

контроля использования дорогостоящих лекарств и расходных материалов, эффективного использования коечного фонда и людских ресурсов. Такой объем информационных потоков можно обеспечить и поддерживать только с помощью автоматизированной системы управления и контроля на базе управления здравоохранением.

Медленное внедрение комплексных медицинских информационных систем (МИС) в нашей стране обусловлено рядом объективных и субъективных причин:

Достаточно высокая стоимость МИС и расходы на их дальнейшее сопровождение зачастую не укладываются в рамки ограниченного муниципального бюджета. Многие руководители пытаются просчитать экономическую эффективность от внедрения МИС по той схеме, которая предназначена для расчета экономической эффективности от внедрения новой техники в производство, в то время как практика внедрения МИС показывает, что для этого требуется своя методология и специфические подходы. Так, по экспертным оценкам, внедрение медицинской информационной системы в лечебно-профилактическом учреждении позволяет уменьшить время постановки диагноза на 25%, сократить время поиска информации в четыре раза, увеличить поток больных на 10-20%, а также снизить процент врачебных ошибок.

В заключении следует констатировать, что современные медицинские информационные системы предоставляют врачам и пациентам качественно новые возможности. Вместе с тем, их внедрение порождает ряд проблем, требующих значительных преобразований в нормативно-правовых аспектах, технологиях информационных систем и подготовке соответствующих кадров. Однако несомненен тот факт, что эра электронного информирования неизбежно охватит все мировое медицинское сообщество в ближайшем будущем.

Литература

1. Архипов В.В. Использование современных информационных систем в управлении многопрофильным стационаром // *Здравоохранение*. 2002. № 2. С. 161-167.
2. Варфоломеев В.И., Воробьев С.Н. Принятие управленческих решений: учебное пособие. М.: КУДИЦгОБРАЗ, 2001. 288 с.
3. Концепция развития электронного здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2020. URL:http://www.mz.gov.kz/files/konckrez_ru.pdf.
4. Виноградов К.А. Совершенствование управления здравоохранением на региональном уровне с использованием информационных технологий: дис... докт. мед. наук. Москва, 2005. 253 с.
5. Зарубина Т.В. О перспективах развития ИТ-образования врачей // *Врач и информационные технологии*. 2008. № 5. С. 68-70.
6. Разработка информационной системы для медицинских учреждения-Гордеев Д.А., ИСИ СОРАН, 2010.

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В РК

А. Шерханов,
научный руководитель Л.Г. Сатаева
Казахстан, г. Алматы,
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Новые экономические отношения, сформировавшиеся в РК, предполагали и значительные реформы в системе здравоохранения. Как отмечает ВОЗ, анализ ситуации в тех странах, где прошли существенные политические и экономические реформы, показал, что переходный период, как правило, сопровождается серьезным

ухудшением здоровья населения и низким уровнем финансирования здравоохранения [1, 2].

По данным Европейского регионального бюро ВОЗ, по удельному весу расходов на здравоохранения (% от ВВП) Казахстан находится на одном из последних мест в СНГ, несмотря на неплохие макроэкономические параметры в целом. По нормативам ВОЗ, расходы на здравоохранение не должны быть менее 5 % от ВВП.

В таблице 1 приведена динамика экономической структуры населения РК.

Таблица 1. Динамика экономической структуры населения РК

<i>Показатели</i>	<i>2001</i>	<i>2003</i>	<i>2009</i>
Численность населения	100,0	100,0	100,0
В том числе в возрасте моложе трудоспособного	29,4	27,9	26,9
В трудоспособном возрасте	59,5	61,5	62,3
В возрасте старше трудоспособного	11,1	10,6	10,8

Среди институциональных изменений, произошедших в последние годы, в структуре управления отраслью следует отметить восстановление Министерства здравоохранения Республики Казахстан, создание Комитета фармации, фармацевтической и медицинской промышленности.

Процесс лекарственного обеспечения стали осуществлять в основном аптечные организации негосударственной формы собственности (97%). Дистрибьюторский сектор представлен тоже в основном частным капиталом (98 %). Таким образом, в результате проведенных институциональных изменений в системе здравоохранения фармацевтический сектор РК практически полностью стал частным.

