

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДА БӘСЕКЕЛЕСТІК ОРТАНЫ ҚАЛЫПТАСТЫРУ

Б.К. КОЙЛЫБАЕВ

«Шыңбұлақ» туберкулезге қарсы балалар шипажайы

Кез-келген елдің болашағы білім, ғылым және денсаулық сақтаудың дамуымен анықталады. Оларды дамытуға бағытталған міндеттерді жемісті шешу қай елдің болмасын халқының өмір сапасы мен ұзақтығын көтеріп, денсаулық жағдайын айтарлықтай жақсартуға мүмкіндік береді.

Халықаралық стандарттар бойынша денсаулық сақтау жүйесінің сапалы құрылуы үшін ең қолайлысы мемлекеттің ІЖӨ 4% кем емес шығыны. Өзінің 28.01.2011 жылғы Қазақстан халқына соңғы Жолдауында Қазақстан Республикасының Президенті Нұрсұлтан Назарбаев 2010 жылы денсаулық сақтау саласын қаржыландыру көлемі бірінші рет ІЖӨ 3,2% құрағанын айтқан. Осындай қуатты қаржы құюдың арқасында халық денсаулығының негізгі көрсеткіштерін жақсартуға мүмкіндік берген емдеу-алдын алу және санитарлық-эпидемиологиялық мекемелердің материалдық-техникалық базасы нығайтылды.

Қазақстан Республикасының 2005 – 2010 жылдарға арналған Денсаулық сақтау саласын реформалау мен дамытудың мемлекеттік бағдарламасын жүзеге асыру кезінде демографиялық жағдай жақсарып, халықтың бала туу көрсеткіші 18,42-ден (2005 ж.) 22,75-ке (2008 ж.) көтерілді, өлім көрсеткіші тұрақтанды – 9,74 (2005 ж. – 10,37), халықтың табиғи көбею коэффициенті 1000 тұрғынға 13,0-ге (2005 ж. – 8,05) дейін көтерілді, ана мен бала өлімі сондай-ақ, әлеуметтік маңызы бар аурулардан (жүрек-қан тамыр, туберкулез, қатерлі ісіктер, жарақат пен улану) өлім-жітім де біраз азайды.

Қазақстан Республикасының 2011 – 2015 жылдарға арналған Денсаулық сақтау саласын дамыту мемлекеттік бағдарламасына сәйкес 2013 жылдың өзінде Қазақстан Республикасы бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі құрылуы керек (БҰДЖ). БҰДЖ-нің негізгі идеясы медициналық қызмет көрсетудің бәсекелестік ортасын қалыптастыру, емделушінің медициналық мекеме мен дәрігерді еркін таңдауы, көрсетілетін медициналық қызметтердің ашықтығы, соңғы нәтижені бағдарлау болып табылады.

Бәсекелес ортаны қалыптастыру қаржы қорларын тиімді меңгеру жолын медициналық мекемелердің бәсекеге қабілеттілігін көтеруді қамтамасыз етуі керек. Медициналық ұйымдар белгілі бір сомадағы ақшаны неге бағыттайтынын өздері шешетін болады, сатылы қаржыландыру болмайды. Дәрігерлер диагностика мен емдеуге арналған қандай медициналық аппараттар мен жабдықтар, емделушілерді тарту үшін қандай жағдайлар жасау керек екенін мекеме басшыларына өздері ұсына алады. Сонымен бірге, медициналық жабдықтарды тиімді пайдалану туралы мәселе туындайды, ол үшін медициналық және техникалық кадрларды мақсатты дайындау қажет. Егер емдеу-алдын алу мекемесінде жоғары білікті маман мен олардың жұмысына қажетті заманауи жабдықтар болмаса, онда мұндай аурухана немесе емханаға тек көршілес тұратын зейнеткерлер мен мүгедектер ғана барады. Және, әрине, көп нәрсе денсаулық сақтау саласын реформалау жағдайында қаржылық менеджмент пен кәсіпкерлік қызмет саласында білімі мен дағдысы бар медициналық ұйым жетекшісіне байланысты. Мұндай жағдайда емделушілер жоғары мамандандырылған медициналық көмекті тек Астана мен Алматы қалаларындағы ғылыми-зерттеу медициналық орталықтарында ғана емес, ең болмаса облыстық және көпсалалы ауруханаларда ала алуы үшін дәрігерлер өз білімдерін үнемі жетілдіріп отыруға мүдделі болуы, жаңа

