

**Государственная программа  
развития здравоохранения Республики Казахстан  
«Денсаулық» на 2016-2020 годы**

**Содержание**

1. Паспорт Программы
2. Введение
3. Анализ текущей ситуации
4. Цели, задачи, целевые индикаторы и показатели результатов реализации Программы
5. Основные направления, пути достижения поставленных целей Программы и соответствующие меры
6. Этапы реализации Программы
7. Необходимые ресурсы

**1. Паспорт программы**

Наименование программы	Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы (далее – Программа)
Основание для разработки	Указ Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года»; Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства»; Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 11 ноября 2014 года «Нұрлыжол – путь в будущее»; Национальный план Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева «100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ»
Государственный орган, ответственный за разработку Программы	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан
Государственные органы, ответственные за реализацию Программы	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, Министерство внутренних дел Республики Казахстан, Министерство иностранных дел Республики Казахстан, Министерство культуры и спорта Республики Казахстан, Министерство национальной экономики Республики Казахстан, Министерство обороны Республики Казахстан, Министерство образования и науки Республики Казахстан, Министерство по инвестициям и развитию Республики Казахстан, Министерство сельского

	хозяйства Республики Казахстан, Министерство финансов Республики Казахстан, Министерство энергетики Республики Казахстан, Министерство юстиции Республики Казахстан, Национальный банк Республики Казахстан, акиматы областей, городов Астаны и Алматы			
Цель Программы	Укрепление здоровья населения для планомерного достижения показателей здоровья уровня 30 наиболее развитых стран мира путем модернизации национального здравоохранения			
Задачи	<p>1. Укрепление здоровья населения на основе обеспечения санитарного благополучия, профилактики факторов риска, пропаганды здорового питания и стимулирования здорового образа жизни;</p> <p>2. Обеспечение доступности и всеобщего охвата населения качественными медицинскими услугами на основе интегрированной системы здравоохранения;</p> <p>3. Создание эффективной системы здравоохранения, основанной на солидарной ответственности государства, работодателя и граждан.</p>			
Срок реализации	2016-2020 годы: первый этап: 2016-2018 годы второй этап: 2019-2020 годы			
Целевые индикаторы	К 2021 году: увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения Республики Казахстан до 73 лет; снижение материнской смертности до 10,5 на 100 тыс. родившихся живыми; снижение младенческой смертности до 9,11 на 1000 родившихся живыми; снижение общей смертности до 6,3 на 1000 населения.			
Источники и объемы финансирования	На реализацию Программы в 2016-2020 годах будут дополнительно направлены средства республиканского, местных бюджетов и целевых взносов в социальное медицинское страхование, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан. Общие затраты из государственного бюджета на реализацию Программы составят 945 423 757,0 тыс. тенге.			
	По годам	Всего	Республиканский бюджет	Местный бюджет Другие источники
	2016 г.	248 371 984,0	248 371 984,0	
	2017 г.	161 684 683,0	161 684 683,0	
	2018 г.	166 482 916,0	166 482 916,0	

Г.				
2019	189 865 827,0	189 865 827,0		
Г.				
2020	179 018 348,0	179 018 348,0		
Г.				
Итого:	945 423 757,0	945 423 757,0		
Объем финансирования Программы будет уточняться при утверждении республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан.				

## 2. Введение

Для достижения стратегической цели, поставленной Главой государства Н.А. Назарбаева в Послании народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» по дальнейшему развитию страны и вхождению в число 30 наиболее развитых стран мира к 2050 году следует преодолеть разрыв в развитии между странами Организации экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР) и Казахстаном во всех сферах экономики и социального развития.

В этих условиях национальное здравоохранение должно обеспечить поддержание высокого уровня здоровья, продолжительности и качества жизни граждан наиболее эффективными способами с учетом изменения глобальных и локальных вызовов.

Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2020 годы (далее – Программа) разработана в соответствии с Указом Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года», Посланием Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства», Посланием Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 11 ноября 2014 года «Нұрлыжол – путь в будущее» и Национальным планом Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева «100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ» и является логическим продолжением предыдущих государственных программ реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы и «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

В ходе реализации предыдущих государственных программ был укреплен потенциал системы здравоохранения Казахстана, внедрены элементы рыночных механизмов и осуществлен трансферт современных медицинских технологий.

Данная Программа будет направлена на закрепление и развитие достигнутых успехов и решение имеющихся проблем в вопросах охраны здоровья в соответствии с новыми задачами, а также станет основой для планомерного

развития отрасли до 2050 года.

Реализация Программы будет способствовать устойчивости и динамичному развитию национального здравоохранения, ориентированного на нужды людей, с соблюдением принципов всеобщего охвата населения, социальной справедливости, обеспечением доступности качественной медицинской помощи и солидарной ответственности за свое здоровье.

### **3. Анализ текущей ситуации**

Целью реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (далее – Госпрограмма «Саламатты Қазақстан») было улучшение здоровья граждан для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны. Согласно отчету Глобального индекса конкурентоспособности (далее – ГИК) за 2014-2015 годы по индикатору «Здоровье и начальное образование» Казахстан занял 96 место из 144 стран (отчет 2014-2015 гг.). По Индексу человеческого развития в 2014 году республика вошла в группу стран с высоким уровнем развития, заняв 70 место из 187 стран.

#### **Медико-демографическая ситуация и заболеваемость**

За период реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» отмечены: увеличение численности населения в республике до 17417,7 тыс. человек (на 01.01.2015 г.) с ежегодным темпом прироста населения на 1,24%; рост ожидаемой продолжительности жизни до 71,62 лет (2010 год – 68,5 лет); снижение общей смертности населения на 19% (2010 год – 9,0 на 1000 населения, 2014 год – 7,57); увеличение рождаемости на 2,6% (2010 год – 22,53 на 1000 населения, 2014 год – 23,13); снижение материнской смертности более чем в 2 раза (2010 год – 22,7 на 100000 родившихся, 2014 год – 11,7); снижение младенческой смертности на 70,5% (2010 год – 16,58 на 1000 родившихся живыми, 2014 год – 4,92); снижение заболеваемости населения туберкулезом на 43,5% (2010 год – 95,3 на 100000 населения, 2014 год – 52,4) и смертности более чем в 2 раза (2010 год – 10,8 на 1000 населения, 2014 год – 4,9); удержание распространенности ВИЧ/СПИДа на концентрированной стадии (2014 год – 0,17).

Несмотря на позитивную динамику показателей здоровья населения, ожидаемая продолжительность жизни казахстанцев почти на 10 лет меньше, чем в странах-членах ОЭСР. Сохраняется значительная разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин (2014 год – 8,82 года), смертность у мужчин в трудоспособном возрасте на 24% выше, чем у женщин.

Имеются существенные различия в ожидаемой продолжительности жизни между регионами республики. Так, в северных и восточных регионах страны этот показатель ниже, чем средний по стране, что обусловлено высоким коэффициентом смертности, преобладанием лиц пожилого возраста и невысокой рождаемостью.

В настоящее время в Казахстане лица пожилого возраста составляют 7,7% от количества всего населения. В Казахстане доля населения старше 65 лет одна из самых низких в Содружестве независимых государств (далее – СНГ). В России, Беларуси и Украине данный показатель составляет около 12-13%. По прогнозам Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан (далее – МНЭ) численность населения страны к 2030 году превысит 21 млн. человек, доля пожилых людей увеличится до 11,1-11,3%. Изменение демографической ситуации с ростом хронических заболеваний повлияет на спрос медицинских услуг. Расходы на лечение хронических неинфекционных заболеваний уже превышают 50% от бюджета стационарной помощи.

Снижение показателей материнской, младенческой и детской смертности по подтверждению Межведомственной группы агентств ООН позволило Казахстану достичь 4 и 5 (детская и материнская смертность) Целей Развития Тысячелетия.

Внедрение в практику родовспоможения эффективных технологий, рекомендованных ВОЗ, позволило снизить до 40% уровень смертности детей в раннем перинатальном периоде, ранее составлявшем более 60% от всей младенческой смертности.

Основными причинами материнской смертности продолжают оставаться акушерские осложнения (2014 год – 65%). Индекс здоровья женщин составляет около 30 %, в отдельных регионах – 10% и ниже.

Анализ заболеваемости выявил рост бремени хронических заболеваний. Среди причин заболеваемости 4 фактора риска (высокое артериальное давление, уровень холестерина, табакокурение и употребление алкоголя) суммарно составляют 87,5% бремени заболеваний.

Ведущей причиной смертности населения являются болезни системы кровообращения (26% от общей смертности), наиболее частые – инсульты, инфаркты, острые коронарные синдромы, от которых ежегодно умирают около 35 тысяч человек. Рост первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения составляет почти 15% (2010 год – 2086,7 на 100 тыс. населения, 2014 год – 2394,7), заболеваемости сахарным диабетом – на 10,8% (2010 год – 146,6 на 100 тыс. населения, 2014 год – 164,4), являющейся одной из самых частых причин сердечно-сосудистых заболеваний.

Второй ведущей причиной является смертность от злокачественных новообразований (12,7% от общей смертности), от которых ежегодно умирают около 17 тысяч человек, из них 17,6% составляет рак легких. В структуре умерших от рака легких 82% составляют мужчины, в 90% причиной рака у которых является курение. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями увеличился на 9,7% (2010 год – 181,2 на 100 тыс. населения, 2014 год – 198,7).

В структуре смертности 12% (16 тысяч человек) составляет смертность от несчастных случаев, травм и отравлений. Первое место занимают суициды, от чего погибает ежегодно свыше 3000 человек, опережая смертность от дорожно-транспортных происшествий (далее – ДТП). По данным

Министерства внутренних дел (далее – МВД), большинство попыток и завершенных актов суицида совершается в состоянии алкогольного опьянения. Главными факторами, повышающими риск развития неинфекционных заболеваний, являются поведенческие и социально-экономические (материально-бытовые, доступ к питьевой воде и канализации, образование и транспортная инфраструктура).

По данным ВОЗ годовой уровень потребления алкоголя в Казахстане (в экв. л.ч. спирта/душ.нас.) снизился незначительно: с 7,1 (2007 год) до 6,6 (2012 год), распространенность табакокурения (% курения табака в возрасте  $\geq 15$  лет) – с 23,1 (2007 год) до 22,4.

По результатам национальных репрезентативных исследований 12% девочек, 17% мальчиков и 53,1% взрослых имеют избыточную массу тела или ожирение.

В республике отмечается стабильная эпидемиологическая ситуация по большинству инфекционных болезней. В настоящее время достигнут 95% охват иммунизацией против 11 вакциноуправляемых инфекций всего подлежащего детского населения. В 2012 году ВОЗ ресертифицировал Казахстан страной, свободной от полиомиелита и малярии.

Вместе с тем, несмотря на значительное снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза (снижение заболеваемости 7,5% ежегодно, смертности – более чем в 2,5 раза за 5 лет), по данным 2014 года Казахстан среди 18 стран Европейского региона с высоким уровнем распространенности туберкулеза занимает 7 место, по уровню первичного устойчивого туберкулеза – 2-ое, а в ГИК по распространенности туберкулеза – 104 место.

Предпринимаемые усилия позволили сдержать эпидемию ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан на концентрированной стадии. В ГИК по показателю «Распространенность ВИЧ в возрастной группе 15-49 лет» Казахстан вошел в группу стран, занимающих 1 место.

### **Система здравоохранения**

В период реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» впервые была поставлена и выполняется первостепенная задача формирования единой национальной политики межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья, совместная работа с государственными органами по реализации межсекторальных подпрограмм.

Министерство сельского хозяйства продолжает реализацию соответствующих программных мероприятий по обеспечению питьевой водой и канализованию; Министерство образования и науки – проект по обеспечению питания школьников, привитию навыков ведения здорового образа жизни; Министерство по чрезвычайным ситуациям – мероприятия по обеспечению медико-спасательной помощи и развитию санитарной авиации; МВД – комплекс мер по сокращению смертности от ДТП и травматизма, оказанию медицинской помощи больным туберкулезом в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Министерством здравоохранения и социального развития (далее – МЗСР) вместе с местными исполнительными органами проведены мероприятия по пропаганде здорового образа жизни и профилактике особо опасных инфекций.

Совместными мерами для регулирования поведенческих факторов в республике осуществлен полный запрет рекламы и ограничения продажи табачных изделий и алкоголя, курения и употребления алкоголя в общественных местах. Проводится поэтапное повышение акцизов на алкогольную и табачную продукцию. Увеличен возрастной ценз на продажу алкогольной продукции лицам до 21 года и введен запрет на продажу алкоголя в ночное время.

С целью информирования населения о здоровом питании за период с 2012 по 2014 годы проведен комплекс коммуникационных работ по профилактике ожирения. Казахстан сертифицирован международными организациями как страна, решившая проблему йодирования соли.

В целях усиления профилактической направленности на уровне первичного звена проведены следующие мероприятия:

внедрена Национальная скрининговая программа по 11 видам заболеваний;

проведено выравнивание между регионами финансирования первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) с увеличением тарифа в расчете на 1 жителя (с 169 до 486 тенге), внедрен комплексный подушевой норматив со стимулирующим компонентом (частичное фондодержание);

в организации ПМСП введены новые должности – социальные работники, психологи, вторая и третья медицинская сестра с соответствующим дополнительным финансированием;

увеличилось количество врачей общей практики (далее – ВОП) на 30%.

В результате финансирование ПМСП увеличилось до 28% в общем объеме финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП).

Для оперативности решения вопросов организации медицинской помощи в зависимости от местных особенностей сельское здравоохранение переведено на финансирование по глобальному бюджету.

Для обеспечения доступности и своевременности оказания медицинской помощи и скринингов для сельского населения в республике работают 49 передвижных мобильных комплексов (охвачено более 871 тыс. человек), 3 медицинских поезда (охвачено более 64 тыс. жителей), санитарная авиация (ежегодно около 1000 вылетов внутри и за пределами страны).

С целью смещения акцента с дорогостоящего стационарного звена на первичный уровень получили развитие ресурсосберегающие технологии.

Количество пролеченных больных в условиях дневного стационара увеличилось на 23,5% по сравнению с 2010 годом. Развитие стационарозамещающих технологий и интенсификация работы коек (средняя длительность пребывания в стационаре сократилась на 27%) позволило сократить и перепрофилировать более 14 тыс. единиц коечного фонда.

