

О необходимости разработки организационно-управленческой модели ПМСП сельского здравоохранения Алматинской области

Джайнакбаев Н.Т., Рыскулова А.Р., Игсатов Р.З., Ахметова Р.Л.,
Бигалиева Р.К., Жетыбаева С.Б.

НУО Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы
УДК: 614.2 616 -082.

Основу организации медико-социальной помощи составляет первичная медико-санитарная (социальная) помощь (ПМСП), основные парадигмы которой были разработаны и рекомендованы Международной конференцией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), по ПМСП в 1978г. в г. Алма-Ате, где были поставлены следующие задачи: содействие развитию ПМСП во всем мире; определение принципов ПМСП и разработка рекомендации по развитию ПМСП [1].

Система ПМСП улучшает показатели здоровья населения, при меньших финансовых затратах и растет удовлетворенность пациентов медицинскими услугами. Совершенствование и реформы ПМСП могут осуществляться в направлении, развития общей врачебной практики (ОВП). Основными принципами ОВП являются - доступность, организация медицинской помощи уязвимым группам - инвалидам, одиноким, хронически и длительно болеющим лицам. Оплата труда специалистов ОВП должна осуществляться по результатам их деятельности и должна способствовать формированию здорового образа жизни [2].

Врач общей практики - главный координатор службы ПМСП, гармонично интегрирует первичную и вторичную медицинскую помощь [13].

В годы оптимизации были закрыты ряд объектов сельского здравоохранения ПМСП, неполные реформы в системе ПМСП, существенно отразились на качестве предоставляемых медицинских услуг населению [3].

Снижение объема профилактических программ в амбулаторном звене здравоохранения в т.ч., в системе ПМСП, несоответствие гигиеническим требованиям программы и организации учебно-воспитательного процесса в школах, гиподинамия и недостаток детских, юношеских спортивных школ, распространенность среди школьников вредных привычек [4].

В Алматинской области свыше 70% населения проживают в сельской местности. На примере объектов здравоохранения Алматинской области выявлено, что медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения оснащение достигло 59% среди них в ЦРБ - 85%, СБ - 39%, СВА - 17%, ФАП - 9%, ФП - 6% [5]. Расходы на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи в Алматинской области на одного жителя составляет 9302 тенге, что указывает при сравнении с другими регионами как самый низкий показатель по республике.

Сельское здравоохранение сталкивается с серьезными трудностями, связанными с изолированностью, слабо развитой инфраструктурой, экстремальными природно-климатическими условиями, недостатком медицинских кадров и текучестью кадров. Существенным недостатком сельского здравоохранения является отсутствие таких инновационных технологий как телемедицина (ТМ). ТМ является одной из наиболее перспективных направлений,

В статье описаны состояние сельского здравоохранения Алматинской области, предложены мероприятия по реформированию и разработке организационно-управленческой модели ПМСП.

Ключевые слова: Сельское здравоохранение, реформа, модель, ПМСП, ВОП.

This article describes the state of rural healthcare Almaty region proposed measures to reform and develop the organizational management model PMSP

Мақалада Алматы аймағының ауылдың денсаулық сақтаудың күйі баяндалып, ПМСП ұйымдық басқару моделінің қайта құрастыруы және оны өңдеу шаралары ұсынылған.

позволяющая передавать клинические данные о каждом больном на большие расстояния при помощи телефона, компьютера и Интернета. ТМ и мобильная медицина могут обеспечить технологические решения многих проблем сельского здравоохранения. ТМ более экономически эффективная технология по сравнению с традиционными видами медицинской помощи [7].

Необходимость реструктуризации ПМСП обусловлена появлением новых возможностей у потребителей медицинской помощи, развитием новых медицинских технологий (дневные стационары, стационары на дому, хосписы). Врачу общей практики к здоровью пациента необходимо подходить с интегральных позиций [8].

Главной особенностью организации медицинской помощи на селе является ее этапность, которую составляют комплекс медучреждений от ФАПов до областных учреждений. В действующей модели организация медицинской помощи все еще значительно место занимает дорогостоящая стационарная помощь, при которой отсутствует первичная профилактическая работа. Стационары и амбулатории действуют разрозненно, в результате утрачена преемственность в их работе, дублируются многие медицинские технологии, а трудовые и материальные ресурсы используются крайне неэффективно, что характерно для сельского здравоохранения. Необходимо внедрение новых инновационных технологий оказания медицинской помощи на базе СУБ, СВА и ЦРБ [9].

