

Қожа Ахмет Ясауи атындағы
Халықаралық Қазақ – Түрік университеті
Шымкент медицина институты
«Жоғарғы медициналық білімнен кейінгі білім беру»
факультеті Профилактикалық медицина және
стоматологиялық пәндер кафедрасы.

Реферат

**Тақырыбы : Әр түрлі елдерде
денсаулық сақтауды қаржыландыру
түрлері.**

Қабылдаған: м.ғ.к, профессор Бектұрғанов Р.С

Орындаған : резидент – Үмбетәлі Т

Тобы: РОМҚ-201

Денсаулық сақтау жүйесін жақсарту мен қаржыландыру

- Денсаулық сақтау жүйесін тиімді құру, бастапқы медициналық-санитарлық көмектің басым дамуы негізінде.
- Денсаулық сақтау саласында басқару жүйесін және менеджментін жетілдіру.
- Денсаулық сақтауды қаржыландыру механизмін жетілдіру.
- Медициналық қызметтің жоғары сапасымен және қол жетімділігімен қамтамасыз ету. Осы міндеттерді дұрыс орындау үшін қаржыландыруды ұйымдастырып жүргізу керек.
- Қаржыландыру жүйесін жетілдіру мемлекеттік бағдарламаның басымдық міндеттерінің бірі болып табылады.

АҚШ денсаулық сақтау жүйесі
Медицина саласына бағыттылған
шығындары бойынша АҚШ әлем
бойынша бірінші орында тұр. (2,26
триллион доллар немесе 7439 доллар бір
адамға)



ДДҰ-ның зерттеулеріне сәйкес, 2000 жылы Америка Құрама Штаттары ең тұрақты медициналық жүйеге ие деп танылған. Сондай-ақ, Америка құпиялылық пен пациенттерді құрметтеу, пациенттердің қажеттіліктерін қанағаттандыру және көмек көрсету туралы уақтылы дайындалуда жетекші орын алады.

Бірақ Құрама Штаттар медициналық көмек көрсету деңгейі бойынша 37-орынды және жалпы денсаулық сақтау бойынша 33-ші орынды иеленді.



Денсаулық сақтау жүйесінің құрылымы

Министр

- Жүйені басқару, Медицина проблемаларын тікелей шешу

Директорлар

- медициналық жүйені бақылау және әлеуметтік бағдарламаларды жүзеге асыру, медицина ғылымының мониторингін жүргізу, денсаулық сақтау, халықтың әл-ауқаты мен әлеуметтік әл-ауқаты туралы билікке мониторинг және есеп беру



АҚШ медицинасы келесі деңгейде жұмыс істейді

отбасылық медицина - дәрігерлер пациенттердің жалпы сараптамасын жүргізеді, қажет болған жағдайда оларды тар маманға бағыттайды.

ауруханалық көмек - медициналық жүйеде орталық орынды алады, бірақ жақында оның маңызы азайып, емханалардың, жедел жәрдемнің және емханалардың қызметімен ауыстырылады.

Қоғамдық денсулық сақтау

Денсаулық сақтау жүйесі қаржыландыру түрлерімен және орындалатын функциялармен ерекшеленетін көптеген қызметтерден тұрады, оның ішінде:

денсаулық сақтау және профилактикал

- аурулардың алдын алу, экологиялық жағдайды қадағалау, азық-түлік, су, ауа сапасын бақылауды жүзеге асырады

Қарапайым стационарлық медициналық көмек

- қысқа мерзімді стационарға маманданған

Арнайы стационарлық медициналық көмек

- стационарда ұзақ, жоғары білікті және техникалық жағынан күрделі емдеуді қамтамасыз ету болып табылады.

АҚШ-тың денсаулық сақтау жүйесі плюралистік сипатқа ие, бұл бірыңғай орталықтандырылған басқарудың жоқтығы мен медициналық мекемелердің көптеген түрлерінің жоқтығынан көрінеді. Бірақ мүлде барлық мекемелер тек қана медициналық қызметтер көрсетеді. Азаматтардың бірнеше санатына тегін емделетіні үшін шығындарды мемлекет немесе арнайы қорлар өтейді.