Внедрение современных методов оплаты стационарной помощи как клиничко-затратные группы (далее – КЗГ) позволило реинвестировать высвобожденные средства на развитие высоких технологий, в том числе в регионах. Получило развитие органная трансплантология (2010 год – 4 трансплантации, 2014 год – 220).

Создана эффективная кардиологическая и кардиохирургическая служба: количество кардиохирургических вмешательств возросло с 7000 до 70000 операций в год.

Для стимулирования раннего выявления онкологических заболеваний и эффективности использования бюджетных средств внедрена оплата по комплексному тарифу за каждого онкологического больного, зарегистрированного в регистре онкологических больных.

Продолжается работа по стандартизации в соответствии с международными требованиями: совершенствуются протоколы диагностики и лечения, алгоритмы, стандарты профильных служб.

Вместе с тем, несмотря на ряд мер по укреплению ПМСП, наблюдается медленный темп перехода организаций ПМСП на принцип семейной медицины. Не в полной мере обеспечена мотивация для формирования службы ВОП. Не разработаны механизмы экономической мотивации управления состоянием здоровья прикрепленного населения на уровне ПМСП.

Взаимодействие ПМСП с вертикальными службами (туберкулез, онкология, ВИЧ/СПИД и др.) построено не на партнерском взаимодействии, а на подотчетности ПМСП перед ними. Требуют решения вопросы улучшения преемственности между амбулаторно-поликлиническим, стационарным уровнем и службой скорой медицинской помощи.

Не смотря на сокращение коечного фонда, в Республике Казахстан показатели обеспеченности больничными койками выше, чем в странах ОЭСР на 20%. Также наблюдается более продолжительная средняя длительность пребывания в стационаре (8,1 койко-дней против 6,0 в странах ОЭСР). Избыточные показатели коечного фонда создают финансовую нагрузку на бюджет здравоохранения: на долю стационаров приходится более 60% бюджета системы здравоохранения. Также недостаточно выражена дифференциация коечного фонда по уровню интенсивности лечения.

Использование электронных баз данных для принятия управленческих решений в платежной системе ограничивает возможности реализации оптимальных решений в организации медицинской помощи по маршруту пациента.

В целом, в системе здравоохранения с учетом всех ведомств в настоящее время работает более 68,8 тысяч врачей (2014 год – 39,5 на 10 тыс. населения, ОЭСР – 42,0) и более 160 тысяч средних медицинских работников (2014 год – 91,9 на 10 тыс. населения).

В то же время в Казахстане наблюдается дисбаланс в кадровом обеспечении между уровнями оказания медицинской помощи (дефицит на уровне ПМСП



и села, профицит – на уровне стационара). В среднем 1 врач ПМСП обслуживает около 2200 прикрепленного населения, тогда как в странах ОЭСР нагрузка на него значительно ниже – менее 1500 человек. Имеется недостаток средних медицинских работников на уровне ПМСП (1,1 медсестры на 1 участкового врача при оптимальном соотношении 2-3).

Несмотря на внедрение стимулирующего компонента к подушевому нормативу, соотношение средней заработной платы ВОП в Казахстане к среднемесячной заработной плате в экономике составляет 1,1. Данный показатель в Великобритании – 1,9; Турции – 2,0; Словении – 2,5; Венгрии – 1,4; Эстонии – 1,7.

Существующие проблемы, связанные с неравномерным географическим и территориальным распределением, а также структурным кадровым дисбалансом, отягощаются недостаточной квалификацией имеющихся кадров, зачастую определяющие низкое качество медицинских услуг. В структуре врачебных кадров доля врачей с квалификационной категорией составила 46,5%, при этом доля категорированных врачей среди городского персонала выше, чем сельского (город – 48,0%, село – 39,3%).

Доля врачей предпенсионного и пенсионного возраста составила 22,7%, что наиболее выражено в сельских районах.

Существует нехватка кадров в области экспертизы лекарственных средств, медицинских изделий при государственной регистрации, инспекции производственных площадок, доклинических исследований, клинических исследований, в проведении фармаконадзора, мониторинга побочных действий лекарственных средств.

В период реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» проводилась планомерная работа по повышению потенциала медицинских и научных кадров: внедрены принципы кредитно-накопительной системы непрерывного профессионального образования; созданы симуляционные образовательные центры; внедрена система независимой оценки квалификации специалистов. Увеличен госзаказ на подготовку в магистратуре со 150 в 2012 году до 402 мест, в докторантуру PhD – с 30 до 100.

При обучении казахстанских специалистов высоким технологиям акцент сделан на обучение внутри страны. За 4 года в стране обучено более 93 тысячи медицинских кадров, за рубежом – 804 (ведущие клиники ближнего и дальнего зарубежья в Японии, США, Германии, Франции, Дании, Кореи, Литве, Латвии, России и др.).

Вместе с тем, необходимо дальнейшее совершенствование нормативного регулирования кадровой обеспеченности, планирования и прогнозирования, системы мотивации, формирования института профессиональных менеджеров. Имеется недостаточный потенциал исследователей и дефицит кадров с ученой степенью (более 650 специалистов), конкурентоспособность научных исследований низкая, неудовлетворительна их практическая значимость, недостаточное финансирование прикладных научных исследований (РК – 0,005% от ВВП, ОЭСР – 0,3% от ВВП).

На основе международного опыта создана Единая система дистрибуции лекарственных средств и изделий медицинского назначения (далее – ИМН). Внедряются международные стандарты качества (GMP, GDP, GPP и др.), созданы фарминспекторат и государственный орган по контролю качества фармацевтической продукции. Всего 61% лекарственных средств из всех зарегистрированных в Казахстане имеют сертификат GMP, 7 из 42 отечественных производителей и 40% лекарственных средств из закупа Единым дистрибьютором.

Проводится информационная работа с населением по лекарственным вопросам через средства массовой информации, функционирующий сайт и Call-линии.

Для обеспечения физической доступности лекарственной помощи жителям села организована реализация лекарственных средств через объекты ПМСП в более чем 3000 сельских населенных пунктах, не имеющих аптечных организаций.

На амбулаторном уровне в рамках ГОБМП более 2 млн граждан имеют возможность бесплатно получать свыше 400 наименований лекарственных средств.

В структуре расходов на ГОБМП 16,3% (142 млрд. тенге) составляет лекарственное обеспечение, из них доля лекарственных средств отечественных товаропроизводителей – 16,6%, в структуре расходов на лекарственные средства доля амбулаторного лекарственного обеспечения – 55% (в странах ОЭСР – 80%).

Республика Казахстан стала официальным наблюдателем Комиссии Европейской фармакопеи и полноправной страной-участницей Международной программы ВОЗ по мониторингу побочных действий лекарственных средств.

Внедрена и развивается формулярная система, принципы рациональной фармакотерапии на основе доказательной медицины.

Вместе с тем, сохраняется проблема качества лекарственных средств и их использования: полипрагмазия, свободный доступ населения к рецептурным препаратам и применение лекарственных средств с недоказанной эффективностью, присутствие на рынке контрафактной продукции. С учетом применения лекарственных средств с низкой эффективностью в рамках проекта Всемирного банка внедряются принципы доказательной медицины. Оснащенность медицинских организаций медицинским оборудованием увеличилась на 24,6 % (2010 – 43,2 %, 2014 год – 67,8 %): сельские – 61,1%, городские – 71,8%. Внедрен механизм финансового лизинга медицинского оборудования и предоставлена возможность самостоятельного оснащения необходимой медицинской техникой поставщиками медицинских услуг.

Для повышения эффективности использования оборудования введено гарантийное обслуживание до 3-х лет. Вместе с тем, требуется разработка дополнительных механизмов их обновления, дальнейшее совершенствование системы мониторинга и решение вопросов постгарантийного сервисного обслуживания.

В санитарно-эпидемиологической службе внедрена система прогнозирования и управления рисками, организованы 5 зональных вирусологических лабораторий, созданы специализированные лаборатории по контролю безопасности пищевой продукции, отвечающие требованиям ВТО, в календарь прививок внесена вакцинация детей от пневмококковой инфекции. В тоже время, переход санитарно-эпидемиологической службы в МНЭ существенно осложнил решение стратегических задач охраны здоровья и осуществление функций общественного здравоохранения.

Внедрение Единой национальной системы здравоохранения (далее – ЕНСЗ) позволило применить элементы рыночных механизмов. Проведена консолидация средств ГОБМП на уровне Единого плательщика, межрегиональное выравнивание тарифов, внедрен принцип «деньги следуют за пациентом». Применяются новые методы оплаты с учетом фактических затрат через Единого плательщика (амбулаторное звено – по комплексному подушевому нормативу (частичное фондодержание), стационарной помощи – по КЗГ), глобальный бюджет онкологии и села, частичное фондодержание). Разработан комплексный подход к управлению качеством: система аккредитации медицинских организаций, внутренний аудит, независимая оценка знаний и навыков.

Объем финансирования отрасли вырос в 1,5 раза: с 555 млрд. тенге в 2010 году до 870,7 млрд. тенге в 2014 году.

Создана конкурентная среда с обеспечением равных условий при оказании ГОБМП для частных и государственных поставщиков медицинских услуг. Доля частных поставщиков услуг ГОБМП возросла с 0 в 2009 году до 27,4% в 2014 году.

Государственные медицинские организации расширили самостоятельность путем перехода в статус организации на право хозяйственного ведения (далее – ПХВ) с наблюдательными советами.

С момента внедрения ЕНСЗ реализация принципа свободного выбора стационара обеспечила населению доступность к медицинской помощи, в том числе в научные центры и институты. Количество граждан РК, воспользовавшихся своими правами по свободному выбору, по сравнению с 2010 годом увеличилось в 2,5 раза, сельских жителей – в 3 раза (45%).

Вместе с тем, анализ макроэкономических показателей выявил существенное отставание размеров бюджетных инвестиций в здравоохранение в Казахстане от уровня развитых стран. Доля общих расходов на здравоохранение в ВВП в Казахстане – 3,6%, ОЭСР – 9,4%.

В целом государственные расходы на здравоохранение на душу населения в Казахстане в 9 раз ниже, чем в странах ОЭСР (Казахстан – 268 долл. США; ОЭСР – 2414).

Вследствие недостаточного финансирования здравоохранения в Казахстане сохраняется высокий уровень частных расходов на получение медицинской помощи (РК – 35,4%, ОЭСР – 19,6%, ЕС – 16,3%). По ВОЗ уровень расходов населения свыше 20% является признаком низкой финансовой устойчивости системы здравоохранения и характеризует повышенный риск для населения.

Финансирование ГОБМП осуществляется за счет средств государственного бюджета без солидарной ответственности государства, работодателя и гражданина. В результате недостатка финансирования наблюдается низкий уровень финансирования сектора первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП). В Казахстане – 95 долл. США на 1 жителя, Эстония – 231, Словения – 369, ОЭСР – 558.

Требуют дальнейшего совершенствования механизмы эффективности использования средств ГОБМП на уровне поставщиков медицинских услуг. Формирование конкурентной среды ограничено низкими темпами приватизации объектов здравоохранения, а также недостаточным внедрением корпоративного управления и государственно-частного партнерства (далее – ГЧП).

Необходимо изменение системы планирования от индикативного (привязка к структурным параметрам сети и штатам) на ориентированное на результат, переход от Единого плательщика к стратегическому закупу медицинских услуг.

Независимыми экспертами Международного Банка Реконструкции и Развития в декабре 2014 года опубликован Отчет о результатах реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан», которая успешно реализовала 6 основных направлений, оцененных международными экспертами следующим образом:

- 1) усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм – очень успешная;
- 2) повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья – довольно успешная;
- 3) совершенствование санитарно-эпидемиологической службы – довольно успешная;
- 4) совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения – очень успешная;
- 5) совершенствование медицинского, фармацевтического образования; развитие и внедрение инновационных технологий в медицине – успешная;
- б) повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой – успешная.

Анализируя ситуацию в здравоохранении, сильными сторонами отрасли в целом можно назвать следующие:

- политическая поддержка государства на самом высоком уровне и гарантия исполнения взятых социальных обязательств;
- стабильная эпидемиологическая ситуация по большинству инфекционных болезней с высоким охватом иммунизацией;
- хорошая обеспеченность стационарными организациями;
- опыт трансферта современных медицинских технологий и

высокоспециализированной медицинской помощи (далее ВСМП);  
развитие транспортной медицины;  
внедрение системы аккредитации;  
создание приоритетов для развития отечественных производителей ЛС.

Слабые стороны:

низкая ожидаемая продолжительность жизни высокий уровень общей смертности в сравнении со средним уровнем стран ОЭСР;  
низкий уровень доли ВВП для финансирования здравоохранения;  
высокий уровень частных расходов на здравоохранение;  
недостаточный уровень финансирования ПМСП;  
отсутствие механизмов солидарной ответственности за здоровье;  
недостаточное участие частного сектора в оказании ГОБМП;  
низкий уровень корпоративного управления;  
низкая трудовая мотивация и профессионализм медицинского персонала;  
недостаточное лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне;  
недостаточная солидарная ответственность населения за свое здоровье.

Возможности:

внедрение социального медицинского страхования на основе внедренных рыночных механизмов (создан Единый плательщик, внедрены современные методы оплаты с учетом разработанных протоколов и стандартов);  
инвестиционная поддержка Всемирного банка и других международных финансовых институтов;  
развитие рынка медицинского туризма;  
повышение конкурентоспособности на рынке здравоохранения и возможные прямые инвестиции в здравоохранение;  
трансферт знаний и лучшей практики через интенсивную коммуникацию и сотрудничество с Европейскими экспертами

Угрозы:

дальнейшее ухудшение глобальной экономической ситуации;  
повышение спроса на медицинские услуги;  
растущие затраты на здравоохранение, не покрываемые за счет только бюджетных средств;  
рост неинфекционных заболеваний;  
наличие природных очагов особо опасных инфекций на территории страны и ослабление роли санитарно-эпидемиологической службы;  
контрафактная лекарственная продукция;  
увеличение генетически модифицированной продукции.

#### **4. Цель, задачи, целевые индикаторы и показатели результатов реализации Программы**

**Цель:** Укрепление здоровья населения для планомерного достижения показателей здоровья уровня 30 наиболее развитых стран мира путем модернизации национального здравоохранения.

