

На представленной схеме отсутствует раздел анализа «стоимость/эффективность» и взамен присутствует определение общей стоимости, что связано со 100% эффективностью одного из использованных способов.

Таким образом, в результате полной эффективности профилактических мероприятий, заключающихся в применении каркаса из никелида титана, общая стоимость оперативного вмешательства оказывается ниже, чем стоимость операции и последующего лечения при вторичных повреждениях ВГН.

Для оценки стоимости лечения повреждения возвратного гортанного нерва с использованием разработанного хирургического способа в отношении наиболее часто используемой в клинической практике методики консервативной терапии нами было проведено сравнение по методике «стоимость-эффективность».

При этом стоимость лечения в обеих группах оценивали как объем затрат на все лечебные мероприятия – консервативное, оперативное лечение и амбулаторное наблюдение и обследование.

Показатель эффективности оценивался как число положительных результатов от числа обследованных лиц, имевших повреждения ВГН.

Стоимость лечения с использованием разработанного оперативного способа (Ст2) составила 18700 (операция) + 6320 (амбулаторное наблюдение, обследование и долечивание) – всего 25020 тенге.

Стоимость консервативного лечения (Ст1) составила 21300 тенге.

Эффективность (Эфф2) лечения с использованием разработанного способа составила 77,7%, традиционной консервативной терапии (Эфф1) – 28,6%.

При расчете показателя «стоимость-эффективность» использована формула.

$$\text{Псф} = (\text{Эфф}2 \cdot \text{Ст}1) / (\text{Эфф}1 \cdot \text{Ст}2) = 2,31.$$

Таким образом, величина относительной эффективности (на единицу затрат) применения разработанного способа оперативной коррекции в 2,31 раза выше, чем при традиционном консервативном лечении.

В целом полученные данные свидетельствуют, что разработанные способы лечения имеют экономический эффект по крайней мере при принятом подходе к расчетам.

Литература:

1. Лучкевич Е.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением. – Санкт-Петербург, 1997.
2. Соловьева Ю.А. Медико-социальные проблемы формирования репродуктивного здоровья: автореф. д.м.н. – М., 2009.
3. Рахыпбеков Т.К. Теоретические основы и практика развития новых экономических отношений в здравоохранении Республики Казахстан: автореф. дисс. д.м.н. – Алматы, 2001.
4. Биртанов Е.А. Современные подходы реформирования системы здравоохранения // Наука и высшая школа Казахстана. – 19.06.2007.
5. Чиссов В.И., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2000 году (заболеваемость и смертность). – М., 2002. – 182 с.
6. Крысанов И.С. Введение в фармакоэкономическое моделирование // Фармакоэкономика. – 2008. - № 1. - С.7-9.

УДК 616-082+364:329.75(574)

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА КАК ОСОБЫЙ ВИД МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.А. Абдуллин

Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны, г. Астана

Диагностика, терапия и коррекция психогенных расстройств и их отдаленных психологических последствий, связанных с экстремальными ситуациями, традиционно является одной из наиболее актуальных и исследуемых проблем в медицинских науках, психологии. В рамках практической медицины, клинической психологии разработаны разнообразные подходы к лечению (коррекции) последствий воздействия психотравмирующих факторов. В последнее десятилетие сложились разнообразные модели служб и учреждений медицинского, медико-психологического профиля в системах здравоохранения, социальной защиты, образования, одной из задач которых является оказание помощи лицам в трудной жизненной ситуации. Однако нельзя сказать, что все вопросы в этой области решены. По нашему мнению, которое сформировалось в результате ряда исследований и практического опыта, одной из основных проблем в оказании помощи данной категории населения является «удаленность» существующих служб от клиента. Это, с одной стороны, связано с деятельностью служб направленной на информирование населения, «приближение» к населению психиатрической и психологической помощи. С другой стороны, важную роль играет система представлений людей о способах, стратегиях совладания с последствиями психотравм, где профессиональная психиатри-

ческая помощь занимает последние места, и человек обращается за специальной помощью только в случае тяжелого нарушения здоровья, и большинство субклинических и порой клинических случаев остается без соответствующего внимания специалистов. Это, в ряде случаев, приводит к стойким нарушениям психической и социальной адаптации, проблемам социального функционирования. Такую ситуацию нельзя признать удовлетворяющей современным требованиям и нам видится решение данной проблемы в контексте развития медико-социальной работы с населением. Медико-социальная работа как вид профессиональной деятельности специалиста по социальной работе может и должна служить механизмом «сближения» психиатрической, клинико-психологической помощи и населения.