В настоящее время система здравоохранения подразделяется на государственный и негосударственный сектор. Поэтому основные задачи и научные направления в системах здравоохранения разных стран мира сводятся к возможностям продления жизни человека при обеспечении ее качества, в том числе путем совершенствования лекарственного обеспечения.

Реформирование здравоохранения в стране проводилось непродуманно и наспех. Важнейшим его «достижением» стала децентрализация или полный развал советской модели управления этой важнейшей отраслью.

За годы реформ в Казахстане произошло изменение численности врачей всех специальностей, коечного фонда, общего числа медицинских учреждений и процесса лекарственного обеспечения в целом.

Дефицит средств на здравоохранение привел к резкому росту неплатежей и следующим негативным явлениям:

- современная политика в области здравоохранения не позволяет получать помощь гражданам, оказавшимся на территории других районов (областей);
- права граждан на свободный выбор врача не реализованы, так как граждане, живущие на территориях, прилежащих к границам между районами (областями), не могут воспользоваться бесплатными услугами находящейся рядом больницы другого района (области) и вынуждены ехать в свои территориальные больницы;
- сформировался устойчивый теневой рынок в отрасли здравоохранения.

Выводы. Сегодня для получения формально бесплатной медицинской помощи, а часто и лекарственной, приходится платить, поэтому в худшем положении оказываются социально незащищенные слои населения.

Литература

1. Мошкова Л.В., Коржавых Э.А. Фармацевтическая безопасность и фармацевтическое здоровье нации // Материалы III Международной конференции «Фармацевтическая биоэтика». Москва. 2007. С. 76-77
2. Мироненкова Ж.В., Лозовая Г.Ф. Развитие информационных сетей в фармацевтической отрасли // Тезисы докладов X Российского национального конгресса "Человек и лекарство". Москва. 2003. С. 12.
3. Мунблит В. Система государственного (льготного) обеспечения лекарственными средствами как один из ключевых моментов системы здравоохранения // Ремедиум. 2007. № 4. С.18-21.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ

*Я.Д. Ширшова,
научный руководитель Ю.А. Каляева
Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,
Магнитогорский государственный технический университет им. Носова*

Современные экономические проблемы в социальной защите населения относят к числу наиболее важных и актуальных. Ее значимость определяется тем, что в первых социальная защита – это соответствующая политика государства по обеспечению прав и гарантий в области уровня жизни, удовлетворение потребностей человека: права на минимально достаточные средства жизнеобеспечения, на труд и отдых, защиту от безработицы, охрану здоровья и жилище, на социальное обеспечение по старости, болезни и в случае потери кормильца, для воспитания детей и др., а во вторых это политика государства по обеспечению конституционных прав и минимальных гарантий человеку не зависимо от его места жительства, национальности, пола, возраста, иначе в социальной защите нуждаются все конституционные права и свободы личности – от права на собственность и свободу предпринимательства до личной неприкосновенности и экологической безопасности.

Цель данной статьи – это разрешение современных экономических проблем возникающих в социальной защите населения. Экономические проблемы в социальной защите населения касаются почти каждого человека. Они затрагивают тех, кто объективно не имеет возможности обеспечить себе достойный уровень жизни.

Социально-экономические проблемы связаны с уровнем жизни семьи, ее бюджетом. Семьи с несовершеннолетними детьми и среднедушевым доходом ниже прожиточного минимума по-прежнему остаются основной группой бедного населения. Уровень благосостояния семей напрямую связан с численностью детей, воспитывающихся в ней. Например, среди многодетных неполных семей с тремя и более детей доля семей со среднедушевым денежным доходом ниже прожиточного уровня составила 93,6%.

Низкий уровень заработной платы, не обеспечивающий потребности семьи по содержанию иждивенцев, отставание размеров социальных выплат от роста стоимости жизни являются фактами, обуславливающими широкое распространение бедности среди семей с несовершеннолетними детьми. В настоящее время большая часть помощи многодетным осуществляется государством. Бедность же сельских жителей привела к тому, что многие деревни стали вымирать, развалилась инфраструктура, свертывается сеть культурно-досуговых дошкольных учреждений, разрушена система бытового обслуживания, транспорта, связи и торговли, узость рынка труда в