Достижение данной цели будет измеряться следующими целевыми индикаторами:

	ед. изм.	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
--	----------	------	------	------	------	------	------	------

Целевые индикаторы		(факт)	(оценка)					
Увеличение ожидаемой продолжительности жизни	Количество лет	71,62	71,7	71,8	72,2	72,6	72,77	73,0
Снижение материнской смертности	на 100 000 родившихся живыми	11,7	11,5	11,3	11,1	10,9	10,7	10,5
Снижение младенческой смертности	на 1000 родившихся живыми	9,72	9,70	9,59	9,47	9,35	9,23	9,11
Снижение общей смертности	на 1000 населения	7,65	7,35	7,1	6,9	6,7	6,5	6,3
Увеличение расходов (на здравоохранение) на 1 жителя	в тенге	39366	41743	48638	52968	57431	61960	65957

Для решения поставленной цели предусматривается решение следующих задач:

1. Укрепление здоровья населения на основе обеспечения санитарного благополучия, профилактики факторов риска, пропаганды здорового питания и стимулирования здорового образа жизни.

Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

Целевые индикаторы	ед. изм.	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019	2020
Повышение акцизов на табачную продукцию	тг/1000	3000	4250	5750	7500	10000	13500	18000
Повышение акцизов на алкогольную продукцию (в расчете на безводный спирт)	тг/литр	1000	1200	1710	2200	2770	3280	3800
Снижение числа лиц, употребляющих наркотики	%		2	3	4	5	6	7
Охват детей и подростков, занимающихся физической культурой и спортом	%	11	12	13	14	14,5	15	16
Снижение уровня ДТП не менее 4 %	%	3	4	4	4	4	4	4

ежегодно								
Отсутствие случаев заболеваемости особо опасными инфекциями	число случаев	0	0	0	0	0	0	0
Увеличение доли населения, живущего в домах с центральной системой водоснабжения	%		87	87,5	88	88,5	89	90
Увеличение доли населения, обеспеченного гигиеническим удалением сточных вод	%		85	85,5	90	90,5	91	91,5
Охват школьников пропагандой ЗОЖ	%		65	70	75	80	90	100
Обеспечение бесплатным витаминизированным горячим питанием учащихся из числа малообеспеченных семей	%		75	80	85	90	95	100

Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

Целевые индикаторы	ед. изм.	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019	2020
Повышение акцизов на табачную продукцию	тг/1000	3000	4250	5750	7500	10000	13500	18000
Повышение акцизов на алкогольную продукцию (в расчете на безводный спирт)	тг/литр	1000	1200	1710	2200	2770	3280	3800
Снижение числа лиц, употребляющих наркотики	%		2	3	4	5	6	7
Охват детей и	%	11	12	13	14	14,5	15	16

подростков, занимающихся физической культурой и спортом								
Снижение уровня ДТП не менее 4 % ежегодно	%	3	4	4	4	4	4	4
Отсутствие случаев заболеваемости особо опасными инфекциями	число случаев	0	0	0	0	0	0	0
Увеличение доли населения, живущего в домах с центральной системой водоснабжения	%		87	87,5	88	88,5	89	90
Увеличение доли населения, обеспеченного гигиеническим удалением сточных вод	%		85	85,5	90	90,5	91	91,5
Охват школьников пропагандой ЗОЖ	%		65	70	75	80	90	100
Обеспечение бесплатным витаминизированным горячим питанием учащихся из числа малообеспеченных семей	%		75	80	85	90	95	100

2. Обеспечение доступности и всеобщего охвата населения качественными медицинскими услугами на основе интегрированной системы здравоохранения.

Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

Целевые индикаторы	ед. изм.	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019	2020
Снижение уровня смертности от злокачественных	на 100 000 населения	91,36	91,0	90,5	89,5	89,0	88,5	88,0



новообразований								
Снижение уровня смертности от туберкулеза	на 100 000 населения	4,9	4,7	4,5	4,3	4,1	4,0	3,9
Снижение уровня детской смертности	на 1000 родившихся	12,1	11,9	11,7	11,5	11,3	11,1	10,9
Снижение смертности от БСК	на 100 000 населения	168,98	168,7	168,5	168,3	168,1	167,9	167,7
Удержание распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2-0,6% (2014 год – 0,2-0,6%)	%	0,17	0,2-0,6%)	0,2-0,6%)	0,2-0,6%)	0,2-0,6%)	0,2-0,6%)	0,2-0,6%)
Снижение числа вызовов скорой медицинской помощи в часы работы ПМСП	%	28,1	27	26	25	24	23	22
Увеличение доли ВОП в общем числе врачей ПМСП до 50%	%	39,4	41	42	44	46	48	50
Обеспечение 50 % ВОП медсестрами до соотношения 1:3	Соотношение ВОП/медсестра	1:1,1	1:1,3	1:1,5	1:1,7	1:2	1:2,5	1:3
Доля аккредитованных программ медицинского образования:								
на уровне высшего образования	%	40	60	80	90	100	100	100
на уровне ГиПО	%	3	10	20	35	50	70	90
на уровне послевузовского образования	%	2	8	15	30	45	65	85

3. Создание эффективной системы здравоохранения основанной на солидарной ответственности государства, работодателя и граждан.

Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

Целевые индикаторы	ед. изм.	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019	2020
Увеличение количества аккредитованных медицинских организаций, оказывающих ВСМП	%	11	20	30	40	50	60	80
Увеличение доли частного сектора в оказании ГОБМП	%	26,8	27	27,3	27,5	27,8	28,0	28,2
Увеличение числа объектов, осуществляющих отпуск лекарственных средств в рамках ГОБМП в сельских населенных пунктах до 3200 к 2013 году, до 3300 к 2015 году (2009 г. – 3000)	%		3300	3350	3400	3450	3500	3550

##### **5. Основные направления, пути достижения поставленных целей и соответствующие меры**

- 1) Развитие общественного здравоохранения как основы охраны здоровья населения;
- 2) Интеграция всех служб здравоохранения на основе модернизации и приоритетного развития ПМСП;
- 3) Совершенствование управления системой здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования;
- 4) Совершенствование лекарственного обеспечения, повышение эффективности использования оборудования и изделий медицинского назначения;
- 5) Повышение эффективности управления человеческими ресурсами, развитие инноваций и медицинской науки;
- 6) Развитие инфраструктуры здравоохранения на основе государственно-частного партнерства и современных информационно-коммуникационных технологий.

## **5.1. Развитие общественного здравоохранения, как основы охраны здоровья населения**

Политика формирования и укрепления общественного здоровья населения страны основана на международном опыте с учетом стратегии ВОЗ «Здоровье-2020» и направлена на решение задач по созданию оптимальных условий для формирования и сохранения здоровья населения; развитие общественного здравоохранения путем модернизации санитарно-эпидемиологической службы по профилактике основных инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Механизмом реализации задач является межсекторальное и межведомственное взаимодействие по вопросам охраны общественного здоровья через интеграцию с документами системы государственного планирования.

Для решения задач будут внедрены эффективные методы планирования, финансирования, единая система мониторинга мероприятий, механизмы взаимодействия с населением, организованными коллективами, образовательными учреждениями, сформируется система ответственности каждого министерства за показатели деятельности по охране здоровья, интеграция деятельности служб общественного, первичного здравоохранения и социальной защиты.

### **5.1.1. Совершенствование системы общественного здравоохранения**

Мероприятия по укреплению и охране здоровья населения будут направлены на развитие соответствующих стратегий и мобилизацию ресурсов в различных секторах жизнедеятельности, создание устойчивой и эффективной институциональной основы для обеспечения интеграции деятельности государства, общественности и населения.

В соответствии с лучшим международным опытом, основой дальнейшего развития системы здравоохранения станет создание системы общественного здравоохранения (СОЗ) через модернизацию и расширение функций санитарно-эпидемиологической службы.

Основными функциями СОЗ станут:

создание оптимальных условий для формирования и сохранения здоровья населения;

обеспечение санитарно-эпидемиологического надзора и мониторинга, включающего контроль за инфекционными и основными социально значимыми неинфекционными заболеваниями, в том числе за нарушениями психического здоровья и травматизмом;

обеспечение, координация и расширение межсекторального взаимодействия, направленного на охрану и укрепление здоровья населения страны;

обеспечение соблюдения законодательства и других правовых норм в области охраны здоровья и эпидемиологической безопасности.

Деятельность СОЗ будет тесным образом интегрирована с ПМСП, соответствующими научно-исследовательскими организациями и программами.

Одной из ключевых целей деятельности СОЗ станет повышение

ответственности населения за свое здоровье на основе рационализации питания и стимулирования здорового образа жизни, развития санитарной, репродуктивной и физической культуры. Это будет обеспечено мероприятиями по информированию и просвещению граждан, расширению их возможностей в вопросах персонального здоровья и общественного здравоохранения

Для этого будут внедряться инновационные технологии социального маркетинга на основе научно-обоснованных разработок в области поведенческой психологии и экономики, с активным вовлечением традиционных средств массовой информации и современных социальных медиа-ресурсов и сетей.

Профилактика основных неинфекционных заболеваний (далее – НИЗ) будет осуществляться путем непрерывного мониторинга и надзора за факторами риска, снижения профессиональных, экологических и социальных рисков, включая контроль качества и правильного потребления питьевой воды, улучшения условий труда, обеспечения безопасности питания, реализации мероприятий по изменению поведенческих стереотипов населения в зависимости от особенностей здоровья в регионе.

При этом борьба с НИЗ будет проводиться на основе международных апробированных технологий в соответствии с Глобальным планом действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 годы.

Будут совершенствоваться существующие системы эпидемиологического надзора и мониторинга инфекционных и неинфекционных заболеваний с учетом эпидемиологической ситуации.

Важным направлением будет оставаться обеспечение эпидемиологического надзора и контроля инфекционных заболеваний, анализ и рекомендации по изменению ситуации, прогноз и предотвращение вспышек инфекций, снижение инфекционной заболеваемости.

Будут внедрены международные системы долгосрочного моделирования и прогнозирования развития заболеваний на популяционном (национальном) и региональном уровнях.

Будут предприняты меры по профилактике заболеваний на основе организации и координации всей работы по иммунопрофилактике детского и взрослого населения, включая мероприятия по дополнительной массовой иммунизации различных групп населения в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Будет обеспечено проведение постоянного мониторинга за вновь возникающими особо опасными инфекциями в странах мира и мероприятий по санитарной охране границ и территорий республики, направленных на недопущение завоза и распространения особо опасных инфекций и опасных грузов в страну.

Наряду с обеспечением безопасности питания, будет осуществляться контроль за рациональным (здоровым) питанием детского и подросткового организованного населения в дошкольных, средних и высших учебных заведениях.

Будет обеспечено соблюдение норм детской и школьной гигиены, гигиены труда и профзаболеваний, коммунальной, больничной гигиены и развитие гигиенической науки.

Развитие государственного санитарного и эпидемиологического надзора и укрепления здоровья будет основано на разработке методических материалов, руководств и программ для декретированных групп населения, а также вмешательствах в случаях ухудшения санитарно-эпидемиологической ситуации.

Подтверждение выполнения требований санитарного законодательства на подконтрольных объектах будет сопровождаться соответствующими лабораторными испытаниями и оценкой соответствия требованиям.

### **5.1.2. Развитие межсекторального взаимодействия, направленного на воздействие на социальные детерминанты здоровья человека**

Межсекторальное взаимодействие будет нацелено на создание оптимальных условий для формирования и сохранения здоровья населения и предусматривать комплексные меры, направленные на:

снижение влияния внешних факторов (чистая вода и канализация, энергообеспечение, воздух, питание, профессиональные вредности);

формирование новых поведенческих установок, снижающих распространенность факторов риска (табакокурение, злоупотребление алкоголем, физическая активность);

формирование среды, способствующей ведению здорового образа жизни (инфраструктура, дорожно-транспортная безопасность, условия труда, экстренная помощь при ЧС).

В рамках развития межсекторального взаимодействия будет обеспечено проведение согласованной политики охраны и укрепления здоровья населения на всех уровнях управления, в том числе путем интеграции целей и задач данной Программы с другими государственными и отраслевыми программами, стратегическими планами развития регионов и отраслей.

Будут разработаны и внедрены эффективные методы планирования, финансирования, реализации и мониторинга мероприятий межсекторального и межведомственного взаимодействия, направленные на охрану здоровья населения, на основе широкомасштабного вовлечения государственных органов, гражданского общества, бизнеса и работодателей, средств массовой информации и коммуникаций, научных и образовательных институтов.

В рамках совместной работы с другими секторами будет создана единая межведомственная система мониторинга и управления факторами риска, влияющими на здоровье населения, и сформирована система ответственности каждого министерства за показатели деятельности по охране здоровья.

Кроме того, совместно с местными исполнительными органами будут разработаны и реализованы комплексные меры по социальной мобилизации, предусматривающие внедрение механизмов взаимодействия с населением, особенно с молодежью, с организованными коллективами, образовательными учреждениями для реализации программ по укреплению

здоровья.

Охрана и укрепление здоровья человека будет нацелена на профилактические мероприятия по снижению факторов риска возникновения заболеваний и их последствий с учетом возрастных и социальных особенностей человека на основе обеспечения санитарного благополучия, пропаганды и стимулирования здорового образа жизни.

Основные мероприятия по улучшению здоровья населения будут направлены на профилактику факторов риска возникновения заболеваний, поддержание здоровья и качества жизни у среди лиц, имеющих хронические неинфекционные заболевания, а также на профилактику профессиональных заболеваний.

Приоритетной задачей межсекторального взаимодействия станет реализация комплексных мер по охране материнства и детства, в том числе снижение детского травматизма, меры по укреплению физического и психического здоровья матери, включая укрепление здоровья во время беременности. Профилактические меры по снижению факторов риска и закладке благоприятного жизненного старта начнутся с первых дней жизни ребенка и будут продолжены во всех возрастных периодах.

Будут предприняты меры по поддержанию здорового старения, направленные на сохранение трудовой активности, перераспределение работы в течение жизни и социальную поддержку.

Будет усилена работа в социально уязвимых группах по повышению доступности необходимой медицинской помощи, в том числе лицам с ограниченными возможностями.