инновациялық технологияларды меңгеруі керек. Бұл жерде еңбектің дифференциалды өтемі туралы сұрақ өте маңызды болып қала береді. Адамдар кезекке 2-3 апта бұрын жазылып қоятын дәрігер палатасына кездейсоқ түскен ауруларды емдейтін дәрігер алатын соманы алмауы керек.

Ең бастысы медициналық ұйымдар арасындағы дұрыс бәсекелестікке қарамай, медициналық қызмет көрсетудің барлық деңгейіндегі сабақтастық болып табылады. Мысалы, жамбасы сынған ауру травматолог жоқ болса да, ауылдық немесе орталық аудандық ауруханада 5-7 күн жатып, содан соң оны: Сынықтың салдарынан операция жасау үшін көпсалалы клиникалық аурухананың травматология бөліміне ауыстыру деген диагнозбен ауыстыру.

Әрине, кейбір ауылдық ауруханалар тегін медициналық көмек кепілді көлеміне мемлекеттік тапсырысты осылай орындайды. Алайда, ең алдымен емдеу мекемесінің бұдан қанша пайда табатыны емес, аурудың мүддесі ескерілуі керек қой.

БҰДЖ-нің ең маңызды кезеңі дәрігерді еркін таңдау мен Қазақстан Республикасының территориясындағы кез-келген адамға медициналық қызмет көрсетудің бірдей қолжетімділігін қамтамасыз етуге мүмкіндік беретін «пациент бірге ақша келеді» ұстанымы болып табылады. Сонымен бірге медициналық қызметкерлердің өздері мен халықты ауруханаға жатқызу Бюросы порталының жұмысы ережелерімен, сондай-ақ дәрігерді таңдау ұстанымы мен емханаларға бас-басын қайта бекітумен кеңінен таныстыру керек. Кейде аудандардағы емдеу-алдын алу мекемелерінің қызметкерлері ауруды стационарға жоспарлы жатқызуға жіберу принципін өздері де түсінбейді. Сондықтан, Госпитальдау Бюросы порталы жұмысына аудандық деңгейдегі жауапты адам кепілді тегін медициналық көмек мөлшері аясында ауруларды жоспарлы жатқызу бойынша нұсқаулықты толық орындауы керек. Бұл жерде аурулардың Халықаралық классификациясы-10 бойынша кеселдерді шифрлау үлкен маңызға ие. Кейде аудандарда бұған дұрыс назар аударылмайды. Ал, ауру адам тәулік бойы стационарда емделе ме, әлде оған күндізгі стационар немесе емхана жағдайында ем қабылдау жеткілікті бола ма, ол осыған байланысты. «Қосымша мәлімет» бағанында, мысалы, аурулар мен асқынулар, ауруға жасалған операция мен жасалған күні (бұған аурудың тәуліктік стационар жағдайында емделу нәтижесі байланысты болуы мүмкін), жүктілік мерзімі (көбіне аяғы ауыр және жас босанған әйелдер бөліміне жүктілік мерзімі бойынша гинекология бөлімінде емделуге тиісті әйелдерді жібереді) туралы мәліметтер анда-санда ғана көрсетіледі. Егер пациенттің мәліметтерін госпитальдау бюросы порталына енгізу кезінде ауру туралы толық мәлімет көрсетілсе, онда негізсіз себептермен немесе шұғыл патологиямен ауруларды жатқызу санын азайтуға болар еді.