Всемирная организация здравоохранения определяет медико-социальную работу как организованное социальное обслуживание в больнице и вне её, с особым упором на связанные со здоровьем социальные проблемы. Медико-социальная работа - это вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социального характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья. Цель медико-социальной работы - достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации

лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

Как показывает опыт медико-социальной работы, как за рубежом, так и в странах СНГ, последствия экстремальных ситуаций для человека в первую очередь являются объектом деятельности социальной работы. Именно специалист по социальной работе инициирует, организует и контролирует процесс оказания комплексной помощи клиенту. Собственно, данный процесс начинается с деятельности социального работника и им же завершается. Специалист по социальной работе обеспечивает взаимодействие клиента и всех служб помощи, используя такие инструменты как консультирование, посредничество, прогнозирование и проектирование. Осознание клиентом своей проблемы как медико-психологической, формирование доверительного отношения к специфическим службам и методам терапии, разъяснение возможных последствий при игнорировании помощи, организация такой помощи, создание как можно более комфортных условий терапии, защита законных прав клиента и организация реабилитационных мероприятий в дальнейшем - задачи специалиста по социальной работе.

При всей очевидной актуальности и значимости медико-социальной работы она еще не заняла должного места в системе сохранения и повышения уровня здоровья населения. По нашему мнению это связано с рядом причин. Недостаточно проработаны требования к специалисту, как со стороны социальной защиты населения, так и с позиций здравоохранения; на настоящий момент социальный заказ на специалистов такого профиля не сформирован; не ведется подготовка специалистов по медико-социальной работе.

Последней проблеме уделим особое внимание. Медико-социальная работа, как вид междисциплинарной деятельности требует особой подготовки специалиста по социальной работе, включающей углубленное изучение психологии, медицинских наук, организации здравоохранения. Существует несколько моделей подготовки специалистов данного профиля, как в рамках базовой подготовки на социальных факультетах, так и переподготовка, как правило, специалистов с базовым медицинским образованием.

Подготовка / переподготовка в области медико-социальной работы кроме общепрофессиональных дисциплин социальной работы (история, теория, технология социальной работы и др.) обычно включает следующие разделы:

- Организация здравоохранения.
- Социальная медицина.
- Гигиена и профилактика.
- Уход за больными.
- Окупиционная терапия.
- Клиническая психология.
- Медицинская психология.
- Психологическое консультирование и психотерапия.

Подготовка направлена на формирование знаний, умений, навыков для работы специалиста в лечебно-профилактических учреждениях разного профиля, социальных центрах, реабилитационных службах, учреждениях для инвалидов и престарелых и т.д.

В настоящее время в Казахстане насчитывается 101 государственное медико-социальное учреждение (51 – дом-интернат для престарелых и инвалидов общего типа, 30 – психоневрологических домов-интернатов, 3 – дома-интерната для детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, 17 – детских психоневрологических домов-интернатов). Появились частные

дома-интернаты. Одним из видов социальной помощи и реабилитации является социальное обслуживание на дому. В республике функционируют 127 отделений социальной помощи на дому семьям, воспитывающим детей-инвалидов, которые обслуживают свыше 17 тыс. детей. Для престарелых и инвалидов действует 321 отделение социальной помощи на дому, которые обслуживают свыше 23 тысяч человек. В Алматы в соответствии с решением Акима города от 1 апреля 2002 года организован социальный жилой дом для одиноких пенсионеров и инвалидов, одиноких супружеских и семейных пар пенсионного возраста.

«Программой реабилитации инвалидов на 2006-2008 годы» была предусмотрена реорганизация сети учреждений социального обслуживания престарелых и инвалидов, в т.ч. структурное и организационное их преобразование, разработка Государственных стандартов социального обслуживания, создание сети домов-интернатов малой вместимости, обеспечение строительства и/или реконструкции домов-интернатов в областях и городах Алматы, Астаны, осуществление строительства хосписа в Костанайской области и другие мероприятия.

Во многих регионах успешно работают неправительственные организации, которые совместно с медицинскими работниками оказывают медицинскую и социальную помощь данной категории населения. В Казахстане активно действуют общественные объединения инвалидов (Казахское общество глухих, Казахское общество слепых, Добровольное общество инвалидов войны в Афганистане, Ассоциация женщин-инвалидов «Ширак», общественное объединение инвалидов, имеющих высшее образование «Намыс», Азиатское общество по правам инвалидов «Жан», САТР, «Кенес», Умит, «АРДИ», «Ак бота», «Намыс», Азиатское общество по правам инвалидов «ЖАН», АГОИ и другие). Созданы Общественные фонды «Аман саулык», «Содействие занятости и социальная защита малообеспеченных граждан», одним из главных направлений деятельности и которого является проект «Забота» для оказания помощи нуждающимся из числа пенсионеров, инвалидов и других социально уязвимых слоев населения.

Вместе с тем, следует отметить слабую координацию деятельности различных государственных органов по вопросам медико-социальной помощи и защиты населения, межведомственную разобщенность. Немаловажным является и неразвитость системы распространения информации о возможностях получения социальной помощи, недостаточное участие негосударственного сектора в социальном обслуживании.

На современном этапе в Республике Казахстан оказание медико-социальной помощи контингентам лиц, подлежащих диспансеризации, осуществляется в результате взаимодействия деятельности в основном двух государственных ведомств: Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты населения, осуществляющих интегрирование медицинской и социальной систем обеспечения пожилым лицам и инвалидам. Медико-социальная помощь также оказывается и негосударственным сектором - неправительственными организациями и общественными объединениями.