Будут проведены мероприятия по снижению влияния внешних факторов: усиление сотрудничества между секторами экологии и здравоохранения по защите здоровья человека от рисков, связанных с опасной и загрязненной окружающей средой, включая химическую безопасность, организацию удаления отходов;

систематическая оценка влияний на здоровье, связанных с изменением условий окружающей среды (технологии, труд, энергетика и урбанизация); улучшение коммунально-бытовой инфраструктуры населенных пунктов в рамках мероприятий по обеспечению качественной питьевой водой с акцентом на образовательные и медицинские учреждения: каждая будет иметь работающую и надежную систему водоснабжения и канализации и энергообеспечения;

реализация комплекса государственных мер по обеспечению продовольственной безопасности страны и расширению доступности для населения здоровой и безопасной продукции с акцентом на детей и женщин; своевременная корректировка потребительской корзины с учетом региональных норм физиологических потребностей в основных пищевых веществах и энергии для отдельных групп населения;

разработка и внедрение комплексных подходов по защите здоровья человека на рабочем месте, борьбе с профессиональными болезнями на основе современных стандартов и трансферта передовых технологий, повышению

доступности и качества медицинской помощи при профессиональной патологии.

Мероприятия по формированию новых поведенческих установок, снижающих распространенность факторов риска будут включать: профилактику табакокурения, ориентированная на Европейскую стратегию по борьбе против табака;

снижение злоупотребления алкоголем с принятием мер по созданию в обществе атмосферы неприемлемого отношения к злоупотреблению алкогольных напитков и употреблению наркотиков, усовершенствование системы мониторинга и эпиднадзора на различных уровнях;

формирование культуры здорового образа жизни через широкое информирование населения о негативном влиянии поведенческих факторов риска на состояние здоровья среди детей и молодежи в дошкольных и образовательных учреждениях;

проведение информационно-методической работы с инспекторами по делам несовершеннолетних;

развитие волонтерского движения по принципу «равный – равному» (формирование у детей, подростков, молодежи навыков ответственного поведения на основе привития жизненных навыков);

развитие центров здоровья и анонимных консультаций для молодежи, совершенствование работы телефонов доверия;

совершенствование системы психосоциальной поддержки в преодолении личностных и социальных проблем детей, подростков и молодежи;

содействие обеспечению занятости детей, подростков, молодежи посредством развития детских клубов, кружков, секций, дворовых клубов, летних лагерей и др.;

Будут реализованы мероприятия по формированию среды, способствующей снижению смертности:

обеспечение безопасности на дорогах: улучшение условий дорожного движения, устранение аварийно-опасных мест;

совершенствование оказания экстренной медицинской помощи при ЧС природного и техногенного характера;

создание в сотрудничестве с акиматами регионов и населенных пунктов и частным сектором безопасных и доступных (физически и экономически)

условий окружающей среды, городского планирования, социально-культурной, спортивной и транспортной инфраструктуры для всех форм физической активности (пешие прогулки, велосипедная езда, спорт и др.);

повышение корпоративной социальной ответственности работодателей в вопросах охраны здоровья граждан: обеспечение условий для ведения здорового образа жизни, сохранения и поддержания здоровья работников.

повышение физической активности и поощрение инициатив «спорт – для всех» во всех возрастных группах.

## **5.2. Интеграция всех служб здравоохранения на основе модернизации и приоритетного развития ПМСП**

ПМСП станет центральным звеном в системе организации оказания

медицинской помощи населению с изменением ее взаимодействия с горизонтальными и вертикальными службами (их подотчетность ПМСП). Система предоставления медицинских услуг населению будет базироваться на основе солидарной ответственности государства, работодателя и гражданина в сохранении и восстановления здоровья, усилится роль среднего медицинского персонала в работе ПМСП, с их помощью будет развиваться патронажная служба на участке, а также стационары на дому.

Плановая консультативно-диагностическая и стационарная помощь будет регулироваться ПМСП, будут развиваться службы реабилитации и длительного ухода, привлечение частного сектора (приватизация, частная семейная практика).

Будет поэтапно расширяться перечень лекарственных средств для бесплатного амбулаторного лечения.

Дальнейшее развитие получают трансферт высоких технологий в страну и в регионы, укрепление служб санитарной авиации и скорой медицинской помощи.

Продолжится совершенствование и внедрение стандартов организации оказания медицинской помощи, клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, научных разработках.

### **5.2.1. Модернизация и приоритетное развитие ПМСП**

Дальнейшее развитие ПМСП предусматривает углубление мер, направленных на формирование универсальной, интегрированной, социально ориентированной и доступной медицинской помощи с профилактической направленностью в первичном звене.

Универсальность ПМСП предполагает поэтапный переход к семейному принципу обслуживания, предусматривающему наблюдение за здоровьем человека в течение всей его жизни с учетом особенностей организма в каждом возрастном периоде и акцентом на профилактику и патронаж. Семейный принцип обслуживания на первом этапе (до 2020 года) будет осуществляться врачами общей практики (ВОП) и/или мультидисциплинарными командами из числа ныне действующих участковых врачей (терапевтов, педиатров, гинекологов), в зависимости от кадровой оснащенности конкретного региона.

Будет продолжено поэтапное замещение участковых терапевтов на ВОП, а привлечение профильных специалистов в ПМСП будет проводиться в зависимости от их востребованности. По мере роста обеспеченности ВОП и их компетенций, они будут замещать мультидисциплинарные команды. При этом развитие получит организация ПМСП по участковому принципу с учетом свободного прикрепления граждан, будет предусмотрена возможность сохранения терапевтических и педиатрических участков в густонаселенных регионах с достаточным числом кадров.

Будет проводиться дальнейшее совершенствование системы диспансеризации больных с хроническими заболеваниями.

Основой планирования профилактических, диагностических, реабилитационных и оздоровительных мероприятий, паллиативной помощи



и ухода на дому, исходя из потребности каждой семьи, станет индивидуальной карта наблюдения и оздоровления семьи.

Будет пересмотрен и расширен перечень услуг, предоставляемых на уровне ПМСП.

Интегрированность ПМСП предполагает обеспечение преемственности оказания медицинской помощи и вклада усилий всех уровней и служб системы здравоохранения. ПМСП станет центральным звеном оказания медицинской помощи, изменится взаимодействие с вертикальными профильными службами (психиатрическая, наркологическая, противотуберкулезная, онкологическая и др.): совместное составление программ формирования групп риска, проведение профилактических мероприятий, выявление и маршрутизация пациента (лечение, реабилитация, длительный уход). Для реализации чего, будут разработаны и внедрены соответствующие стандарты, правила и порядок оказания медицинской помощи и обеспечения ее преемственности, а также методы ее финансирования.

Будет внедрен принцип интегрированного управления некоторыми хроническими заболеваниями, заключающийся в применении единых протоколов диагностики, лечения, реабилитации и ухода за пациентами на всех уровнях, единых механизмов мониторинга и финансирования на основе центральной координирующей роли работников ПМСП.

Оценка эффективности их работы будет осуществляться с учетом конечных результатов через индикаторы, подтверждаемые ПМСП.

Статистический учет диспансерных больных, в том числе по социально значимым заболеваниям, будет формироваться на основе данных ПМСП в разрезе каждой семьи.

Будет усилена межсекторальная интеграция социальных работников, профильных служб здравоохранения с представителями участковых служб МВД и других заинтересованных местных исполнительных органов в отношении лиц с асоциальным поведением.

Социальная ориентированность ПМСП будет обеспечиваться за счет интеграции работы ПМСП, служб социальной защиты и общественного здравоохранения, активного вовлечения специалистов первичного звена в мероприятия в рамках межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Это предполагает дифференцированный подход к закрепленному населению в соответствии с паспортом здоровья и социальным статусом прикрепленного населения.

Будет усилена интеграция службы скорой и неотложной медицинской помощи с ПМСП путем проведения мероприятий по снижению вызовов скорой медицинской помощи в часы работы ПМСП.

Комплекс мер по охране здоровья женщин и детей будет включать меры по предупреждению нежелательной беременности, сохранению режима наблюдения во время беременности и после родов, исключению факторов воздействия отрицательных факторов в семье на здоровье ребенка с обязательными мерами со стороны соответствующих органов (по защите

прав детей, женщин и др.) при представлении этих фактов службой ПМСП. Для обеспечения максимальной доступности услуг сеть организаций ПМСП будет развиваться с учетом демографических, географических и инфраструктурных условий в регионах.

Предпочтение будет отдаваться малым и компактным формам организаций, максимально приближенным к местам проживания населения.

С этой целью будет развиваться конкуренция с государственной поддержкой развития частного сектора, малого и среднего бизнеса, стимулирования их приватизации с созданием сети групповых семейных практик, расширением предоставления ГОБМП на основе финансирования ПМСП в рамках обязательного социального медицинского страхования.

Будет развиваться механизм государственно-частного партнерства (ГЧП), включающий строительство объектов ПМСП, передачу государственных объектов в доверительное управление с возможностью последующей приватизации при условии постоянного сохранения профиля деятельности. Развитие объектов ПМСП в обязательном порядке будет предусматриваться в инфраструктуре программ по обеспечению населения доступным социальным и арендным жильем в соответствии с нормативами обеспечения населения медицинской помощью.

Максимальное приближение услуг ПМСП к месту жительства граждан будет обеспечено:

путем поэтапного разукрупнения участков в среднем до 1,5 тысяч прикрепленного населения на 1 ВОП;

расширения функционала, полномочий, соответствующего объема знаний и практических навыков ВОП и медсестер ПМСП;

широкого внедрения патронажной службы через развитие сестринского дела; оснащения ПМСП базовым медицинским оборудованием и ИМН, а также специальным автотранспортом;

дальнейшего развития мобильной (транспортной) медицины, использования возможностей теле- и смарт-медицины для дистанционного наблюдения, консультаций, диагностики;

привлечения местных жителей (на селе) к проведению простых манипуляций по контролю за состоянием здоровья односельчан и к оказанию услуг сестринского ухода, подготовки социальных работников из числа жителей отдаленных населенных пунктов.

Профилактическая направленность будет обеспечена через плановую иммунизацию, проведение скрининговых и профилактических осмотров, совершенствование ранней диагностики и внедрение поэтапно в каждом регионе программ управления заболеваниями (далее – ПУЗ) с внедрением механизмов мотивации для пациентов и поставщиков медицинских услуг к своевременному прохождению скринингов, участию в ПУЗах, проведению оздоровительных лечебных мероприятий.

Для обеспечения устойчивости ПМСП будет продолжено совершенствование системы финансирования услуг и оплаты труда работников ПМСП.

Будет проводиться работа по развитию кадрового потенциала ПМСП,

оптимизация должностных инструкций и квалификационных требований. Подготовка ВОП по новым государственным стандартам высшего образования заложит основы формирования специалистов широкого профиля, владеющих современными знаниями, практическими, коммуникативными навыками и умением работать в команде.

Переподготовка действующих участковых терапевтов и педиатров в рамках дополнительного профессионального образования частично восполнит дефицит ВОП.

Некоторые функции по наблюдению за пациентами, управлению хроническими болезнями, а также обслуживанию и патронажу пациентов на дому будут поэтапно передаваться специально подготовленным медицинским сестрам общей практики.

Обучение средних медицинских работников (далее – СМР) будет проводиться с учетом приоритетности ПМСП, ее многофункциональности и универсальности. Стандарты обучения СМР также будут приведены в соответствие с разработанными профессиональными стандартами.

С целью привлечения специалистов в ПМСП, будет создана система социальной поддержки работников, в том числе пересмотрен состав и величина социального пакета для специалистов сельского здравоохранения. Будет поэтапно увеличиваться заработная плата работников ПМСП в соответствии с объемом приобретенных практических навыков.

Получит дальнейшее развитие скорая помощь и санитарная авиация (далее – СП и СА), которые будут нацелены в первую очередь на оказание экстренной медицинской помощи и транспортировку пациентов из отдаленных и труднодоступных населенных пунктов с использованием возможностей транспортной медицины.

Продолжится укрепление служб СП и СА за счет развития и обновления материально-технической базы, средств коммуникаций и использования информационных технологий.

Будут разработаны механизмы по стимулированию обеспечения организаций ПМСП неотложной медицинской помощью в часы их работы.

Будет осуществлена поэтапная трансформация службы СП на основе широкого внедрения парамедиков (специально подготовленных немедицинских работников) во всех экстренных службах (СП, полиция, противопожарная и ЧС служба), переориентация неотложной помощи на уровень ПМСП в часы ее работы.

Будет обеспечено внедрение международных стандартов деятельности СП на основе укрепления практических навыков и внедрения стандартизованных алгоритмов неотложной и скорой медицинской помощи.

Вместе с этим будут пересмотрены нормативы кадрового оснащения СП, предусматривающие расширение штата среднего и младшего медицинского персонала.

### **5.2.2. Развитие специализированной медицинской помощи**

С целью обеспечения полноценной интеграции и преемственности медицинской помощи, исключения дублирования различных услуг и

ресурсов, а также для обеспечения ее полноты и высокого качества будет обеспечено совершенствование правил и порядка оказания специализированной медицинской помощи (далее – СМП) на основе координирующей роли ПМСП.

В основу оказания услуг СМП, в том числе ВСМП, будут заложены технологии, имеющие доказанную эффективность.

Для обеспечения преемственности будут повсеместно созданы локальные и региональные call-центры для разъяснения, консультирования, регистрации и мониторинга пациентов. При этом будут широко внедряться современные информационно-коммуникативные технологии (далее – ИКТ).

Будет усилена роль и ответственность республиканских клиник, научных центров и научно-исследовательских институтов в части мониторинга, обеспечения преемственности, эффективности и качества оказания первичной и специализированной помощи на всех уровнях ее оказания в рамках их профиля.

Развитие СМП и ВСМП будет осуществляться с учетом потребностей населения, определяемых организациями, оказывающими ПМСП прикрепленному населению. Плановая консультативно-диагностическая и стационарная помощь населению будет оказываться по направлению ПМСП и профильных специалистов с учетом выбора пациента и регулироваться пропускной возможностью поставщиков соответствующих медицинских услуг. Организация экстренной СМП и ВСМП будет проводиться по принципу обеспечения оптимальной доступности.

Дальнейшее развитие психиатрической, туберкулезной служб будет происходить с приведением их в соответствие с международными стандартами в части увеличения амбулаторного компонента диагностики и лечения на основе международных стандартов.

Будет проведена реструктуризация и дифференциация коечного фонда по степени интенсивности лечения: активные, реабилитационные и длительного ухода. Неэффективные койки будут подвергаться реструктуризации и оптимизации с учетом потребностей в других видах медицинских услуг.