Біздің көпсалалы клиникалық ауруханадағы қиын мәселелердің бірі шұғыл ауруханаға жатқызудың жоғары пайыздылығы болып табылады. Алматы қаласында Алматы облысы тұрғындарының көп бөлігі тұрады және жұмыс жасайды. Және, егер олар кенеттен ауырып қалып, «жедел жәрдем» бригадасын шақырса, ол бригада науқасты біздің емханаға алып келеді. Сонымен бірге, олар бізге жұқпалы (қабылдау бөлімінде жабдықталған палаталар жоқ, өйткені аурухана ғимараты ескірген) және психикалық аурулармен ауыратындарды (аурухана штатында психиатр жоқ) және уланған (токсикологиялық саладағы қорықтар жоқ) науқастарды да әкеледі. Әрине, аурухана қызметкері барлық

науқастарға өз уақытында маманданған медициналық жәрдем беруге тырысады. Бірақ біздің емханадағы шұғыл ауруханаға жатқызу пайызы, жыл мезгіліне және мереке, демалыс күндеріне байланысты 56,8 ден 73% ке дейін өзгеріп тұрады, өйткені 13 клиникалық бөлімшенің 8 бөлімшесі хирургиялық салада. Аурухананың кереует қоры 310 кереуеттен тұрады. Аяқ астынан ауырып қалғандар тым көбейіп кетуінен, тәулік бойы стационарлық емдеуде жатқан науқастар саны 324-тен 403-ке дейін өзгеріп тұрады. Мұндай сәттерде орынның жоқтығынан, ауруханаға жату үшін кезек күтіп жатуға мәжбүр жоспарлы науқастардың мәселесі туындайды. Ал, Алматы облысының оңтүстік аймағында «Алматы көпсалалы клиникалық аурухана-сы» ШЖҚ РМК-да ғана нейрохирургия, офтальмология, оториноларингологиялық және жақсүйек-бет хирургиясы, неврология, балалар хирургиясы, балалар неврологиясы сияқты мамандаған бөлімшелер бар. Аймақтың барлық аудандарының барлығында бірдей травматологтар мен урологтар жоқ.

Әрине, медицина қызметкерінің жұмысындағы ең басты міндет – сырқаттанған науқасқа өз уақытында және білікті көмек көрсету. Бірақ, осымен қатар, азаматтардың өздерінің де белсенді атсалысуы мен ынтымақтастығы да өте маңызды болып табылады. Адамдар өздерінің денсаулығы тек қана дәрігерлер мен қоршаған ортаға байланысты емес, олардың емдеу мекемесіне уақытында қаралуына, олардың өздері мен жақын туыстарының денсаулықтарына қарым-қатынасына байланысты екендігін түсінуі керек. Бұл жерде «Ауырып ем іздегенше, ауырмайтын жол ізде» деген принциптің маңызы зор.

Уақыт жаңаруда және барлығына да, соның ішінде денсаулыққа жаңа қырынан қарауымыз керек.

ӘДЕБИЕТ:

1. Назарбаев Н.Ә., «Қазақстан халқына Жолдау» 28.01.2011; 2. Қазақстан Республикасының 2005 – 2010

жылдарға арналған денсаулық сақтау саласын реформалау мен дамыту мемлекеттік бағдарламасы. 3. Қазақстан Республикасының 2011-2015 жылдарға арналған «Саулауатты Қазақстан» денсаулық сақтау саласын дамыту бағдарламасы.

РЕЗЮМЕ

ФОРМИРОВАНИЕ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОЙ СРЕДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗДОРОВЬЯ

Б.К. Койлыбаев

Детский противотуберкулезный санаторий «Шымбулак»

Для осуществления программы Республики Казахстан «Здоровый Казахстан» 2011-2015 годы формирование конкурентоспособной среды медицинского обслуживания для повышения конкурентоспособности медицинских учреждений является очень важным. Теперь пациент выбирает, какое ему нужно лечение и учреждение, после этого «поступает» финансирование. В медицинских учреждениях зарплата будет зависимой, появится интерес в оказании немедленной и высококачественной помощи.

