

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016-2019 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

1. Паспорт программы

Наименование программы Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 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 «Нурлы жол – 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 внутренних дел Республики Казахстан, Министерство здравоохранения и социального развития 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 обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны

Задачи Развитие системы общественного здравоохранения. Совершенствование профилактики и управления заболеваниями. Повышение эффективности управления и финансирования системы здравоохранения.

Обеспечение рационального использования ресурсов и оптимизации инфраструктуры.

Срок реализации 2016-2019 годы

Целевые индикаторы

К 2020 году:

увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения Республики Казахстан до 73 лет;

2. Введение

Для достижения стратегической цели, поставленной Главой государства Н.А. Назарбаевым 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. В этой связи государство должно обеспечить поэтапное внедрение стандартов стран ОЭСР, направленных на улучшения качества и доступности предоставляемых медицинских услуг, повышение эффективности системы управления и финансирования системы здравоохранения, а также рационального использования имеющихся ресурсов. 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 результатов и решение проблем в вопросах охраны здоровья в соответствии с новыми вызовами, а также станет основой для планомерного развития отрасли до 2050 года. Реализация Программы будет способствовать устойчивости и динамичному развитию социально-ориентированной национальной системы здравоохранения с соблюдением принципов всеобщего охвата населения, социальной справедливости, обеспечения качественной медицинской помощью и солидарной ответственности за здоровье в соответствии с ключевыми принципами стратегии политики Всемирной организации здравоохранения «Здоровье-2020».

3. Анализ текущей ситуации

Согласно отчету Глобального индекса конкурентоспособности (далее – ГИК) за 2014-2015 годы Казахстан занял 42-ое место в рейтинге среди 140 стран, поднявшись на 8 мест в сравнении с результатами рейтинга прошлого года. По индикатору «Здоровье и начальное образование» Казахстан занял 93 место из 140 стран. 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 Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (далее – Госпрограмма «Саламатты Қазақстан») отмечены: увеличение численности населения в республике до 17 417,7 тыс. человек (на 01.01.2015 года) с ежегодным темпом прироста населения на 1,24%; рост ожидаемой продолжительности жизни до 71,62 лет (2010 год – 68,41 лет);

снижение общей смертности населения почти на 15,3% (2010 год – 8,94 на 1000 населения, 2014 год – 7,57);

увеличение рождаемости на 2,6% (2010 год – 22,54 на 1000 населения, 2014 год – 23,13);

снижение материнской смертности в 1,9 раза (2010 год – 22,7 на 100 000 родившихся, 2014 год – 11,7);

снижение младенческой смертности в 1,7 раза (2010 год – 16,58 на 1000 родившихся живыми, 2014 год – 9,72);

снижение заболеваемости населения туберкулезом на 30,3% (2010 год – 95,3 на 100000 населения, 2014 год – 66,4) и смертности более чем в 2 раза (2010 год – 10,6 на 1000 населения, 2014 год – 4,9);

удержание распространенности вируса иммунодефицита человека (далее – ВИЧ)/синдрома приобретенного иммунодефицита (далее – СПИД) на концентрированной стадии (2014 год – 0,2).

Снижение показателей материнской, младенческой и детской смертности по

подтверждению Межведомственной группы агентств Организации объединенных наций (далее – ООН) позволило Казахстану достичь 4 и 5 (детская и материнская смертность) Целей Развития Тысячелетия. 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.

В структуре общей смертности ведущей причиной являются болезни системы кровообращения (22,3%), наиболее частые – ишемическая болезнь сердца, сосудистое поражение мозга, от которых ежегодно умирают около 30 тысяч человек. Рост первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения составляет почти 15% (2010 год – 2086,7 на 100 тыс. населения, 2014 год – 2394,7).

Второй причиной является смертность от злокачественных новообразований (12,1%), от которых ежегодно умирают около 17 тысяч человек, из них 16,9% составляет рак легких. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями увеличился на 9,7% (2010 год – 181,2 на 100 тыс. населения, 2014 год – 198,7).

На третьем месте – смертность от несчастных случаев, травм и отравлений (11,3%), от которых ежегодно умирает около 16 тысяч человек. Ежегодно свыше 3000 человек погибают от преднамеренного самоповреждения, опережая смертность от дорожно-транспортных происшествий (далее – ДТП).