Будет поддерживаться развитие, том числе в негосударственном секторе, медицинской реабилитации и длительного ухода с открытием на базе неэффективных круглосуточных стационаров хосписов, отделений реабилитации, а также развиваться система сестринского ухода, в т.ч. на дому.

Продолжится работа по стимулированию малозатратных форм оказания медицинской помощи (стационарозамещающие технологии): дневные стационары, центры амбулаторной хирургии и гинекологии, стационары одного дня.

Развитие ВСМП в стране и трансферт в регионы будет производиться с учетом реальной востребованности, технологических и кадровых возможностей на основе оценки медицинской, социальной и экономической эффективности.

По ряду направлений высоких технологий будут созданы межрегиональные

хабы. Прозрачность, свободный выбор и доступность получения высоких технологий в плановом порядке будет обеспечена единым порталом госпитализации.

Улучшение качества и эффективности СМП и ВСМП будет продолжено через совершенствование диагностики, лечения и реабилитации заболеваний на основе стандартов, клинических протоколов диагностики и лечения.

Будут установлены требования по надлежащему качеству и безопасности для медицинских организаций по обязательному прохождению аккредитации для оказания услуг ВСМП .

В рамках модернизации системы здравоохранения страны будут выработаны новые подходы к финансированию дорогостоящей медицинской помощи.

При этом будет обеспечен необходимый уровень и стабильность финансирования с одновременным внедрением механизмов управления затратами: централизованный закуп дорогостоящих медицинских услуг и товаров (лекарственных средств, ИМН), аутсорсинг лабораторных и радиологических услуг и др.

Будут разработаны меры государственной поддержки и программы по развитию медицинского туризма и экспорта медицинских услуг отечественными организациями здравоохранения.

### **5.2.3. Обеспечение полноты, качества и доступности медицинской помощи**

С учетом текущего состояния здоровья населения и прогнозируемого роста неинфекционных заболеваний предусматривается разработка и поэтапное внедрение интегрированной модели организации медицинской помощи.

В рамках этой модели будут реализованы правила, порядок и стандарты предоставления интегрированной медицинской помощи, направленные на обеспечение ее полноты, качества и преемственности на всех уровнях системы здравоохранения.

Данная модель на начальном этапе (до 2020 года) будет охватывать 2 блока основных социально значимых и неинфекционных заболеваний.

Первый блок – основные неинфекционные заболевания:

сердечно-сосудистые заболевания и их осложнения;

хронические заболевания органов дыхания;

онкологические.

Второй блок – заболевания, влияющие на демографию населения страны:

патологии беременных, перинатального периода;

основные детские болезни.

По каждому блоку на основе рекомендованных международными профессиональными организациями клинических руководств и протоколов будут разработаны и начата реализация планов действий (Action Plan), в рамках которых будут определены планируемые показатели здоровья населения и ключевые мероприятия, необходимые для их достижения.

Для реализации этих мероприятий будут разработаны и внедрены:

единые клинические протоколы профилактики, диагностики и лечения

наиболее часто встречающихся заболеваний для всех уровней организации

здравоохранения, основанные на принципах доказательной медицины; стандарты необходимого оснащения организаций здравоохранения; минимальные квалификационные требования к медицинским работникам; прогрессивные механизмы финансирования, применяемые в рамках модели; технологии мониторинга, управления и координации мероприятий, в том числе на основе ИКТ.

Будет обеспечено дальнейшее развитие ключевых скрининговых программ по раннему выявлению заболеваний с наибольшим бременем воздействия на здоровье населения, а также постоянное совершенствование стандартов проведения, мониторинга и оценки эффективности скрининговых программ. Для обеспечения высокого качества медицинской помощи и снижения смертности от травматизма будет обеспечено внедрение международных стандартов подготовки и оказания помощи при несчастных ситуациях, травмах и отравлениях, в том числе массового характера.

В целях обеспечения полноты оказываемой медицинской помощи в рамках ГОБМП будет обеспечено своевременное предоставление уникальных, дорогостоящих видов медицинской помощи, в том числе при редких (орфанных) заболеваниях на основе трансферта технологий из-за рубежа, а в отдельных случаях – путем направления в зарубежные клиники.

Будет продолжено внедрение передовых, зарекомендовавших себя как высокоэффективные, технологий оказания медицинской помощи больным с туберкулезом, ВИЧ/СПИД, психическими и наркологическими расстройствами.

Будут разработаны и внедрены дальнейшие меры по совершенствованию лекарственного обеспечения населения, в том числе путем поэтапного расширения бесплатного амбулаторного лекарственного обеспечения.

Будет обеспечено активное развитие медико-социальной реабилитации больных с различной патологией на основе стандартизации услуг, развития инфраструктуры организаций и системной подготовки специалистов для этого вида медицинской помощи. При этом будут разработаны и внедрены меры государственной поддержки и стимулирования развития частного сектора и ГЧП в этой сфере.

В рамках интегрированной модели оказания медицинской помощи, на основе тесного взаимодействия с ПМСП и службой социальной защиты будут развиваться услуги длительного медико-социального ухода (long term care), паллиативной помощи и домашнего ухода (home care) за больными различных категорий.

Основой для эффективного повышения качества и безопасности медицинской помощи станет система управления качеством на основе стандартизации всех производственных процессов в медицинских организациях. Для этого будут разрабатываться и внедряться национальные протоколы профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов на основе доказательной медицины, международных клинических руководств и научных разработок.

Новым институциональным механизмом по повышению качества

медицинских услуг станет создание консультативно-совещательного органа при МЗСР – Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг, как площадки для выработки рекомендаций по вопросам совершенствования клинических протоколов, стандартов медицинского образования, лекарственного обеспечения, стандартов системы контроля качества и доступности услуг в сфере здравоохранения.

В последующем комиссия будет функционировать как саморегулируемая организация, способная разрабатывать, принимать решения, проводить мониторинг и оценку внедрения нормативных актов.

Будет внедрена система мониторинга и оценки эффективности управления медицинскими организациями, в том числе оценки финансового управления. Основой локальных систем управления качеством станут службы внутреннего аудита медицинских организаций. Их деятельность будет построена на внедрении единой системы управления рисками и регулярном аудите клинических процессов с привлечением института независимых медицинских экспертов.

С целью внедрения международных подходов обеспечения безопасности пациентов будет внедрена национальная система учета и анализа медицинских ошибок на основе применения конфиденциального аудита. Будет создана Казахстанская модель страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Для обеспечения качества и отзывчивости системы здравоохранения будет разработана и внедрена национальная программа развития медицинской этики и коммуникативных навыков медицинских работников, с широким вовлечением общественности, образовательных организаций, профессиональных объединений и средств массовой информации.

В целом будет обеспечиваться прозрачность деятельности и результатов медицинских работников и организаций с обязательным опубликованием результатов производственной деятельности организациями здравоохранения в СМИ.

Устойчивое повышение качества медицинских услуг будет обеспечиваться посредством развития добровольной аккредитации поставщиков медицинских услуг на предмет соответствия национальным стандартам качества и безопасности в области здравоохранения.

Для развития данного института требования к национальной аккредитации будут приведены в полное соответствие с международными стандартами. Функции по проведению аккредитации будут переданы в негосударственный сектор, при этом национальный орган по аккредитации в сфере здравоохранения пройдет международную аккредитацию в области обеспечения качества.

С целью материального стимулирования медицинских организаций к прохождению аккредитации будут внедрены различные финансовые и нефинансовые стимулы.

Будет осуществлена трансформация обязательной сертификации медицинских работников в институт обязательного лицензирования на

основе независимой оценки их знаний и навыков.

Для проведения независимой оценки компетенций медицинских работников и выпускников медицинских ВУЗов и колледжей будут создаваться и развиваться соответствующие специализированные центры оценки компетенций.

В целом будет поддерживаться, в том числе путем аккредитации, финансирования и передачи полномочий, развитие национальных профессиональных объединений медицинских работников. Основной целью аккредитованных профессиональных объединений станет развитие профессиональных компетенций специалистов и улучшение качества медицинской помощи населению.

### **5.3. Совершенствование управления системой здравоохранения в условиях обязательного социального медицинского страхования**

Совершенствование управления на уровне государственных поставщиков медицинских услуг будет направлено на стимулирование конкуренции между субъектами здравоохранения, развитие института профессиональных менеджеров, совершенствование системы управления качеством медицинских услуг.

Новым механизмом финансирования ГОБМП станет обязательное социальное медицинское страхование. Основные меры будут направлены на диверсификацию источников финансирования путем вовлечения всех социальных партнеров (государство, работодатели и граждане), обеспечение сбалансированности и финансовой устойчивости обязательного социального медицинского страхования.

Основой эффективной деятельности ОСМС станет ясная и прозрачная тарифная и контрактная политика во взаимоотношениях с поставщиками различных медицинских услуг.

Формирование конкурентоспособных предприятий на уровне государственных медицинских организаций будет проведено через корпоративное управление, в том числе с внедрением методов доверительного управления, и разгосударствление через акционирование. Будут активизированы процессы децентрализации государственного управления, повышение роли органов местных исполнительных органов (далее – МИО) в решении вопросов по охране и укреплению здоровья населения.

#### **5.3.1. Внедрение обязательного социального медицинского страхования**

Для реализации механизма солидарного финансирования будет введена система обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС), при котором работодатель и работник будут принимать солидарное участие в финансировании отрасли наряду с государством.

Средства ОСМС будут направлены на качественные улучшения системы по 7 направлениям, а именно:

повышение доступности ПМСП через увеличение обеспеченности ВОП до соотношения 1 ВОП на 1500 населения;

увеличение соотношения заработных плат врачей к средней заработной плате



по экономике;  
расширение амбулаторного лекарственного обеспечения;  
повышение доступности услуг восстановительного лечения и медицинской реабилитации;  
расширение услуг паллиативной помощи и сестринского ухода;  
повышение заработных плат преподавателей медицинских ВУЗов;  
включение расходов на обновление основных средств в тарифы медицинских услуг.

На первом этапе с 2016 года будет проведена:

консолидация всех программ по финансированию ГОБМП с выравниванием ее уровня между регионами;  
формирование «реального единого плательщика» в условиях одноканального механизма финансирования (бюджетного) системы здравоохранения;  
адаптация системы единого плательщика при бюджетной модели к многоканальной системе.

С 2017 года будет создан Фонд обязательного социального медицинского страхования на базе Единого плательщика услуг с многоканальной системой финансирования, обеспечивающей солидарную ответственность государства, работодателя и работника.

Для этого будет:

разработана и утверждена юридическая база системы обязательного социального медицинского страхования Республики Казахстан;  
созданы национальный и региональные структуры выполнения, координации, управления и мониторинга системы обязательного социального медицинского страхования;  
создана и внедрена информационная система для управления системой медицинского страхования, включающая сбор, накопление, распределение средств, мониторинг и контроль финансовых ресурсов.

Управление процессами оказания медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования будет осуществляться всеми уровнями государственного управления. При этом поэтапно будет развиваться автономность системы обязательного социального медицинского страхования с внедрением механизмов саморегулирования.

Управление финансовыми потоками при оказании медицинской помощи будет переориентировано с простого финансирования на стратегические закупки.

Планирование бюджетных средств на здравоохранение будет обеспечено с ориентацией на достижение конкретных результатов (бюджет ориентированной на результат) на основе индикаторов результатов, отражающих показатели здоровья, объемы и качество оказанных медицинских услуг.

Повышение эффективности управления оказания медицинской помощью будет осуществляться с применением следующих мер:

контрактирование с поставщиком медицинских услуг;  
использование передовых способов оплаты медицинских услуг;

развитие стационарозамещающей помощи и других ресурсосберегающих технологий;  
установление предельных цен на лекарственные средства, ИМН и их централизованный закуп;  
квотирование дорогостоящих медицинских услуг консультативно-диагностических услуг и услуг ВСМП;  
регулирование потоков плановой госпитализации;  
управление хроническими неинфекционными заболеваниями;  
возмещение затрат в соответствии с качеством оказания медицинской помощи;  
применение линейной шкалы объема оказания медицинской помощи и другие механизмы.

Будут усовершенствованы механизмы регулирования «входа» в рынок медицинских услуг. Участвовать в системе обязательного социального медицинского страхования будут все поставщики медицинских услуг и фармацевтические организации вне зависимости от формы собственности, заключившие договор с Фондом на оказание услуг ГОБМП.

Отбор поставщиков для заключения договора будет осуществляться на основе ясных и прозрачных критериев, учитывающих их конкурентные преимущества и качество услуг. Потенциальные поставщики, прошедшие аккредитацию, будут иметь преимущественное право на заключение договора.

### **5.3.2. Совершенствование тарифной политики**

Внедрение ОСМС приведет к еще одному выраженному изменению – выведению финансовых средств здравоохранения из государственной казначейской системы. На амбулаторном уровне будет развиваться система подушевого финансирования со стимулирующим компонентом. В сфере СМП будет совершенствоваться амбулаторный тарификатор на основе комбинирования различных услуг в комплексные (связанные) тарифы, наиболее распространенных патологий и стандартов их диагностики и лечения.

В рамках внедряемой концепции управления болезнями в некоторых случаях тарифы будут объединять все уровни оказания медицинской помощи: от ПМСП до стационарного лечения и последующей реабилитации, особенно в случаях применения дорогостоящих технологий диагностики и лечения.

На стационарном уровне будут совершенствоваться тарифы на основе КЗГ с постепенным переходом на международные методики их расчета. С целью оптимизации затрат будет внедряться централизованный закуп дорогостоящих ИМН с извлечением их из структуры тарифов.

Будут постоянно совершенствоваться способы оплаты медицинских услуг, и разработаны принципиально новые по социально значимым заболеваниям: туберкулезу, ВИЧ/СПИД, инфекционным заболеваниям, психическим расстройствам и наркологическим заболеваниям. С целью повышения финансовой устойчивости субъектов здравоохранения, участвующих в оказании услуг ОСМС, будет внедрена новая политика по управлению

основными средствами медицинских организаций. В тарифы будут поэтапно включены расходы на обновление основных фондов, амортизационные отчисления, стоимость финансовых услуг (лизинг, заемное финансирование) и, в отдельных случаях, капитальные затраты и рентабельность, сервисное обслуживание медицинского оборудования.

Это повысит привлекательность сектора для привлечения частных инвестиций и развития ГЧП.

