рамках создания эффективной и доступной системы оказания медицинской помощи поставлены нижеследующие задачи:

1) формирование эффективной системы здравоохранения, основанной на приоритетном развитии социально ориентированной ПМСП;

2) совершенствование системы управления и менеджмента в здравоохранении;

3) совершенствование механизмов финансирования здравоохранения;

4) обеспечение высокого качества и доступности медицинской помощи [1, с.11].

В целях реализации поставленных задач, автором определены основные два пути и соответствующие меры их достижения.

1. Совершенствование финансирования здравоохранения.

1. Совершенствование системы управления и менеджмента в отрасли здравоохранения и в частности в медицинских организациях.

В настоящее время финансовое обеспечение здравоохранения осуществляется за счет бюджетных средств, средств работодателей, средств населения. Доля каждого из них в общем объеме средств, выделяемых обществом на здравоохранение, определяет модель финансирования данной отрасли.

В настоящее время имеется три такие модели:

– Бюджетная модель – здравоохранение финансируется главным образом за счет бюджетных средств.

– Бюджетно-страховая модель - осуществляется из целевых взносов работодателей, работников и бюджетных средств. Это наиболее часто встречающаяся модель.

– Предпринимательская модель - финансовое обеспечение осуществляется за счет продаж населению медицинских услуг и за счет средств фондов добровольного медицинского страхования ..

В рамках системы управляемой конкуренции оказание медицинских услуг остается в частных руках, но этот рынок носит «искусственный» характер, находясь под жестким контролем и регулированием государства [2].

Отметим, что бюджетная система национального здравоохранения получила развитие в Великобритании, Ирландии, Швеции, Италии, Дании, концептуальные основы которой были заложены в трудах английского экономиста Уильяма Бевериджа, представленных правительству Великобритании в 1942 г. Основной характеристикой данной модели является: всеобщий охват населения услугами здравоохранения, финансирование из средств общего налогообложения, тотальный контроль со стороны парламента и управление правительственными органами. В рамках этой модели возможны два варианта финансирования

здравоохранения: либо с помощью прямого финансирования медицинских организаций, без привлечения государственных страховых фондов либо путем создания государственных страховых фондов, ресурсы которых в дальнейшем используются для финансирования медицинских учреждений [3].

В современных условиях эффективность системы здравоохранения, на наш взгляд, необходимо оценивать по единым стандартизованным индикаторам. В качестве данных показателей можно предложить следующие: снижение управляемых причин смертности, инвалидности, заболеваемости, в т.ч. социально-значимой, уменьшение ятрогенных осложнений, своевременность оказания экстренной и неотложной помощи, доля обследованного с профилактической целью прикрепленного населения, объемы вакцино - профилактики, доля больных, получивших медицинские услуги, повышение качества жизни, эффективное использование ресурсов здравоохранения, эффективность вложения средств на год дополнительно прожитой жизни или год сохраненной трудоспособности. При этом можно взять за основу критерии эффективности работы здравоохранения, разработанные ВОЗ, ЮНИСЕФ, применяемые во всем мире [4]. Критерии должны быть систематизированы под конкретные цели и иметь количественное и качественное выражение. Важным критерием может стать достоверное мнение населения того или иного региона о состоянии здравоохранения.

Важным элементом преобразований системы здравоохранения должна стать, и модернизация государственной статистики в области здравоохранения.

Далее отметим, что в современных условиях необходима новая концепция повышения конкурентоспособности здравоохранения. При этом весьма рискованно давать интегральные оценки всем дискуссиям, которые уже десять лет ведутся по концепции здравоохранения - слишком велика поляризация мнений и аргументаций.

Отметим, что ни одна из существующих в мире моделей систем здравоохранения не может быть эталоном и не должна быть заимствована в неизменном виде для Казахстана [5].