Среди причин бремени хронических заболеваний в 87,5% являются 4 фактора риска (высокое артериальное давление, уровень холестерина, табакокурение и употребление алкоголя).

По данным ВОЗ годовой уровень потребления алкоголя в Казахстане (в экв. л.ч. спирта/душ.нас. в год) снизился незначительно: с 7,1 в 2007 году до 6,6 в 2012 году.

По результатам Глобального опроса населения о потреблении табака распространенность табакокурения в Казахстане (% курения табака в возрасте ≥ 15 лет) снизилась с 23,1 в 2007 году до 22,4% в 2011 году (в странах ОЭСР – 20,65%).

С 2007 года на 38,1% снизился уровень употребления наркотических средств.

По результатам 5-го национального исследования (2012 год) 31,2% взрослых имеют избыточную массу тела или ожирение.

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 ориентировочно с 7,7% до 11-13% (ОЭСР – 15,5%). Изменение демографической ситуации с ростом хронических заболеваний повлияет на спрос медицинских услуг.

В республике отмечается стабильная эпидемиологическая ситуация по

большинству инфекционных болезней. Достигнут 95% охват иммунизацией против 11 вакциноуправляемых инфекций всего подлежащего детского населения. В 2012 году ВОЗ ресертифицировал Казахстан страной, свободной от полиомиелита и малярии. 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 с низким показателем, занимающих 1 место. Несмотря на значительное снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза (снижение заболеваемости более чем на 9% ежегодно, смертности – более чем в 2 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 – 102 место.

В санитарно-эпидемиологической службе внедрена система прогнозирования, оценки и управления рисками, организованы 5 зональных вирусологических лабораторий, созданы специализированные лаборатории по контролю безопасности пищевой продукции, отвечающие требованиям Всемирной торговой организации, в календарь прививок внесена вакцинация детей от пневмококковой инфекции. Вместе с тем, не определена концепция дальнейшего развития и совершенствования системы оценки рисков, предполагающая создание научно обоснованной оценки негативного воздействия факторов окружающей среды на состояние здоровья населения и связанных с этим потенциальных медико-биологических и экономических последствий. Существующие информационные системы не обеспечивают оперативный обмен данными с другими базами данных заинтересованных государственных органов, ведомств и международных организаций, в «он-лайн» режиме обеспечивать мониторинг санитарно-эпидемиологической ситуации.

Существующая система лабораторного контроля с учетом развития технологий и решения задач по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения требует постоянного совершенствования и дооснащения.

Охрана здоровья и система здравоохранения В период реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» проведена определенная работа по формированию единой национальной политики по вопросам охраны здоровья через усиление межсекторального и межведомственного взаимодействия.

Министерство национальной экономики Республики Казахстан продолжает реализацию мероприятий по обеспечению питьевой водой и канализованию; Министерство образования и науки Республики Казахстан (далее – МОН) – обеспечение питания школьников, привитие навыков ведения здорового образа жизни; Министерство внутренних дел Республики Казахстан (далее –

МВД) – сокращение смертности от ДТП и травматизма, оказание медицинской помощи больным туберкулезом в учреждениях уголовно-исполнительной системы, Комитет по чрезвычайным ситуациям МВД – предупреждение и снижение последствий чрезвычайных ситуаций, обеспечение медико-спасательной помощи и развитие санитарной авиации. Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – МЗСР) вместе с местными исполнительными органами проводятся 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. В то же время мероприятия по своевременности выполнения обязательств участниками межведомственного и межсекторального взаимодействия малоэффективны, недостаточна координирующая роль Национального координационного совета, отсутствует эффективное взаимодействие секторов на первичном уровне. Недостаточно внимания уделяется управлению детерминантами причин неинфекционных заболеваний. Снижена эффективность профилактических и оздоровительных мероприятий среди школьников. В недостаточном объеме проводится фортификация муки по профилактике дефицита железа и фолиевой кислоты. В целях усиления профилактической направленности на уровне первичного звена проведены следующие мероприятия: в 2011 году 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), с 2014 года внедрен комплексный подушевой норматив (далее – КПН) со стимулирующим компонентом (частичное фондодержание); создан институт социальных работников (к концу 2014 года на 10 тысяч населения приходится 1,2); увеличилось количество врачей общей практики (далее – ВОП) на 30%. В результате финансирование ПМСП увеличилось до 28% (2010 год – 23,4%) в общем объеме финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП). Благодаря принятым мерам отмечается снижение темпа роста спроса на стационарные услуги, более дифференцированное направление пациентов на дополнительные обследования и консультации. Однако, приоритет ПМСП в части финансирования не достигнут. Объем финансирования ПМСП составил в Казахстане 95 долларов США, Эстонии –