Государственные медицинские организации смогут приобретать за счет средств обязательного социального медицинского страхования медицинское оборудование стоимостью до 10 миллионов тенге, а через механизм финансового лизинга – стоимостью до 100 миллионов тенге.

Будет стимулироваться развитие рынка добровольного медицинского страхования, в том числе через пересмотр политики налогообложения.

Поэтапно на основе информатизации учета расходов и внедрения электронного паспорта здоровья будет внедрена система мониторинга затрат (по структурным подразделениям), а к 2020 году – персонифицированная система учета затрат как в амбулаторных, так и в стационарных организациях. Это позволит значительно повысить прозрачность и эффективность тарифной политики на основе фактических затрат.

### **5.3.3. Повышение роли местных исполнительных органов в охране и укреплении здоровья**

Совместно с МИО будут изучены и определены:

региональные приоритеты в области охраны и укрепления здоровья населения на уровне местных исполнительных органов и дополнительные источники финансирования для реализации местных социальных программ; роль и обязанности МИО в развитии эффективного межсекторального взаимодействия по реализации комплексных мер, направленных на профилактику и снижение вредного воздействия факторов внешней среды и поведенческих рисков на здоровье населения; потребности в развитии инфраструктуры регионального здравоохранения, в том числе потребности государственных коммунальных объектов здравоохранения в капитальных инвестициях; планирование и выделение в местных бюджетах достаточных средств на развитие и поддержание сети объектов здравоохранения, в том числе по механизмам ГЧП, за исключением средств, предусмотренных в республиканском бюджете (целевые трансферты); потребности региональных систем здравоохранения в человеческих ресурсах, а также разработка и реализация механизмов солидарной ответственности МИО за подготовку и переподготовку медицинских работников с высшим и средним образованием; внедрение социальных, финансовых и материальных стимулов для поддержки работников здравоохранения на местном уровне с соответствующими источниками финансирования; усиление координирующей роли местных исполнительных органов в управлении отраслью с последующим внедрением корпоративной системы

управления на региональном уровне, с участием всех территориальных республиканских и местных структур здравоохранения;  
установление солидарной ответственности региональных структур здравоохранения вне зависимости от ведомственной принадлежности и источников финансирования за показатели здоровья населения региона;  
обеспечение принятия региональных программ развития здравоохранения в соответствии с настоящей государственной программой с адекватным финансированием и неукоснительным исполнением;  
внедрение обязательных, прозрачных правил назначения менеджеров – первых руководителей организаций здравоохранения в строгом соответствии с их профессиональной компетентностью, опытом работы, практическими навыками в управлении;  
дальнейшая децентрализация разрешительных, контрольно-надзорных функций от центрального уполномоченного органа к местным исполнительным, исключение дублирования полномочий.

#### **5.4. Совершенствование лекарственного обеспечения, повышение эффективности использования медицинского оборудования и изделий медицинского назначения**

Дальнейшее совершенствование механизмов лекарственного обеспечения предусматривает меры, направленные на обеспечение доступности, эффективности, качества и безопасности лекарственных средств и их рациональное использование.

Будет создана пациентоориентированная модель лекарственного обеспечения на основе доказательной медицины и международного опыта по организации непрерывности лечения и обеспечению каждого пациента необходимыми лекарственными средствами с учетом индивидуальных, возрастных особенностей организма и преемственности уровней оказания медицинской помощи.

Повышение эффективности использования медицинского оборудования и изделий медицинского назначения будет основано на дальнейшем совершенствовании закупок и ежегодном обновлении фонда медицинского оборудования (медицинские изделия класса 2а- 3), поддержке отечественного производителя и внедрении практики постгарантийного сервисного обслуживания.

##### **5.4.1. Обеспечение доступности лекарственных средств**

Доступность лекарственных средств будет обеспечиваться комплексной системой отбора лекарственных средств для разрешения дальнейшего использования на территории Республики Казахстан и стран Таможенного союза (ЕЭП).

В этих целях будет усовершенствована система государственной регистрации лекарственных средств и изделий медицинского назначения (далее – ИМН) – упрощенная регистрация при наличии регистрации соответствующих агентств или управлений по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов.

Будет существенно оптимизировано количество зарегистрированных

лекарственных средств на основе четких и прозрачных критериев отбора: наличие научно-обоснованной доказательной базы; полное лабораторное соответствие регистрационному досье; экономически обоснованная цена с учетом стоимости курса лечения. Будет продолжено дальнейшее развитие национальной формулярной системы на основе повышения эффективности деятельности Национальной формулярной комиссии при центральном уполномоченном органе в области здравоохранения.

Национальной формулярной комиссией будет рассматриваться и одобряться Казахстанский национальный лекарственный формуляр (далее – КНЛФ).

В рамках отбора лекарственных средств в соответствии законодательством РК будут оказываться меры государственной поддержки обращению лекарственных средств отечественного производства.

С целью обеспечения доступности лекарственных средств в государственных организациях здравоохранения будут совершенствоваться механизмы закупа лекарственных средств.

Функции централизованного закупа, логистики и единого дистрибьютера лекарственных средств будут поэтапно переданы на конкурсной основе в конкурентную среду на основе принципа регионализации и ГЧП (концессия).

Будут реализованы комплексные меры по обеспечению экономической доступности лекарственных средств для населения. Эти меры будут основаны на постоянном мониторинге цен на лекарственных средств в странах ЕЭП и других, регистрации лекарственных средств на основе устанавливаемой максимальной оптовой и розничной цены и обязательств по объему поставок независимо от валютных рисков импортеров.

Для обеспечения рационального использования лекарственных средств будут осуществляться следующие мероприятия:

внедрение программ управления использованием лекарственных средств в медицинские организации;

подготовка клинических фармакологов для медицинских организаций;

повышение лекарственной грамотности медицинских работников и населения;

проведение фармако-эпидемиологических и фармако-экономических исследований, а также комплексной оценки функционирования фармацевтического рынка Казахстана;

контроль за соблюдением этических норм продвижения лекарственных средств;

поддержание сети лекарственных информационных центров в регионах.

Будет продолжена работа по внедрению методов регулирования цен на лекарственные средства на основе лучшего мирового опыта.

Будет совершенствоваться система закупа лекарственных средств и изделий медицинского назначения Единого дистрибьютора, в том числе на амбулаторном уровне, увеличение прямых контрактов с производителями лекарственных средств, не имеющих аналогов в стране, привлечение к

участию в закупе фармацевтических услуг частные фармацевтические компании имеющих розничную аптечную сеть.

#### **5.4.2. Обеспечение качества и безопасности в сфере обращения лекарственных средств**

Будут приняты системные меры по обеспечению качества производства лекарственных средств на основе стандартов GMP. Все производство лекарственных средств в РК полностью перейдет на эти стандарты к 2018 году.

С целью контроля соответствия этим стандартам лекарственных средств зарубежного производства, зарегистрированных для применения в РК, будет развиваться фармацевтический инспекторат, внедряться международные стандарты контроля качества в сфере обращения лекарственных средств, медицинского оборудования и изделий медицинского назначения (далее – ИМН), для чего будут проведены:

гармонизация нормативных правовых актов, взаимное признание разрешительных документов, создание интегрированной системы инспектирования и контроля качества лекарственных средств в рамках ЕЭП; совершенствование системы государственного контроля за качеством лекарственных средств путем внедрения надлежащих фармацевтических практик;

обучение специалистов государственного органа и экспертной организации надлежащим фармацевтическим практикам GXP (GLP, GCP, GMP, CDP, GPP);

создание института независимых экспертов;

совершенствование государственной фармакопеи РК;

внедрение основ фармакогенетики.

Качество логистики и хранения лекарственных средств будет обеспечено обязательным переходом к 2018 году на стандарты GDP всех дистрибьюторов, осуществляющих деятельность на территории РК.

Лабораторный контроль качества лекарственных средств при регистрации, а также в постмаркетинговом периоде к 2018 году будет осуществляться только на основе соответствия уполномоченных лабораторий стандарту GLP (регистрационный и постмаркетинговый контроль).

Обеспечение качества и безопасности лекарственных средств будет также обеспечиваться проведением клинических испытаний по стандартам GCP.

Будет разработан комплекс мер по поддержке проведения клинических испытаний новых лекарственных средств, а также повышению научного и технического потенциала клинических баз.

Будут приняты меры по повышению эффективности государственного регулирования обращения и обеспечения качества и безопасности лекарственных средств. В законодательном порядке будут усилены полномочия и ответственность государственных органов в сфере обеспечения качества и безопасности лекарственных средств, применяемых на территории РК.

Будет продолжены мероприятия по противодействию производству и

распространению контрафактной и фальсифицированной продукции, развитию системы мониторинга побочных действий лекарственных средств.

#### **5.4.3. Обеспечение рационального применения лекарственных средств**

Основой для обеспечения рационального применения лекарственных средств и ИМН станет дальнейшее внедрение принципов доказательной медицины, а также стандартизация клинических процессов в организациях здравоохранения на основе отечественных протоколов диагностики и лечения заболеваний, разработанных на базе международных клинических руководств.

С этой целью будет продолжено развитие и совершенствование национальной формулярной системы в организациях здравоохранения. Лекарственные формуляры организаций здравоохранения будут постоянно совершенствоваться на основе регулярного проведения мониторинга и оценки эффективности применения в отношении отдельных, наиболее затратных лекарственных средств.

Будут разработаны и внедрены меры по рациональному использованию антибактериальных препаратов с его мониторингом, а также по регулированию применения биосимиляров, как элементов обеспечения биологической безопасности населения.

Для исключения бесконтрольного приема будет расширен перечень лекарственных средств, отпускаемых только по рецепту.

В организациях здравоохранения будет обеспечен полноценный мониторинг и анализ рационального применения лекарственных средств штатными клиническими фармакологами, службой внутреннего аудита и, при необходимости, внешними независимыми экспертами.

Будут реализованы меры по обеспечению необходимого кадрового обеспечения медицинских организаций специалистами по клинической фармакологии.

Для обеспечения устойчивости Национальной политики лекарственного обеспечения (далее – НПЛО) будет разработана и реализована полномасштабная программа обучения специалистов в области лекарственного обеспечения независимо от формы собственности организаций.

Будет обеспечен непрерывный мониторинг и анализ эффективности реализации НПЛО в рамках мероприятий по мониторингу настоящей Программы.

Для эффективной реализации вышеописанных мер будут проанализированы и пересмотрены задачи и функции уполномоченного органа в области здравоохранения, уполномоченного органа по контролю медицинской и фармацевтической деятельности, местных органов управления здравоохранения, усовершенствована нормативная база.

#### **5.4.4. Повышение эффективности использования медицинского оборудования и изделий медицинского назначения**

Создание эффективной системы оснащения, эксплуатации и возобновления организациями здравоохранения медицинской техники предусматривает

проведение следующих комплексных мер.

Будет усовершенствована система планирования потребности в медицинской технике, ремонте и техническом обслуживании, что включает:

разработку и внедрение стандартов оснащения медицинской техникой;  
разработку и внедрение единой методологии оптимального выбора модели медицинской техники и методологии ценообразования на медицинскую технику, ремонт и услуги по техническому обслуживанию;  
создание базы данных (справочной системы) всей зарегистрированной медицинской техники с указанием цен, технических характеристик, соответствующих государственным стандартам, всех возможных комплектаций.

разработку программ оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием путем централизованного закупа через единого дистрибьютора, в том числе на основе ГЧП.

В этих целях технические спецификации закупаемого медицинского оборудования будут определяться самими медицинскими организациями.

Организация, осуществляющая функции по запуску и лизингу медоборудования, будет определена конкурсным путем на рынке соответствующих услуг. При этом будет создана необходимая инфраструктура: электронная площадка для закупок, логистические и сервисные центры. Возмещение инвестиционных и эксплуатационных затрат будет проводиться в порядке, установленном уполномоченным органом. Будет популяризирована лизинговая система приобретения медицинской техники. При этом приоритет будет отдан механизму, работающему по принципу «buyback», который предусматривает закуп у производителя с условием выкупа (по остаточной стоимости) по истечении срока действия договора лизинга.

На основе ГЧП будут созданы централизованная медицинская сервисная служба и центр непрерывного последипломного образования технических специалистов (сервисных инженеров), обеспечивающих работоспособность медицинского оборудования на основе долгосрочных контрактов с медицинскими организациями.

Будет сформирована система стимулирования и мотивации организаций здравоохранения к ресурсосбережению. В этих целях будет пересмотрена методика определения тарифа на медицинские услуги с включением в тариф амортизационных расходов для возмещения затрат.

Техническим ВУЗам будет размещен государственный заказ на подготовку медицинских техников по обслуживанию медицинского оборудования с базовым образованием, внедрены штатные единицы сервисных работников по медицинской технике в лечебных организациях.

При этом будет разработана и внедрена единая амортизационная политика, направленная на эффективное управление основными средствами. Она будет предусматривать создание в медицинских организациях амортизационных фондов для аккумулирования соответствующих тарифных выплат с целью последующего реинвестирования в обновление основных средств, в том



числе через лизинговый механизм.

Кроме того, будет внедрен механизм долгосрочного планирования закупа медицинской техники со стороны государства и развита практика заключения долгосрочных договоров на поставку медицинской техники отечественных производителей.

Будет создан Единый республиканский регистр медицинских изделий, зарегистрированных в стране с указанием цен и технических характеристик, соответствующих стандартам надлежащих практик, внедрена международная классификация медицинских изделий. Будет создана и внедрена Единая база мониторинга закупа медицинской техники по РК.

В целях поддержки отечественного производителя медицинской техники будут определены приоритеты и номенклатура товаров, возможных к выпуску в РК, а также внедрен механизм долгосрочного планирования со стороны государства и применена практика заключения долгосрочных договоров на поставку медицинской техники.

### **5.5. Повышение эффективности управления человеческими ресурсами, развитие инноваций и медицинской науки**

Повышение эффективности управления человеческими ресурсами в здравоохранении будет проведено по следующим направлениям:

1. стратегическое управление человеческими ресурсами;
2. модернизация медицинского образования;
3. развитие инноваций и медицинской науки.

Мероприятия будут направлены на совершенствование системы определения потребности, учёта и планирования кадровых ресурсов здравоохранения, улучшение эффективности и доступности кадровых ресурсов здравоохранения, развитие системы независимой оценки знаний и навыков. Основой для модернизации системы подготовки кадров здравоохранения и их непрерывного профессионального развития станет Национальная рамка квалификаций. Будет проведена модернизация системы подготовки и непрерывного профессионального развития кадров здравоохранения: повышение качества базового образования, внедрение эффективной системы постдипломной подготовки.