Америкадағы ауруханалар үш түрге бөлінеді

- Мемлекеттік
 - қаржыландыру федералды және мемлекеттік үкіметпен жүзеге асырылады
 - Ардагерлерге, мүгедектерге, мемлекеттік қызметшілерге, туберкулезге және психикалық ауруға шалдыққан науқастарға қызмет көрсету.
- Жеке тиімді (коммерциялық)
 - жеке, топтық және акционерлік негізде өз капиталын қалыптастыру
 - типтік бизнес кәсіпорын болып табылады. (барлық аурухана 30% -ға дейін)
- Жеке тиімді емес
 - діни немесе этникалық топтар немесе жергілікті тұрғындардың бастамасымен құрылған, олар жалпы қорытынды қорының 70% құрайды

Елде 1100 стационар бар. 375 ірі мекеме Американдық медициналық колледждер қауымдастығының (American Medical Colleges Council of Hospitals and Health Systems (COTH) оқыту жөніндегі ағылшын қауымдастығы) ауруханалық жаттықтырушылар кеңесінің құрамына кіреді. COTH ауруханалары елдегі аурухана қайырымдылықтарының шамамен 40% құрайды



Госпиталь Джона Хопкинса

Мемлекеттік бағдарламалар:

Төмен табыстары бар адамдарға көмектесуге арналған **Medicaid** бағдарламасы федералды үкімет пен мемлекет тарапынан қаржыландырылады. Әрбір жеке мемлекеттің өз Medicaid бағдарламасы болғандықтан, бұл мемлекеттік басқаруда елеулі қиындықтар тудырады. Medicaid қызметтерін пайдалану үшін осы адамның қаржылық жағдайының белгілі бір деңгейден төмен екенін дәлелдеу қажет. Осы бағдарлама бойынша 5 қызмет көрсетіледі: стационарлық және амбулаториялық-емханалық көмек, әртүрлі мамандардың консультациялары, мейірбикелік үйде болу, зертханалық диагностика және рентгендік зерттеу әдістері. «Medicaid» халықтың әртүрлі санаттары үшін бастапқы мүмкіндіктерді құру және елдегі табыстарды қайта бөлу бойынша үлкен рөл атқарады. 2006 жылғы деректерге сәйкес, бағдарлама 38,3 миллион американдыққа көмектесті.

Medicare 65 жастан асқан адамдарға, сондай-ақ денсаулыққа байланысты проблемалары бар зейнеткерлікке шыққан жастағы азаматтарға көмектесуді мақсат етеді. Қаржыландыру көздері ретінде: еңбекақы төлеу, прогрессивті табыс салығы және корпоративтік табыс салығы. Medicare аурухана кірісінің 35% -дан 50% -на дейін қамтамасыз етеді. [

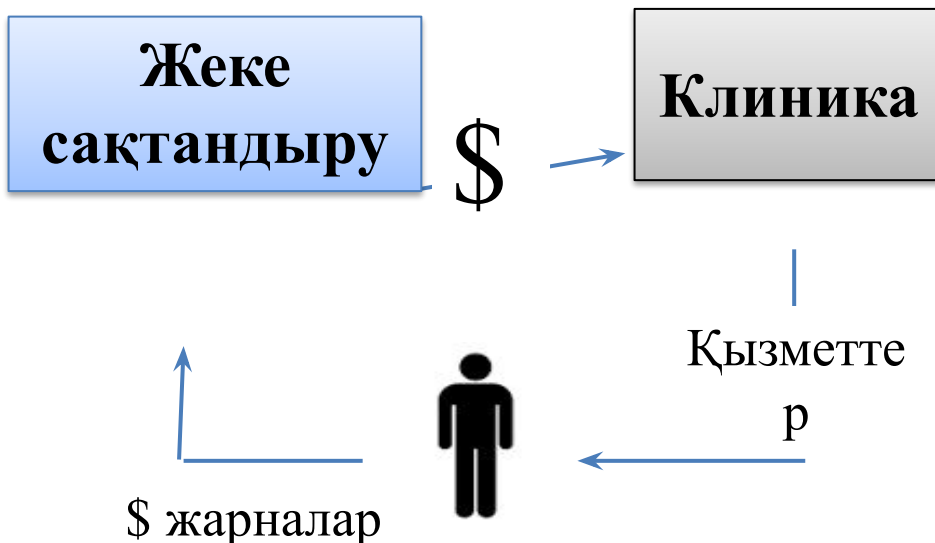
Жеке сақтандыру



Кірістерді мәжбүрлемей жинау барлығының денсаулық сақтау саласындағы қажеттіліктерін жабуға жеткілікті қаражаттың жинақталуын болдырмайды. Көптеген жекелеген «жүйелер» болады.