231, Словении – 369, ОЭСР – 558. 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, недостаточна работа по информированию населения о новой модели с более широкими компетенциями и функционалом ВОП. Интеграция ПМСП и вертикальных профильных служб (туберкулез, онкология, ВИЧ/СПИД и др.) также не достаточна. Требуют решения вопросы улучшения преемственности между амбулаторно-поликлиническим, стационарным уровнем и службой скорой медицинской помощи. Сохраняется перепотребление консультативно-диагностических услуг. Не достаточно используется для этих целей потенциал стационаров, что вызывает неудовлетворенность населения в доступности и качестве медицинских услуг.

С внедрением Единой национальной системы здравоохранения (далее – ЕНСЗ) на стационарном уровне проведена консолидация средств ГОБМП на уровне республиканского бюджета, уменьшив разницу в финансировании между регионами, внедрен принцип «деньги следуют за пациентом», финансирование по клинко-затратным группам (далее – КЗГ). Это способствовало интенсификации использованию ресурсов стационара и развитию стационарозамещающих технологий, внедрению и развитию высоких медицинских технологий в регионах (средняя длительность пребывания в стационаре сократилась на 27%, количество пролеченных больных в условиях дневного стационара увеличилось на 23,5% по сравнению с 2010 годом, количество кардиохирургических вмешательств возросло с 7000 до 85000 в год). Однако, несмотря на сокращение коечного фонда на 14 тыс. единиц, в Республике Казахстан показатели обеспеченности больничными койками выше, чем в странах ОЭСР на 20%, более продолжительная средняя длительность пребывания в стационаре (9,5 койко-дней (2014 год) против 6,0 в странах ОЭСР), не достаточна дифференциация коечного фонда по уровню интенсивности лечения, что создает финансовую нагрузку на бюджет здравоохранения: на долю стационаров приходится более 60% бюджета системы здравоохранения.

Результатом недостаточного уровня дифференциации, нехватки коек восстановительного лечения, реабилитации и длительного ухода стала низкая эффективность их работы. Не развиты стационары на дому и патронажная служба. Свыше 20% госпитализированных больных могли получить лечение на амбулаторном уровне.

Наиболее распространенные группы заболеваний (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт), злокачественные новообразования, травмы, роды) являются наиболее частыми причинами госпитализации и смертности. При этом отсутствует взаимодействие и интеграция на всех уровнях маршрута пациента, основанные на единых

алгоритмах действий.
В рамках внедрения ЕНСЗ формируется конкурентная среда среди поставщиков частной и государственной формы собственности медицинских услуг с обеспечением равных условий при оказании ГОБМП. Доля частных поставщиков услуг ГОБМП возросла с 12% в 2010 году до 27,4% в 2014 году. Государственные медицинские организации расширили самостоятельность путем перехода в статус организаций на праве хозяйственного ведения (далее – ПХВ) с наблюдательными советами. Внедрены новые методы оплаты, ориентированные на конечный результат в амбулаторном и стационарном секторе, в онкологической службе и медицинских организациях села – глобальный бюджет.

Объем финансирования отрасли вырос в 1,5 раза: с 568,9 млрд. тенге в 2010 году до 870,7 млрд. тенге в 2014 году. 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 во Внутреннем валовом продукте (далее – 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 данным ВОЗ уровень расходов населения свыше 20% является признаком низкой финансовой устойчивости системы здравоохранения и характеризует повышенный риск для населения, связанный с приближением их к черте бедности вследствие болезней, которые, в свою очередь, могут затронуть все сферы (способность получать образование, экономическая продуктивность, уменьшение спроса на медицинские услуги), а также привести к ухудшению здоровья и демографических показателей.