Будет развиваться сестринская служба и система сестринского образования путем ее реорганизации и внедрения новой системы подготовки специалистов сестринского дела по внедрению новых компетенций медицинских сестер в качестве равноправного партнера врача на всех уровнях системы здравоохранения.

#### **5.5.1. Стратегическое управление человеческими ресурсами**

Государственное регулирование рынка труда в системе здравоохранения будет построено на разработке и реализации единых политик и программ по управлению человеческими ресурсами.

С целью обеспечения устойчивого развития системы здравоохранения будет осуществляться стратегическое управление человеческими ресурсами (далее

– УЧР) отрасли – синхронизация программ УЧР со стратегическими целями развития отрасли.

Основными целями УЧР станут:

наличие (доступность) необходимых человеческих ресурсов;

надлежащая компетенция работников;

отзывчивость человеческих ресурсов на запросы населения;

продуктивность человеческих ресурсов.

В соответствии с этими принципами будут разработаны и внедрены национальная, региональные и корпоративные политики и программы УЧР. Они будут основаны на планировании потребности в человеческих ресурсах, рекрутинге работников, повышении производительности труда, миграции и перепрофилировании медицинских работников, обеспечении безопасности условий труда, социальной поддержке, мониторинге и прогнозировании.

С целью планирования потребности в человеческих ресурсах:

на регулярной основе будет проводиться анализ количественной и качественной обеспеченности отрасли человеческими ресурсами, анализ и оценка рынка труда в отрасли;

будет определяться общая потребность в ЧР на соответствующих уровнях здравоохранения, а также структура требуемых специальностей и квалификаций (врачи, медицинские сестры, младший медицинский персонал, административные работники, медицинские инженеры и т.д.) в соответствии со стратегией развития отрасли, региона и организации;

будут смещены акценты от необходимости применения устаревших штатных нормативов и стандартов к возможности гибкого планирования человеческих ресурсов и трудозатрат в соответствии с применяемыми технологиями, стандартизованными операционными процедурами и потребностями пациентов;

будет осуществляться поэтапное расширение компетенций среднего медицинского персонала параллельно с изменением стандартов их образования и переподготовки;

будут выработаны четкие требования к минимальному уровню подготовки и компетенций технического и младшего медицинского персонала, включая обязательное владение минимальным объемом необходимых навыков.

Подходы к определению функциональных обязанностей и квалификационных требований к персоналу будут определены с учетом внедрения интегрированной модели организации медицинской помощи. В национальной и региональных политиках управления кадрами будут предусмотрены повышение роли ВОП и медицинских сестер ПМСП, расширение функционала работников отдельных служб здравоохранения (службы общественного здравоохранения, медицинской реабилитации и др.).

При планировании кадровых ресурсов здравоохранения ориентация будет осуществляться на потребности ПМСП.

Будет проведена модернизация кадровых служб органов и организаций здравоохранения в современные HR-службы на всех уровнях с внедрением

современные HR-технологии управления персоналом (HR-бэнчмаркинг, аутсорсинг, управление знаниями, управление эффективностью, качественный рекрутинг).

Будет укреплен институт профессиональных менеджеров, поэтапно внедрен принцип поиска и отбора кадров на конкурсной и коллегиальной основе, в первую очередь – работников руководящего звена, управленческого и финансового аппарата.

Будет введено обязательное лицензирование врачей для допуска к осуществлению медицинской деятельности.

С целью повышения производительности труда:

будут разработаны принципы и механизмы адаптации и менторства (шефства) в медицинских организациях, особенно для молодых специалистов;

будут совершенствоваться механизмы мотивации и оплаты труда работников здравоохранения с учетом рыночных принципов, адекватной оценки стоимости трудозатрат при тарифо-образовании, ориентированности на достижение целевых показателей результативности, предоставления мер социальной поддержки работников системы здравоохранения, особенно молодых специалистов в сельской местности;

будут активно применяться различные механизмы нематериальной мотивации: предоставление возможности обучения за счет работодателя, обеспечение непрерывного карьерного и профессионального роста;

будет совершенствоваться и развиваться система непрерывного профессионального обучения специалистов системы здравоохранения. Она будет интегрирована со стратегическими целями развития организаций, обеспечена адекватным финансированием. С этой целью будут разрабатываться стандарты непрерывного профессионального образования в тесной взаимосвязи с системой независимой оценки компетенций медицинских работников.

С целью управления миграцией и перепрофилированием кадров:

будут реализовываться меры государственной поддержки перепрофилирования и перераспределения кадров по требующимся специальностям и службам, в том числе бесплатное обучение новым компетенциям, другие меры материального и нематериального стимулирования на основании регулярного мониторинга, прогнозирования и планирования развития ЧР;

будут внедрены механизмы управления миграцией медицинских работников на локальных и региональных рынках трудовых ресурсов;

будут усовершенствованы правила и порядок привлечения иностранной рабочей силы на отечественный рынок труда в сфере здравоохранения, в том числе меры по упрощению привлечения иностранных специалистов по остродефицитным специальностям с учетом процессов региональной и глобальной экономической интеграции.

Будет разработан комплекс мер по обеспечению благоприятных и безопасных условий труда медицинских работников, а также меры

социальной поддержки и интеграции медицинских работников, достигших пенсионного возраста.

Будет внедрена система гарантирования профессиональной ответственности, направленная на обеспечение профессиональной защищенности специалистов здравоохранения.

Будет создана методологическая основа и обеспечено сопровождение процедуры независимой сертификации на основе международного опыта (USMLE).

### **5.5.2. Модернизация медицинского образования**

Основой системы непрерывного профессионального развития кадровых ресурсов системы здравоохранения станет Национальная рамка квалификаций. Она предусматривает:

оптимизацию перечня медицинских и фармацевтических специальностей и пересмотр принципов и механизмов формирования статистики по кадровым ресурсам здравоохранения в соответствии с Европейскими директивами по признанию квалификаций;

совершенствование политики отбора и приема граждан в организации медицинского и фармацевтического образования, в том числе на основе внедрения психометрического тестирования абитуриентов;

обновление государственных стандартов всех уровней медицинского и фармацевтического образования;

разработку профессиональных стандартов в области здравоохранения, регламентирующих уровень квалификации выпускников и действующих специалистов.

Совершенствование программ медицинского и фармацевтического образования будет базироваться на компетентностном подходе и профессиональных стандартах, разработанных с непосредственным участием организации практического здравоохранения, ассоциаций врачей, научных организаций.

Для оценки уровня теоретических знаний и практических навыков выпускников будет внедрена система независимой оценки компетенции, базирующейся на профессиональных стандартах и лучшей международной практике.

Дальнейшее развитие медицинского и сестринского образования должно быть построено на триединстве клинической практики, медицинского образования и научной деятельности.

Для усиления практической подготовки специалистов клинические базы медицинских ВУЗов будут развиваться на основе модели университетских клиник ведущих мировых медицинских школ.

С этой целью будет разработана концепция развития интегрированных академических медицинских центров (университетских клиник) на основе функционального (консорциумы) и организационного (холдинги) объединения научных организаций, медицинских ВУЗов, стационарных и амбулаторных организаций по принципу полного цикла медицинских услуг и подготовки кадров.

В педагогическую практику широко будут внедряться принципы доказательного медицинского образования, в том числе через развитие исследований в сфере медицинского образования.

При этом в процессы образования и научных изысканий будут мотивированно вовлечены лучшие специалисты практики, а научные работники и преподаватели получат возможность практической работы и проведения клинических исследований. Кроме того, будет простимулировано развитие практической медицины и научных исследований в регионах страны, что станет логическим продолжением реализованных в стране инвестиционных программ по улучшению инфраструктуры и материально-технического оснащения областных медицинских организаций.

Будет обеспечена модернизация материально-технической базы организаций медицинского образования, включая дальнейшее развитие учебно-клинических центров, учебных и научных лабораторий. Будут разработаны и внедрены гибкие модульные программы резидентуры, позволяющие проводить перезачет модулей при смене специальности.

Будет проведена аккредитация программ послевузовского и дополнительного медицинского образования в соответствии с лучшими международными стандартами.

Для развития отечественной фармацевтической отрасли с помощью измененных программ преддипломной и постдипломной будет повышаться уровень подготовки фармацевтических кадров в области производства и контроля качества лекарственных средств, в том числе биологических препаратов, а также специалистов в области регулирования фармацевтического рынка, необходимо. Будут разработаны программы по подготовке клинических фармакологов, знающих требования надлежащей клинической практики, способных к проведению клинических исследований в соответствии с международными требованиями.

Будут разработаны и внедрены унифицированные для каждой специальности и уровня квалификации сертификационные курсы в соответствии с профессиональными стандартами и на основе внедрения международных подходов (процедура Maintenance of Certification), практика краткосрочных стажировок узких специалистов амбулаторного уровня в стационарах («Teaching Hospitals»).

Будут разработаны и внедрены новые компетенции специалистов сестринского дела в качестве равноправного партнера врача на всех уровнях системы здравоохранения, новые подходы к функционированию медицинских организаций с равноправными врачебными и сестринскими организационными структурами.

Для эффективной реализации реформ в сфере сестринской службы будут определены координирующие национальные и региональные структуры с активным привлечением неправительственных и профессиональных организаций.

Подготовка специалистов сестринского дела всех уровней будет осуществляться в соответствии с международными директивами,

предусматривающими гибкость системы образования по сестринскому делу, разные ступени карьеры в соответствии с потребностями системы.

Обучение среднего медицинского персонала будет проводиться с учетом приоритетности ПМСП, ее многофункциональности и универсальности (развитие самостоятельности). При этом будут широко применяться все виды технологий обучения.

В основе данных мероприятий будет лежать усиление кадрового и институционального потенциала медицинских колледжей и вузов, осуществляющих подготовку специалистов сестринского дела.

Обязательным условием дальнейшего развития медицинского образования станет ее полная информатизация с созданием он-лайн сервисов, библиотек, аудиторий, персональных электронных аккаунтов студентов и преподавательского состава. Получит дальнейшее развитие дистанционные технологии в системе образования специалистов.

К 2020 году будет пересмотрены и обновлены стандарты медицинского образования, в том числе с целью обязательного тотального овладения студентами английским языком на уровне, достаточном для получения и поддержания знаний и навыков как в научной, так и клинической практике. Для повышения потенциала профессорско-преподавательского состава будет разработана и внедрена Модель компетенций преподавателей медицинских и фармацевтических ВУЗов и программа повышения квалификации на основе использования опыта Высшей школы образования Назарбаев университета. Получит развитие практика привлечения зарубежных преподавателей в образовательный процесс.

Основой повышения эффективности управления в образовании станут меры по расширению автономии медицинских ВУЗов, развитию государственно-частного партнерства при строительстве и реконструкции университетской инфраструктуры, внедрению лучших принципов корпоративного управления.

Будет проведена аккредитация организаций и программ высшего (к 2018 году), технического и профессионального, послевузовского (к 2020 году) медицинского и фармацевтического образования в соответствии с лучшими международными стандартами.

### **5.5.3. Развитие инноваций и медицинской науки**

Будет обеспечено долгосрочное развитие инновационного потенциала биомедицинской отрасли и медицинской науки в Республике Казахстан на основе стратегических целей социально-экономического развития государства, глобальных и региональных факторов и разработанного долгосрочного плана научно-технического развития отрасли “Innovative Health: Vision – 2030”.

Приоритетные направления научно-исследовательской и инновационной деятельности будут связаны с поиском действенных методов предотвращения и устранения последствий основных заболеваний и вредных факторов внешней среды, предотвращения преждевременной смерти и потери трудоспособности от наиболее распространенных неинфекционных и

инфекционных заболеваний, развитием научно-инновационной биомедицины (разработка новых медицинских технологий, создание новых лекарственных препаратов, развитие персонализированной и трансляционной медицины), повышении качества и конкурентной способности доклинических и клинических исследований лекарственных препаратов отечественного производства.

Первоочередной задачей развития отечественной медицинской науки станет модернизация ее методологических подходов на основе трансфера передовых мировых стандартов и концепций. С этой целью будет уделено большое внимание интеграции отечественных научно-исследовательских программ и проектов с международными, будет стимулироваться переход и вовлечение наших проектов в программы международных мультицентровых исследований.

Будет развиваться принцип командной, проектной научно-исследовательской работы. Индивидуальные научные исследования смогут быть одобрены только как часть более обширного группового или мультицентрового исследования.

Будет обеспечено дальнейшее развитие комплексных механизмов защиты авторских прав и интеллектуальной собственности. Будет уделено особое внимание развитию знаний, навыков и механизмов в области обеспечения коммерциализации результатов научной деятельности.

Основополагающей задачей развития медицинской науки будет определено укрепление ее интеллектуального потенциала. С этой целью будет обеспечены системные меры выявления и долгосрочной адресной поддержки одаренных исследователей и перспективных инновационных идей через систему отраслевых конкурсов и грантов, создание «социальных лифтов» для перспективных научных работников.

Будет продолжена реализация мер государственной поддержки, в том числе финансовой, для продвижения перспективных и конкурентоспособных научно-исследовательских проектов.

Будут обеспечены адекватное, устойчивое и прозрачное финансирование научно-исследовательских проектов и программ путем поэтапного перехода от программно-целевого контрактного финансирования и базового финансирования научных организаций к финансированию научно-исследовательской деятельности только на основе инновационных грантов, формат start-упроектов, венчурного фондового финансирования.

Будет разработана среднесрочная программа развития научных компетенций, обучения и научных стажировок по стратегически приоритетным направлениям, развиваться обмен научными кадрами, оказываться помощь в обучении международным стандартам научной работы, в том числе выработке дизайна и методологии исследований, помощь в оформлении научных трудов.

В рамках бюджетов научных программ будут предусмотрены гибкие формы оплаты труда и вознаграждений за достижение инновационных и конкурентоспособных результатов.

В целом приоритет в финансировании будет отдаваться исследованиям в рамках международных мультицентровых научных проектов, а также проектов с внешним со-финансированием.

Для создания конкурентоспособных научных разработок в рамках разработанных приоритетных направлений исследований будет развиваться эффективный менеджмент на всех уровнях научно-инновационного процесса, включая принципы командной, проектной научно-исследовательской работы. При этом будут внедрены обязательные стандарты для обеспечения соблюдения этических принципов и надлежащей практики проведения научных исследований на всей территории РК с созданием соответствующей инфраструктуры и обучением научных работников.