Таким образом, современный период характеризуется реформированием системы социального обеспечения с организацией трехуровневой системы, принятием законодательных актов, создающими нормативно-правовую основу социальной защиты контингента диспансерного наблюдения, ориентированную на соответствие международным нормам и стандартам.

**Медициналық әлеуметтік жұмыс–денсаулық сақтау жүйесінде
мультидисциплинарлық қызметтің ерекше түрі
А.А. Абдулин**

Медициналық әлеуметтік қызмет тұрғындар денсаулығы мен денсаулық сақтауда өз орныны алған жоқ. Мамандарға міндеттер өңделмеген, тұрғындар әлеуметтік қорғау жағынан да денсаулық сақтау жағынан да қазіргі уақытта әлеуметтік тапсырыс қарастырылмаған, бұл саладағы мамандарға дайындау жүргізілмейді.

**Medical-social work as the special kind of multidisciplinary activity in public health services system
A.A. Abdulin**

Medical-social work yet hasn't taken a due place in system of conservation and rising of level of health of the population. Demands to the expert are insufficiently worked, both from population social protection, and from public health services positions; currently the social order for experts of such profile isn't generated; preparation of experts in medical-social work isn't conducted.

УДК 614.2

**ЕДИНАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АСПЕКТЕ РАЗВИТИЯ
«ЭЛЕКТРОННОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА»**

**Ж.С. Абеуова
ГККП «Городская поликлиника №22», г. Алматы**

История создания электронных правительств идет параллельно с развитием информационных технологий. «Электронное правительство» подразумевает использование информационных технологий, в частности Интернета, как наиболее доступного средства электронного взаимодействия.

«Электронное правительство» имеет следующие основные цели:

- оптимизация предоставления правительственных услуг населению и бизнесу;
- повышение степени участия всех избирателей в процессах руководства и управления страной;
- поддержка и расширение возможностей самообслуживания граждан;
- рост технологической осведомленности и квалификации граждан;
- снижение воздействия фактора географического местоположения.

Основу информационного пространства органов государственной власти составляют информационные системы, которые способны обеспечить поддержку принятия органами государственной власти как в сфере управления экономикой, так и в области безопасности личности, общества, государства на основе управления информационными потоками, то есть обеспечения соответствующими электронными документами нормального ритма работы государственной власти. Через электронные документы поставляется информация лицам, принимающим решения, а через электронные документы эти же решения доводятся до исполнителей.

Основу интегрированной системы создают информационные ресурсы министерств и ведомств. Используемые информационные системы обеспечивают полноценное и эффективное информационное обслуживание органов государственной власти и доступ всех органов управления к сформулированным информационным ресурсам в соответствии с законодательно установленным регламентом.

Создание «электронного правительства» в Казахстане имеет долгосрочную перспективу и его претворение в жизнь охватывает несколько этапов.

Первый этап - создание инфраструктуры «электронного правительства». Реализация ГПФЭП в РК в рамках данного этапа была направлена на создание таких базовых компонентов, как портал и шлюз "электронного правительства", "платежный шлюз" для взаимодействия с банковской системой, национальная идентификационная система, единая транспортная среда государствен-

ных органов, создание и развитие межведомственных и типовых систем центральных и местных исполнительных органов, а также проведение мероприятий по обеспечению доступа к электронным услугам, организацию работы по ликвидации информационного неравенства и повышение уровня образования в сфере ИКТ, а также на данном этапе планируется оказание информационных и интерактивных услуг [1].

Второй этап - развитие сервисов «электронного правительства» - направлено на развитие разнообразных сервисов, охватывающих все сферы жизнедеятельности граждан и функционирования государственных органов. На данном этапе реализовываются транзакционные услуги.

Третий этап - построение информационного общества - предусматривает трансформацию деятельности государственных органов и организаций, построение информационного общества, включая реализацию таких проектов, как е-медицина, е-образование, е-культура, е-демократия (е-услуга - услуга, осуществляемая средствами информационно-коммуникационных технологий) и другие [2].

В соответствии с Государственной программой реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы начата реализация инвестиционного проекта «Создание Единой информационной системы здравоохранения Республики Казахстан» (ЕИСЗ). В рамках, которого запланировано обеспечить все организации здравоохранения современной ИТ-инфраструктурой, создать интегрированную систему, позволяющей обеспечить движение медицинской информации о пациентах между уровнями оказания медицинской помощи, сформировать электронный паспорт здоровья населения Республики Казахстан.

Приоритетность создания единой информационной системы здравоохранения обусловлена следующими потребностями Министерства здравоохранения:

- предоставлять количественную и качественную информацию о медицинской организации для обеспечения законного права пациента выбора организации здравоохранения для обращения;
- осуществлять эффективный мониторинг и оперативное принятие управленческих решений на основе анализа накопленной информации, проводить сбалансированную политику в области охраны здоровья населения, осуществлять контрольно-надзорные функции за деятельностью медицинских образований, формировать единую и согласованную политику в здравоохра-