Кроме того, действующие механизмы финансирования в системе здравоохранения недостаточно эффективны, не совершенна тарифная политика, не решены вопросы финансирования обновления основных средств. Требуют дальнейшего совершенствования механизмы эффективности использования средств ГОБМП. Так, отмечается низкая эффективность Национальной скрининговой программы (выявляемость составляет 3,4% среди взрослого населения, 16,4% – среди детского), эффективность скринингов не мониторируется на основе рекомендаций по эффективности раннего обнаружения раковых опухолей и их успешному лечению.

Существующая система финансирования ГОБМП не реализует принцип солидарной ответственности государства, работодателя и гражданина. С учетом появления новых технологий современная медицина становится все более ресурсоемкой.

Продолжается работа по стандартизации в соответствии с международными требованиями: совершенствуются протоколы диагностики и лечения, алгоритмы, стандарты профильных служб. Последовательно начали внедряться компоненты управления качеством: система аккредитации медицинских организаций, внутренний аудит, независимая оценка знаний и навыков.

Вместе с тем, управление качеством медицинских услуг основано на системе контроля, а не управлении качеством, не завершен процесс стандартизации в здравоохранении, не привлекаются общественные организации и профессиональные сообщества в процесс управления качеством. Система сертификации медицинских работников слабо мотивирует обеспечение качества медицинских услуг. Не развит процесс доаккредитационной подготовки медицинских организаций.

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 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.

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 СКПН, 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.

В период реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» проводилась планомерная работа по повышению потенциала медицинских и научных кадров: внедрены принципы накопительной системы непрерывного профессионального развития (далее – ННР); созданы симуляционные образовательные центры; внедрена система независимой оценки квалификации специалистов.

В целях обеспечения качества медицинского образования с 2012 года в Республике Казахстан внедряется процедура аккредитации образовательных организаций (институциональная аккредитация) и образовательных программ (специализированная аккредитация), независимая экзаменация выпускников. Институциональную аккредитацию к настоящему времени получили 6 медицинских ВУЗов, начала внедряться процедура аккредитации

медицинских колледжей. С 2014 года началась специализированная аккредитация программ высшего образования. Однако, остается низкой практическая направленность подготовки кадров, несовершенство образовательных программ, особенно по направлениям клиническая фармакология, менеджмент, экономика. Конкурентоспособность научных исследований низкая, неудовлетворительна их практическая значимость, недостаточное финансирование прикладных научных исследований в области здравоохранения (РК – 0,005% от ВВП, ОЭСР – 0,3% от ВВП) и дефицит кадров с ученой степенью (более 650 специалистов).

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 в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. 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.

В структуре расходов на лекарственное обеспечение в рамках ГОБМП доля стационарного лекарственного обеспечения составляет 45%, доля амбулаторного лекарственного обеспечения – 55%. На амбулаторном уровне более 2 млн. граждан республики получают лекарственные препараты более чем по 400 наименованиям лекарственных средств бесплатно за счет государства.

Республика Казахстан стала официальным наблюдателем Комиссии Европейской фармакопеи и полноправной страной-участницей Международной программы ВОЗ по мониторингу побочных действий лекарственных средств. В рамках Евразийского экономического союза подписаны Соглашения государств-членов Евразийского экономического союза (Беларусь, Казахстан, Российская Федерация) о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств и медицинских изделий. В целях улучшения информированности медицинских, фармацевтических работников и населения республики создан Лекарственный информационно-аналитический центр с филиалами в регионах. Совершенствуется формулярная система, принципы рациональной фармакотерапии на основе доказательной медицины.

Однако, 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. Сохраняется высокий уровень отпуска рецептурных лекарственных средств без рецептов врача, бесконтрольное использование антибиотиков, полипрагмазия, использование лекарственных средств с недоказанной клинической эффективностью, а также остается проблема с качеством лекарственных средств и присутствием на рынке контрафактной продукции.