(+) Азаматтың ниеті мен табысына байланысты сараланған қызметтер пакеті

(-) Бағалардың бақыланбауы, мед. ұйымдардың медициналық емес факторлар бойынша бәсекелестігі, экономиканың жоғары денсаулық сақтау шығыстары, төлем қабілеттілігі болмаған жағдайда мед. қызмет көрсетулерге қолжетімділіктің болмауы



Жапонияның денсаулық сақтау жүйесі

әлемдегі аса дамығандардың біріне жатады.

Профилактика мен реабилитация денсаулық сақтаудың шығыстарын түсіріп және оның сапасын көтеруге бағытталды.

Денсаулық сақтау жүйесі барлық халықты медициналық сақтандыруға негізделген .Оған жауапты мемлекет пен жеке үлестерге жұмысберушілер

Қазіргі таңда Жапонияның денсаулық сақтау шығыстары 8,1% құрайды.

Бұл көрсеткіш АҚШ-тан гөрі жақсы,өйткені оларда медициналық қызмет көрсетуге 2 есе артық шығын кетеді.

Жапония сақтандыру компанияларына пайда түсіруіне тыйым салып ,сонымен қатар дәрігер науқастарға қызмет көрсету барысында қатал дефект жасаса, олардың төлемақыларын шектеумен бұл көрсеткішке жетті.

Бірақ келесі мәселені ойдан шығармағаны дұрыс,АҚШ пен Жапонияның шығыстарының айырмашылығы,Күн шығыс елдерде аурушандылық деңгейі төмен және де азырақ «агрессивті» емдеу тәсілдері қолданылады.

Жапонияда 2 негізгі медициналық сақтандыру жүйесі бар:

- Ұлттық Денсаулық Сақтау жүйесі
 - Мүгедектер, жұмыссыздар жағдайы төмен отбасылар жатады
- Жалдамалы еңбек пен жұмыскерлерді қамтитын Жапониядағы үлкен жүйе
 - Дәрігерлер мен ауруханаларды таңдауға шек қойылмайды. 10-30% пациенттердің үлестері қатысады. Бірақ орташа деңгейдегі отбасыға айына 677 доллар көлемінде төлемдердің жоғары шегі бекітілген
- Статистика бойынша жылына жапондық отбасы 2300 доллар жеке қаражатынан төлейді.

Мемлекетте 140 мың емдеу мекемелері бар, соның ішінде 80 мың емхана (кейбіреуі стационарлы бөлімшемен), 10 мың аурухана, үкіметтің префектураларымен басқарылатын 850 медициналық орталық, 50 стоматологиялық клиника. Жеке меншік дәрігерлердің кабинеті емхана ретінде аталынады, яғни осылар емханалардың көп бөлігін құрайды.



Көбінесе ауруханалар жеке меншік, бірақ қызметтердің бағасы мен тарифын үкімет қояды. Сондықтан науқастарға жеке меншік пен мемлекеттік мекемелер арасында айырмашылық жоқ. Жапондық ауруханаларда госпитализация жағынан қиындық туады, себебі жағдайы одан нашар, тривиальді ем алатындар саны көп. АҚШ-тың үлкен ауруханаларындағыдай тәулік бойы жұмыс істейтін толық дәрігер-мамандармен қамтылған ауруханалар жоқ. Ауруханалар мен клиникаларға компенсация әр қызмет үшін беріледі. Амбулаторлы және стационарлы емделуге тариф бірдей. Стационарда жату қымбатқа түседі. Сақтандыру өтемақысы 70% құрайды.



медициналық университеттердің түлектеріне отбасылық дәрігер болу үшін Мемлекетте қатал таңдау мен қиын емтихандар өткізіледі. Жас дәрігерлер кең спектрлі

медицина мамандықтарында 3 жыл практикалық жұмыс стажы болу керек. Соның ішінде терапия, педиатрия, жедел медициналық көмек, хирургия, психиатрия. Бір мезгілде 2 жылдық арнайы дайындық курсы өтулері тиіс.