На наш взгляд, оценка трудностей и ошибок зарубежных систем здравоохранения с точки зрения казахстанских, общественного устройства, традиций, ментальности населения этих стран является грубейшей ошибкой. При этом, безусловно, новая концепция развития здравоохранения будет такой, каковы политика и экономика государства. При этом факт создания новой концепции и те, предложения, которые при этом будут высказываться учеными и врачами, могут оказать определенное влияние на изменение государственной политики по отношению к здоровью населения и к системе здравоохранения. Конечно, главная стратегическая цель развития казахстанской системы

здравоохранения - это повышение качества и доступности медицинской помощи всему населению Казахстана для достижения лучших мировых показателей здоровья, управляемых системой здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь должна охватить все городские и сельские населенные пункты и быть основой нашей системы здравоохранения. Нам нужно внедрять принципы солидарной ответственности государства, работодателя и работника за свое здоровье. Нам необходимо повысить эффективность институтов по развитию и поддержке науки и инноваций. Для этого должно быть усовершенствовано законодательство по венчурному финансированию, защите интеллектуальной собственности, поддержке исследований и инноваций, а также коммерциализации научных разработок.

Совершенствование финансирования следует реализовываться по следующим направлениям:

- 1) совершенствование тарифной политики и механизмов финансирования;
- 2) повышение солидарной ответственности граждан и дальнейшее развитие медицинского страхования;
- 3) совершенствование инвестиционной политики в сфере здравоохранения;
- 4) безопасность и качество медицинских услуг.