SUMMARY

CREATION OF COMPETITIVE ENVIRONMENT IN PREVENTIVE HEALTH CARE

B.K. Koylybayev

«Shymbulak» Children Antituberculous Sanatorium

For realization of "Healthy Kazakhstan" program of the Republic of Kazakhstan for 2011-2015, creation of competitive environment of health care for competitive recovery of medical institutions is extremely important. Now, the patient may select what form of treatment and institution he needs, after that the financing is received. The salaries in medical institutions shall be dependent; an interest in emergency and high-quality action will appear.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕКЕМЕСІН ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ БАСҚАРУ

Б.К. КОЙЛЫБАЕВ

«Шыңбулақ» туберкулезге қарсы балалар шипажайы

Стратегиялық жоспарлау емдеу-алдын алу мекемесінің (ЕАМ) жұмысын жүзеге асыруды дамытумен байланысқан барлық ұзақ мерзімді және қысқа мерзімді шешімдерді негізбен қамтамасыз етеді, оған қызмет тұтынатын халықтың науқастануы мен қайтыс болуы, ЕАМ жұмысының негізгі көрсеткіштері; денсаулық сақтауды, сонымен қатар, аталған ЕАМ-ды реформалау жолдары, денсаулық сақтаудың жоғарғы органдары ЕАМ-ның алдына қойған міндеттері, т.б. жатады.

Осы негізде мақсаттар айқындалады. Олар уақытына қарай нақты құрылуы, жетілдірілуі және бір-бірімен байланысуы тиіс. Тактикалық деңгейде басқарудың басты мақсаты ЕАМ қызметінің негізгі бағыттары бойынша нәтижеге жетуге бағытталған шаралар кешенін жүргізу болып табылады.

Басқару тәсілдері заманауи әдістерге және ЕАМ қызметін ұйымдастыруға, қолданыстағы заңнамаға (құқықтың еңбек, медициналық, әкімшіліктік, зейнеткерлік, азаматтық, т.б. түрлері), әлеуметтік психологияға, ЕАМ қаржыландыру ережелеріне, статистикалық есеп пен есептеуге негізделген.

Денсаулық сақтау саласында басқарудың негізгі әдістері пайдаланылады:

- ұйымдастыру-басқарушы (әкімшіліктік);
- әлеуметтік-психологиялық;
- экономикалық.

Ұйымдастырушылық әсер ету басқару статистикасын көрсетеді және регламент пен мекеменің құрылымын мақұлдайтын нормативтік құжаттар түрінде келеді. Нормативтерден басқа ұйымдастыру құжаттары ретінде штаттар, тәртіп және ЕАМ жұмысының ережесі, мекеме жарғысы, келісім-шарттар, келісімдер, т.б. болып табылады. Басқаруға ықпал ету түрлері бұйрық, тапсырма, ұсыныстар болып келеді.

Жарғы мен ЕАМ туралы ереженің, сонымен қатар, мекеменің штаттық кестесінің маңызы зор. Бұл құжаттар міндеттер мен мекеменің ұйымдастыру құрылымын анықтайды. Қызметкерлердің жұмысын реттейтін құжаттарға аталған ЕАМ арналған ішкі еңбек тәртібі ережесі, еңбек ұжымы өкілдері мен әкімшілік арасында жасалған еңбек келісім-шарты жатады.

Әлеуметтік-психологиялық әдістерді ұжымға әсер ету құралдарының жиынтығы, оның жеке мүшелерінің арасында болып жатқан әлеуметтік процестер ретінде қарауға болады. Бұл әдістердің рөлі оны жақсы пайдалана білген