Жапонияда университеттер ішінде 80 медициналық мектеп 6-жылдық оқытумен жұмыс істейді, дәрігерлер дайындайды. Жыл сайынғы қабылдау шамамен 8 мың студент. Студенттердің арақатынасы 3:1-ден 20:1 ауытқиды, бұл туралы медициналық жоғары оқу орындарында нақты әйелдерді кемсітудің туралы айтуға болады. Оқу ақысы, медициналық жоо-ларда төлемі 2,5 есе жоғары техникалық және 3,5 есе және одан жоғары гуманитарлық оқу орындарынан. Жаңа оқыту жүйесі жас мамандарға ауруханаларды таңдау мен кәсіби даярлау алуға мүмкіндік берді. Нәтижесінде жас мамандар үлкен қалаларда шоғырланды. жұмыс күшінің жеткіліксіздігінен, университеттер алдында жергілікті ауруханаларға жіберілген дәрігерлерді шақырып жатыр. психологтардың, дәрігерлердің, бұрын жіберсе, жергілікті аурухана. Медициналық сарапшылардың айтуынша, мансаптық стратегияны қайта қарап қатаң белгілі бір уақыт кезеңіне дәрігерлерді провинцияға жіберу.

Ішкі факторлар

Медициналық мекеменің ерекшеліктерімен анықталады. Бұл медициналық мекеме өз жұмысында бір нәрсе өзгерту арқылы әсер ете алатын факторлар.

Мысалы, көрсетілетін қызметтерге тарифтердің жеткіліксіздігінен медициналық мекеме тіпті жақсы өндірістік көрсеткіштерімен салмақты қаржылық қиындықтар көруі мүмкін, немесе керісінше, төмен өндірістік көрсеткіштермен тұрақты бюджеттік қаржыландырудың арқасында жақсы қаржылық жағдайда болуы мүмкін.

Медициналық сақтандырудың экономикалық негізі

- ❖ Арнайы сақтандыру қорлары қаржыландырылатын денсаулық сақтаудың жүйесі.
- ❖ Сақтандыру қорының үлкендігі мен оның қажетті қорын арудың қауіптік жағдайының болу ықтималдылығының негізінде есептеледі.
- ❖ Денсаулық сақтауды қаржыландырудың оптималды моделі Қазақстан үшін – нарықтық қатынасы бар бюджеттік модель.
- ❖ Бұл тұрғындарды тәуелсіз жалпыға бірдей медициналық көмекпен қамтуға және қажеттілікке мүмкіндік береді, тұрғындардың осал топтарын жоғары деңгейде қорғауды қамтамасыз етеді, медициналық қызметтің еңбек мотивациясының механизмін дамытуға да мүмкіндік береді.

Медициналық мекеменің қаржылық жағдайына әсер ететін негізгі екі топты бөліп қарастыруға болады

- ❖ **Сыртқы факторлар**
- ❖ **Ішкі факторлар**

Сыртқы факторлар медициналық көмектің, қызмет бағытының және т.б. түрлерінің әр түрлі пайдасын медициналық мекеме жұмысының нағыз көрсеткіштеріне байланыссыз анықтайды. Бұл қазіргі жағдайларда экономикалық көзқараспен қарағанда ЕПМ – нің ең тиімді қызмет бағыттарын таңдау бағыттары. Алайда бұл қоғамның және медицинаның көзқарасы бойынша тиімді қызмет түрі болмауы да мүмкін.

Қорытынды

Нарықтық экономика жағдайларында медициналық мекемелердің қызметін қаржыландыру тәжірибесінде қаржылық менеджментті жүзеге асыра алу қабілеттілікке көп тәуелді, сол арқылы максимальды экономикалық әсермен денсаулық сақтау саласының мақсатына жету қамтамасыз етіледі (халық денсаулығын қорғау және нығайту).

Қойылмаған мақсатқа жету жолдары ЕПМ қызметін жоспарлау мен қаржылық басқару ерекшеліктерімен анықталады.

Қаржылық жоспарлау мен қаржылық басқару

- Осы қаржылық жоспарларды құрастыру мен жүзеге асыруға ЕПМ – ның қаржылық ресурстарымен қамтамасыз етілуі тәуелді.
- Денсаулық сақтаудағы қаржылық жоспарлаудың объектілері жеке ЕПМ – нің қаржылық қызметі болады.

Пайдаланылған әдебиеттер

- Аканов А, Куракбаев К. Организация здравоохранения Казахстана А, 2006
- Арингазина А. Укрепление здоровья: теория и планирование программ А, 2003
- Лисыцын Ю. Общественное здоровье и здравоохранение ГЭОТАОР 2007
- Интернет желілері
- www.google.ru