Отсутствует система фармаконадзора за лекарственными средствами, медицинскими изделиями, поступающими на рынок Республики Казахстан. Требуется усовершенствования система сбора, выявления побочных действий лекарственных средств, отсутствует интегрированная информационная система для всех участников мониторинга побочных действий. Доклинические и клинические базы не аккредитованы в соответствии с международными требованиями. Медицинские организации недостаточно укомплектованы клиническими фармакологами. Оснащенность медицинских организаций медицинским оборудованием увеличилась на 25,5% (2010 – 43,2%, 6 месяцев 2015 года – 68,7%): сельские – 72,6%, городские – 74,1%. Начато внедрение механизмов финансового лизинга для обеспечения медицинской техникой. Вместе с тем, наблюдаются факты простоя и неэффективного использования медицинской техники, не разработаны стандарты оснащенности, основанные на доказательной медицине, не решены вопросы постгарантийного сервисного обслуживания. С целью создания информационной структуры здравоохранения Республики Казахстан продолжается внедрение Единой информационной системы здравоохранения Республики Казахстан (далее – ЕИСЗ), разработаны и внедрены веб-приложения по актуальным направлениям (регистры социально значимых заболеваний, портал Бюро госпитализации, по кадрам и др.).

Однако, имеющиеся базы данных разобщены и не интегрированы в единое информационное пространство, что осложняет взаимодействие различных уровней и служб здравоохранения, не обеспечивает преемственность информации, ограничивает возможности оперативного анализа. В медицинских организациях не внедряется система электронного документооборота.

Независимыми экспертами Международного Банка Реконструкции и Развития в декабре 2014 года опубликован Отчет о результатах реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан», согласно которому реализация 6-ти основных направлений оценена международными экспертами следующим образом:

- 1-е направление «Повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья» – очень успешная;
- 2-е направление «Усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм» – довольно успешная;
- 3-е направление «Совершенствование санитарно-эпидемиологической службы» – довольно успешная;
- 4-е направление «Совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения» – очень успешная;
- 5-е направление «Совершенствование медицинского, фармацевтического

образования, развитие и внедрение инновационных технологий в медицине»
– успешная;
6-е направление «Повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой» – успешная.

SWOT-анализ здравоохранения

Сильные стороны:
политическая поддержка государства на самом высоком уровне и гарантия исполнения взятых социальных обязательств;
стабильная эпидемиологическая ситуация по большинству инфекционных болезней с высоким охватом иммунизацией детского населения;
эффективная система санитарной охраны границ от завоза и распространения особо опасных инфекционных заболеваний и опасных грузов;
развитая инфраструктура организаций, оказывающих медицинскую помощь;
успешный опыт трансферта современных медицинских технологий и высокоспециализированной медицинской помощи;
внедрение системы управления качеством медицинской помощи на основе стандартизации и аккредитации;
современная тарифная система финансирования здравоохранения;
создание условий для развития отечественных производителей ЛС и медицинских изделий.

Слабые стороны:
низкая ожидаемая продолжительность жизни, высокий уровень общей смертности в сравнении со средним уровнем стран ОЭСР;
низкий уровень доли финансирования здравоохранения к ВВП;
высокий уровень частных расходов на здравоохранение;
недостаточный уровень финансирования ПМСП;
устаревшая инфраструктура системы здравоохранения;
слабый уровень информатизации в отрасли;
отсутствие механизмов солидарной ответственности за здоровье;
недостаточное участие частного сектора в оказании ГОБМП;
недостаточный уровень качества подготовки кадров до- и последиplomного образования;
низкий уровень эффективности управления в системе здравоохранения;
низкая мотивация труда медицинского персонала;
недостаточное лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне.

Возможности:
положительная динамика основных демографических показателей;
создание единого рынка в рамках Евразийского экономического пространства;
привлечение прямых инвестиций (в том числе зарубежных) в

здравоохранение и развитие государственно-частного партнерства; локализация производства лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

внедрение социального медицинского страхования на основе внедренных рыночных механизмов (создан Единый плательщик, внедрены современные методы оплаты на основе конечного результата); поддержка международных финансовых институтов; повышение конкурентоспособности на региональном рынке здравоохранения;

трансферт технологий, знаний и лучшей практики через интенсивное сотрудничество с международными партнерами.

Угрозы:

дальнейшее ухудшение глобальной и региональной экономической ситуации; возникновение новых и возврат ранее известных инфекционных заболеваний;

наличие природных очагов особо опасных инфекций на территории страны; рост неинфекционных заболеваний;

повышение спроса на медицинские услуги;

рост импорта медицинских услуг и товаров;

растущие государственные и частные затраты на здравоохранение;

устаревшие малоэффективные технологии управления;

быстро изнашиваемая и устаревающая инфраструктура и оборудование;

неэффективное развитие и использование человеческих ресурсов отрасли;

рост разочарования и неудовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи.