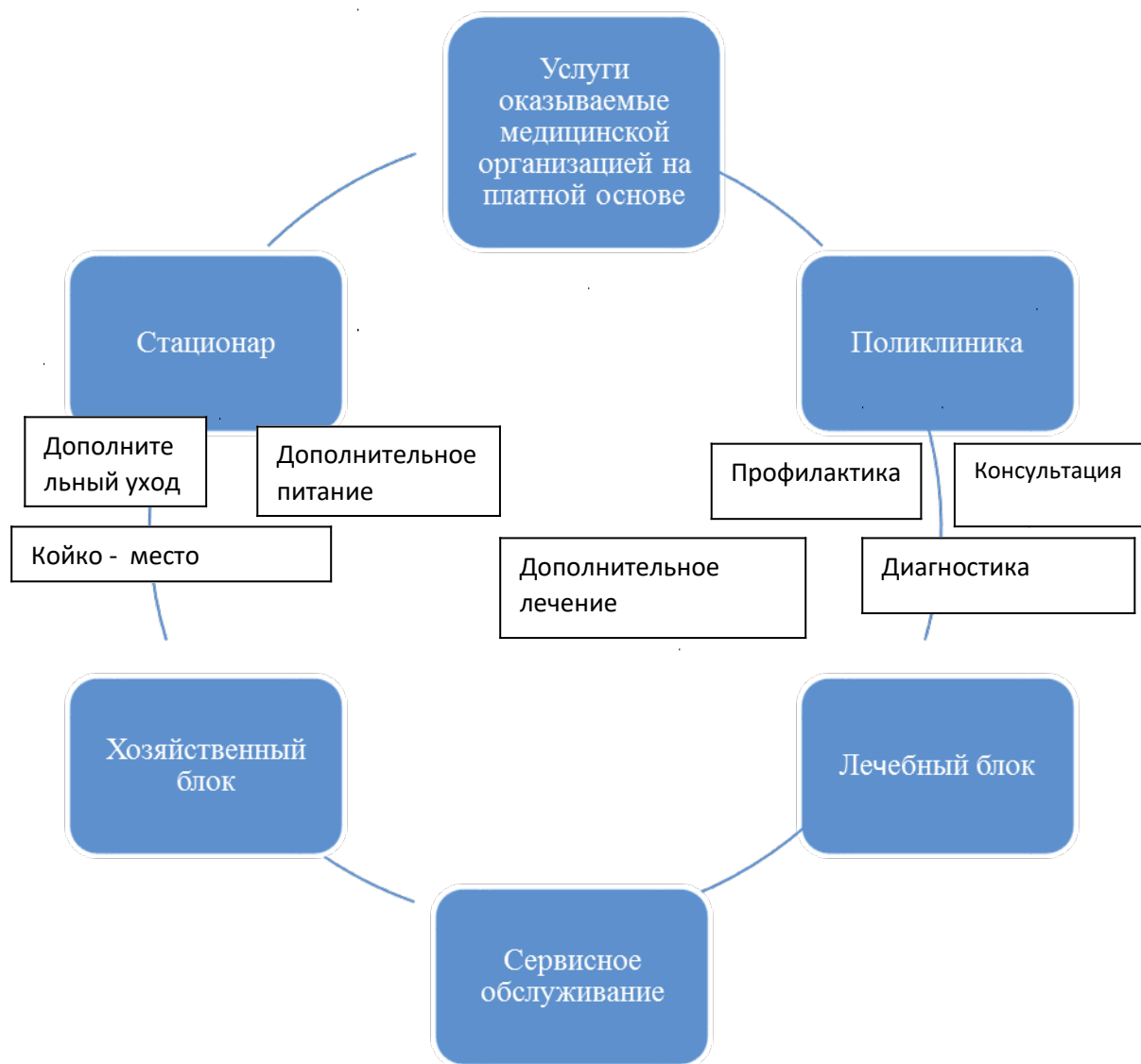


Рисунок 1 -Классификация сервисных услуг медицинских организаций по функциональному назначению

Примечание - Разработано автором на основе источника [6]

Между тем, различия между системами здравоохранения различных стран настолько велики, что сами понятия «государственное здравоохранение» и «всеобщее медицинское страхование» порой лишь вводят в заблуждение – так как разнообразие способов, которыми в разных странах организуется медицина и медицинское страхование, невозможно вписать в стандартную коллективную модель. Система здравоохранения в каждой стране - это продукт ее уникальных условий, истории, политической жизни и национального характера [7].

Совершенствование системы управления и менеджмента в отрасли здравоохранения и в частности в медицинских организациях.

В целом будет продолжена стратегия децентрализации исполнительных функций органов управления здравоохранением с

поэтапной передачей их части государственным, негосударственным и общественным организациям, с повышением автономии государственных поставщиков медицинских услуг. Одновременно будет обеспечена централизация некоторых функций: финансирования гарантированной государством медицинской помощи, обеспечения лекарственными средствами, контроля в сфере здравоохранения.

В результате проведенного автором исследования выявлен ряд медицинских услуг, которые многие пациенты считают преимущественно платными. Так, при анализе полученной информации с учетом специфики предоставления, медицинские услуги были перераспределены в два блока - хозяйственный и лечебный (рисунок 1).

Предоставленная классификация объясняется необходимостью их разделения. Услуги, предоставление которых связано в основном с улучшением бытовых условий пребывания пациентов в медицинских организациях и дополнительным уходом среднего и младшего медицинского персонала, отнесены в хозяйственный блок. Услуги, которые требуют высококвалифицированного подхода к обслуживаемому в медицинской организации индивиду, связаны с диагностикой и лечением пациентов, в процессе предоставления задействованы врачебные кадры медицинских организаций были включены в лечебный блок. Специфика каждого блока услуг заключается в особенностях обслуживания сервисной службой (отдел сбыта - маркетинга услуг).

#### Список использованной литературы

- 1 Панов А.В. Медицинский бизнес и региональная власть: диалог необходим // Главный врач: хозяйство и право. - 2021. - № 3. - С. 23-32 .
- 2 Callahan and Wasunna. Medicine and the Market: Equity v. - Choice, 2019. - P. 97.
- 3 Alain Enthoven. The History and Principles of Managed Competition // Health Affairs. – 2021. - №12, suppl. 1. – P. 24-48.
- 4 Ковалев С.Ю., Блам И.Ю., Зайцева И.Н. Реформа системы здравоохранения в России: социальные последствия коммерциализации // Регион: экономика и социология. - Новосибирск, 2019 . - № 3. - С. 58-67.
- 5 ВОЗ. Всемирная ассамблея здравоохранения 57-я сессия. Резолюции и решения. - Женева: ВОЗ, 2015.– С. 10.

6 Беркс П.М., Гусев В.К. Какие изменения произошли в системе здравоохранения с начала реализации Национального проекта «Здоровье» // Национальные проекты. - 2020. -№ 3. - С. 26-27.

7 Кучеренко В.З., Антропов А.А. Системы финансирования здравоохранения в странах Европейского Союза // Экономика здравоохранения.-М.,2020.-№7.-С. 8-13.