На селе значительно низкий уровень обеспеченности лечебно-профилактических организаций современным диагностическим и лечебным оборудованием. Профилактические мероприятия стали малодоступными для сельских жителей. Низкая зарплата, неблагоустроенные бытовые условия (нет канализации, теплого туалета, горячей воды), отмечаются перебои в электро- и водо-

снабжении холодной водой [10].

Смертность сельского населения представляет собой один из важнейших показателей, характеризующих здоровье населения. Обращает на себя внимание большая доля умерших детей до 1 года. В общей структуре причин смерти детей до 1 года основными причинами являются состояния, возникающие в перинатальном периоде, болезни органов дыхания, врожденные аномалии, несчастные случаи, отравления и травмы [11].

В структуре заболеваемости у сельского населения ведущее место занимают хронические болезни системы кровообращения, органов дыхания, болезни крови, сахарный диабет, т.е. хронические неинфекционные заболевания [12].

Данные социологического опроса проведенного нами в учреждениях здравоохранения Алматинской области показали, что более половины сельчан не удовлетворены организацией медицинской помощи на селе [6].

В сельском здравоохранении для медицинских работников не предусмотрен социальный пакет льгот. Ночные вызова на дом пациенту не оплачиваются. Здания ФАП, ФП, ВСВА не типовые и не соответствуют санитарно – гигиеническим нормативом и особенно отсутствует система водоснабжения и отопления [13].

Сельское население преждевременно стареет, с возрастом нарастают признаки остеопороза, снижения слуха, снижается работоспособность головного мозга, сердечно-сосудистой системы; наблюдается поседение и выпадение волос; снижается острота зрения при одновременном помутнении хрусталика. У больных старческого возраста отмечается множественная хроническая патология, которая характеризуется частыми рецидивами, чему способствуют перерывы в лечении, формирование лекарственной устойчивости микробов к препаратам, длительным повторным лечением, что приводит к высокой смертности [15].

Среди сельского населения Алматинской области составляющего более 40% всего населения, отмечается высокая смертность, которая обусловлена генетическими, биологическими, поведенческими и средовыми факторами. Наибольшую распространенность имеют место хронические неинфекционные заболевания (сердечно-сосудистые, онкологические болезни, психические расстройства, сахарный диабет), которые занимают ведущее место в структуре смертности, инвалидности среди сельского населения Алматинской области [15].

Выводы:

1. Сельское здравоохранение Алматинской области сталкивается с серьезными трудностями, связанными с изолированностью, отдаленностью, слабо развитой инфраструктурой, недостатком медицинских работников и большой текучестью кадров. У сельского населения ограничен доступ к инновационным медицинским технологиям (телеметрические системы, компьютерные технологии) и медицинским услугам в виде передвижных диагностических и лечебных комплексов.

Первичная медико-санитарная помощь является важнейшим звеном реформирования системы сельского здравоохранения Алматинской области и нуждается в притоке финансовых, материально-технических и кадровых ресурсов.

Реформирование системы ПМСП следует осуществлять в направлении развития общей врачебной практики, путем разработки организационно-управленческой модели ПМСП сельского здравоохранения Алматинской области.

Литература:

1. *Первичная медико-санитарная помощь в Казахстане//Сост. Курлеутов Э.М.-Алма-Ата Казахстан.- 1988.- 240 с.*
2. *Аканов А.А. с соавт. Вопросы реформирования и развития ПМСМ//Матер. научно-практ. конф...-Астана-Алматы.- 2005.- С. 6-9.*
3. *Там же. С. 9-11. 4. Там же. С. 14-18. 5. Там же. С. 11-14. 6. Там же. С. 24-26. 7. Там же. С. 38-39. 8. Там же. С. 41-43.*
4. *Игсатов Р.З. Социально-медицинские аспекты концепции системного подхода к исследованию ЗОЖ//Актуальные проблемы и перспективы формирования ЗОЖ в рамках стратегии «Казахстан-2030».-Алматы.-1998.- С.71.75.*
5. *Там же. С.55-57. 11. Там же. С. 104-105. 12. Там же. С.133-134.*
6. *Мустафаев СУ. Управление региональным здравоохранением в РК.-Алматы.- 1999.*
7. *Игсатов Р.З. Современные аспекты применения нанотехнологий в профилактической медицине//Здоровье и болезнь.-Алматы.- 2010.-№1.- С.66-70.*
8. *Игсатов Р.З. Фундаментальные основы применения нанотехнологий в геронтологии РК/-Алматы.- 2011.- С.99-105.*