Будет осуществляться системная поддержка и стимулирование доклинических и клинических исследований новых медицинских технологий: приоритетное финансирование научных программ, развитие материально-технической базы исследовательских центров, обучение персонала, внедрение современных стандартов и требований, в том числе будет создана национальная сеть биобанков.

Будут разработаны системные меры по укреплению инфраструктуры научно-исследовательской деятельности, в том числе по совершенствованию материально-технического оснащения научных организаций.

По опыту ведущих мировых стран развитие медицинской и фармацевтической науки будет концентрироваться вокруг университетов. С этой целью будет стимулироваться интеграция научных, образовательных и медицинских организаций для совместного использования ресурсов (зданий, оборудования, человеческих ресурсов и пр.).

Будут развиваться современные формы партнерства ВУЗов, медицинских, научных организаций и предприятий реального сектора экономики в виде функциональных объединений (консорциумов, научно-технических парков), а также путем организационного слияния в виде холдингов или крупных научно-практических университетов.

Также будет проработано поэтапное создание инновационных биотехнологических парков на базе медицинских и многопрофильных университетов, крупных клиник с привлечением медицинской и фармацевтической индустрии.

Будет обеспечено дальнейшее развитие лабораторий коллективного пользования, укрепления материально-технической базы научных лабораторий и баз для проведения доклинических и клинических исследований.

Будет осуществляться системная поддержка и стимулирование локализации клинических испытаний медицинских технологий.

Будут разработаны и внедрены механизмы продвижения и доведения до практической реализации научных разработок и инновационных идей специалистов здравоохранения.

В условиях дефицита научных кадров, развитие научной школы будет



базироваться на:

увеличении приема в магистратуру, PhD докторантуру, расширении количества специальностей и направлений подготовки научных кадров; внедрении с 2018 года программ пост-докторантуры на базе ведущих отечественных медицинских ВУЗов и научных организаций; создании комплексной системы социально-экономических механизмов привлечения одаренных специалистов в организации науки и образования, их стимулирования к проведению научных исследований.

Будет проводиться систематический мониторинг и анализ по интегральным показателям конкурентоспособности научных исследований: объем публикаций в международных рецензируемых изданиях, количество цитирований работ казахстанских авторов, объем патентования и уровень коммерциализации полученных результатов и внедрения в практическое здравоохранение и ежегодное проведение Национального рейтинга научных организаций страны.

#### **5.6. Обеспечение дальнейшего развития инфраструктуры здравоохранения на основе государственно-частного партнерства и современных информационно-коммуникационных технологий**

Дальнейшее реформирование системы здравоохранения будет основано на формировании инфраструктуры, гибко реагирующей на потребности населения в доступных и качественных медицинских услугах.

Развитие системы здравоохранения будет осуществляться с активным участием частного сектора, в том числе посредством развития механизмов государственно-частного партнерства.

Государственные инвестиции будут планироваться и направляться на развитие сети здравоохранения в сферах, где ограничено применение концессии и ГЧП, нет экономической целесообразности развития ГЧП, а также в стратегически значимых для развития отрасли секторах (материнство, туберкулез, ВИЧ и т.п).

Современные информационно-коммуникационные технологии будут внедрены в рамках развития электронного здравоохранения в соответствии с утвержденной Концепцией развития электронного здравоохранения Республики Казахстан. Фокусом электронного здравоохранения будет формирование единого информационного пространства здравоохранения, в рамках которого все заинтересованные стороны, включая пациента, имеют доступ к необходимой информации, независимо от типа используемых информационных систем.

##### **5.6.1. Развитие сети организаций здравоохранения с применением механизмов ГЧП**

Основное внимание будет уделено высвобождению и перераспределению неэффективно используемых ресурсов в больничном секторе, которое предусматривает:

оптимизацию лечебно-диагностических процессов на основе стандартизации и улучшения менеджмента и трансформацию неэффективно работающих объектов, филиалов и структурных подразделений больниц в организации

ПМСП и другие службы (реабилитация, паллиативная помощь и пр.). В отдаленных районах с небольшой численностью населения, где экономически нецелесообразно содержать в них самостоятельные территориальные больницы, будут организованы объекты ПМСП с открытием в них коек дневного пребывания;

децентрализацию оказания некоторых медицинских услуг, для предоставления которых не требуются высокоспециализированные специалисты и сложное технологическое оборудование: оказание клинко-диагностических услуг (узкие специалисты, психиатры, фтизиатры) на уровне ПМСП, разукрупнение участков, в т.ч. за счет развития частной семейной практики;

централизацию услуг здравоохранения, требующих сложных технологий и компетенций узких специалистов с высокой квалификацией, с созданием на межрайонном, областном и республиканском уровнях специализированных центров. При этом будут предприняты меры по повышению роли и ответственности организаций, оказывающих высокоспециализированную помощь и координирующих деятельность организаций здравоохранения по профильным направлениям.

Будет продолжена работа по определению потребности в развитии единой инфраструктуры системы здравоохранения на основе стратегических целей развития, адаптации международных стандартов планирования, проектирования, строительства, оснащения объектов здравоохранения и международных стандартов обеспечения качества медицинских услуг.

Перспективные планы станут основой ресурсного развития регионов и формирования норматива сети организаций с учетом специфики регионов и потребностях населения в конкретных видах медицинской помощи.

На основе мастер-плана будет осуществляться инвестиционное планирование и развитие сети здравоохранения, в первую очередь на основе стимулирования и привлечения частных инвестиций, преимущественного развития ГЧП. Будет продолжено проведение разгосударствления государственных медицинских организаций путем их преобразования в предприятия на праве хозяйственного ведения с внедрением корпоративного управления с созданием Наблюдательных советов, акционирования – с созданием Советов директоров, и приватизации.

Приватизация медицинских организаций будет одним из ключевых инструментов создания конкурентной среды и конечным этапом корпоративного и доверительного управления. При этом ПМСП станет основным объектом для передачи в доверительное управление или приватизацию.

Приватизация станет основой расширения участия частного сектора в оказании ГОБМП.

Конкуренция среди поставщиков медицинских услуг будет поддерживаться свободным выбором пациента, рейтинговой оценкой деятельности медицинских организаций и прозрачной тарифной политикой, ориентированной на результат.

Будет сформирован четкий перечень объектов для реализации по механизмам ГЧП, в том числе на основе передачи объектов государственной собственности в доверительное управление, приватизации, строительства или реконструкции объектов по модели концессии.

При этом будут реализованы различные формы ГЧП, предусматривающие: расширение участия частных медицинских организации в предоставлении услуг ГОБМП и ОСМС, в том числе услуг по оказанию высокоспециализированной помощи. При этом, будут созданы равные экономические условия, как для государственных, так и для частных поставщиков услуг;

передачу отдельных видов медицинских и немедицинских услуг (лаборатории, радиологические службы, уборка, питание, закуп материальных и нематериальных ценностей, обслуживание медицинской техники и пр.) в аутсорсинг;

передача республиканских и местных организаций здравоохранения в управление частным компаниям, в том числе зарубежным;

привлечение частных инвестиций на строительство объектов здравоохранения.

привлечение частных компаний для обеспечения эффективного функционирования медицинской техники и лабораторной службы.

В рамках программы будет разработан проект по расширению сети ПМСП путем применения контрактных видов ГЧП (строительство, реконструкция, оснащение, эксплуатация объектов ПМСП с привлечением частных инвестиций, передача объектов ПМСП в доверительное управление, предоставление частным компаниям и частнопрактикующим врачам государственного имущества в аренду для организации объектов ПМСП).

Будет осуществлена комплексная разработка и внедрение новой системы стандартов инфраструктуры здравоохранения на основе стандартов ОЭСР (архитектурные, инженерные, технологические и др.), а также стандарты в области ресурсосбережения, энергоэффективности и экологичности объектов здравоохранения.

Будут проведены аналитические исследования и разработаны прогнозы и рекомендации по развитию макроэкономики здравоохранения страны и региона, в условиях глобализации рынков медицинской индустрии, интеграции Казахстана в региональные и глобальные экономические союзы (Таможенный Союз, ЕЭС, ШОС и др.).

#### **5.6.2. Развитие информационно-коммуникационных технологий**

Будет продолжено развитие единой национальной информационной системы здравоохранения (далее – ЕИСЗ) в части разработки единых стандартов, технологических спецификаций и характеристик различных информационных систем по требуемому функционалу.

До 2018 года будут сформированы необходимые программно-аппаратные средства для внедрения Электронного паспорта здоровья (далее – ЭПЗ), единого хранилища аналитических данных здравоохранения,

интеграционной шины, инструментов ведения единых классификаторов, справочников и регистров.

До 2020 года будет обеспечен полный охват граждан РК ЭПЗ, соответствующего международным стандартам. ЭПЗ обеспечит сбор и доступ к клинически значимым медицинским данным и станет повседневным инструментом координации оказания медицинской помощи пациенту со стороны врача ПМСП, будет способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи, реализации механизмов управления заболеваниями и обеспечения преемственности оказания медицинской помощи.

Пациент получит возможность иметь доступ к личной медицинской информации из ЭПЗ, посредством «Личного кабинета пациента» и доступ к электронным государственным услугам здравоохранения.

ЭПЗ станет центральным звеном, обеспечивающим взаимодействие медицинских информационных систем и поставщиков медицинских услуг за счет реализации стандартизированной модели медицинской информации. При этом будут предусмотрены механизмы информационной безопасности и защиты персональных и конфиденциальных данных.

Информационной основой системы обязательного социального медицинского страхования будут информационные системы и электронные ресурсы электронного здравоохранения, налоговых органов, банков второго уровня, организаций социального страхования и социальной защиты.

«Доступ к ресурсам электронного здравоохранения и регулярное введение необходимой информации станет обязательным условием для лицензирования и аккредитации субъектов медицинской и фармацевтической деятельности. Доступ к ресурсам электронного здравоохранения и регулярное введение необходимой информации станет обязательным условием для лицензирования и аккредитации субъектов медицинской и фармацевтической деятельности, являющихся юридическими лицами». Будет повышен потенциал работников отрасли здравоохранения основам электронного здравоохранения на уровне додипломного и последипломного образования.

Будут выработаны единые стандартизированные требования на основе международных стандартов информатизации здравоохранения, которые будут предъявляться в обязательном порядке для всех клинических информационных систем.

В соответствии с установленными требованиями и стандартами будет организована и внедрена процедура сертификации различных программных продуктов на предмет соответствия требованиям ЕИСЗ для дальнейшего доступа на рынок ИКТ в области здравоохранения.

При этом в рамках расширения участия частного сектора, развития ГЧП и приватизации объектов здравоохранения, организациям здравоохранения будет предоставлена свобода выбора госпитальных и других медицинских информационных систем на рынке ИКТ.

Будет внедрена модель реализации инвестиционных проектов по

информатизации отдельных организаций, служб, региональных систем здравоохранения на основе ГЧП. Это позволит сбалансировать традиционно имеющиеся риски в этой сфере, в том числе обеспечит заинтересованность сторон в долгосрочной и качественной реализации таких проектов.

Наряду с традиционными подходами к информатизации производственных процессов в отрасли, будет осуществляться поддержка внедрения инновационных ИКТ, таких как удаленный автоматизированный мониторинг состояния здоровья пациентов с помощью мобильных компьютеров и устройств; создание и развитие виртуальных медицинских команд по интегрированному ведению сложных заболеваний (например, он-лайн мониторинг и ведение пациентов с органной трансплантацией).

Будет разработана концепция дальнейшего развития и программа ГЧП в построении информационно-коммуникационной инфраструктуры здравоохранения страны с привлечением ведущих мировых производителей и вендоров в этой сфере.

## **6. Этапы реализации Программы**

Реализация Программы рассчитана на 2016-2020 годы и предусматривает:

I этап – 2016-2018 годы

Будет проведено:

дальнейшее развитие общественного здравоохранения;  
модернизация первичной медико-санитарной помощи;  
дальнейшее развитие специализированной медицинской помощи, в т.ч.

ВСМП

дальнейшее развитие конкуренции в здравоохранении: корпоративное управление, приватизация, развитие частной семейной практики.

дальнейшее совершенствование кадровой политики;

дальнейшее развитие науки;

совершенствование лекарственного обеспечения и материально-технической базы медицинских организаций;

внедрение социального медицинского страхования.

формирование технической инфраструктуры электронного здравоохранения.

II этап – 2019-2020 годы

Будет продолжена:

модернизация первичной медико-санитарной помощи.

дальнейшая либерализация рынка поставщиков медицинских услуг.

развитие системы управления качеством медицинских услуг через партнерство государства, профессиональных сообществ и пациентов;

внедрение электронного паспорта здоровья;

завершение внедрения социального медицинского страхования.

## **7. Необходимые ресурсы**

На реализацию Программы в 2016-2020 годах будут направлены средства республиканского бюджета, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.

Общие затраты из республиканского бюджета на реализацию Программы составят 945 423 757,0 тыс. тенге.

Объем финансирования Программы на 2016-2020 годы будет уточняться при утверждении республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Расшифровка аббревиатур:

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ВСМП	Высокоспециализированная медицинская помощь
ГОБМП	Гарантированной объем бесплатной медицинской помощи
ГЧП	Государственно-частное партнерство
ДТП	Дорожно-транспортное происшествие
ЕНСЗ	Единая национальная система здравоохранения
ЕЭП	Единое экономическое пространство
ИКТ	Информационно-коммуникативные технологии
ИМН	Изделия медицинского назначения
КЗГ	Клинико-затратные группы
КНЛФ	Казахстанский национальный лекарственный формуляр
КОМУ	Комитет оплаты медицинских услуг
МВД	Министерство внутренних дел
МЗСР	Министерство здравоохранения с социального развития
МИО	Местные исполнительные органы
НИЗ	Неинфекционные заболевания
ЕИСЗ	Единая информационная система здравоохранения
НПЛО	Национальная политика лекарственного обеспечения
ООН	Организация Объединённых Наций
ОСМС	Обязательное социальное медицинское страхование
ОЭСР	Организации экономического сотрудничества и развития
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
СМП	Специализированная медицинская помощь
СОЗ	Система общественного здравоохранения
УЧР	Управление человеческими ресурсами
ЭПЗ	Электронный паспорт здоровья