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

Цель: Укрепление здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны

Достижение данной цели будет измеряться следующими целевыми индикаторами:

№	Целевые индикаторы	ед. изм.	Источники информации	Ответственные за исполнение	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	Уровень ожидаемой продолжительности жизни	Количество лет	Официальные данные Комитета по статистике	МЗСР, МНЭ, МВД, МОН, МСХ,						

МКС,

Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 71,62 71,7 71,8 72,2 72,6 73

Программные

цели:

1. Внедрение новой политики по охране здоровья общества на основе интегрированного подхода к профилактике и управлению болезнями.
2. Модернизация национальной системы здравоохранения, ориентированной на эффективность, финансовую устойчивость и поддержку социально-экономического роста.

Программная цель 1: Внедрение новой политики по охране здоровья общества на основе интегрированного подхода к профилактике и управлению болезнями.

Достижение данной цели будет измеряться следующим целевым индикатором:

№ Целевой индикатор ед. изм. Источники информации Ответственные за исполнение 2014

(факт) 2015

(оценка) 2016 2017 2018 2019

1 Индекс здоровья населения

% Официальные данные Комитета по статистике МНЭ МЗСР,

МНЭ,

МВД,

МОН,

МСХ,

МКС,

Акиматы областей, городов Алматы и Астаны - 16 17

18 19 20

Для решения поставленной цели предусматривается решение следующих задач:

Задача 1: Развитие системы общественного здравоохранения
Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

№ Показатели результатов ед. изм. Источники информации Ответственные за исполнение 2014

(факт) 2015

(оценка) 2016 2017 2018 2019

1 Доля населения, имеющих постоянный доступ к питьевой воде: %

Ведомственная статистическая отчетность МНЭ, Акиматы областей, городов

Астана и Алматы

город 86 87 88 90 93 97

село 50,3 51,5 52,3 55 58 62

2 Доля населения, имеющих постоянный доступ к услугам водоотведения:

МНЭ, город	Акиматы %	областей, 81	городов 82	Астана 84	и Алматы 88	93	97
село	%	10	11	11,2	11,5	12	13
3 Доля отечественного производства во внутреннем потреблении овощей и фруктов в течение года % Ведомственная статистическая отчетность МСХ							
МСХ, Акиматы областей, городов Астана и Алматы 68 72 76 80 84 88							
4 Количество ДТП с пострадавшими абс. Ведомственная статистическая отчетность Комите правового и специального статистического учета Генеральной прокуратуры (далее –КПССУ) МВД, Акиматы областей, городов Астана и Алматы 20378 19970 19570 19178 18794 18418							
5 Число погибших в результате ДТП аабс., % снижения КПССУ МВД, Акиматы областей, городов Астана и Алматы 2585 2559 2533 2508 2483 2458							
6 Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений нна 100 000 нас. Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, МВД, МОН, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 87,86 79,0 72,7 66,9 61,5 56,7							
7 Уровень суицидов среди детей от 15-17 лет на 100 000 нас. Официальные данные Комитета по статистике МНЭ МОН, МВД, МЗСР 17,5 17,4 17,3 17,2 17,1 17,0							
8 Уровень производственного травматизма частота несчастных случаев на 1000 чел. Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 0,39 0,38 0,37 0,36 0,35 0,34							
9 Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2-0,6% % Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, МНЭ, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 0,17 0,21 0,26 0,33 0,41 0,51							
10 Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем (далее – ИППП), среди детей в возрасте 15-17 лет (маркер – сифилис) на 100 000 нас. Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, МОН, Акиматы областей, городов Астана и Алматы 6,9 6,5 6,2 5,9 5,6 5,3							
11 Заболеваемость туберкулезом на 100 000 нас. Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, МНЭ, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 66,4 64,7 63,1 61,5 59,9 57,0							
12 Заболеваемость туберкулезом среди осужденных на 100 000 осужденных КПССУ МВД 799,0 790,0 780,0 770,0 760,0 750,0							
13 Заболеваемость пищевыми токсикоинфекциями на 100 000 нас. Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, МНЭ, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 7,6 7,4 7,2 7,0 6,8 6,6							
14 Охват граждан, занимающихся физической культурой и спортом % Ведомственная статистическая отчетность МКС МКС, МЗСР, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 25,1 26,0 27,0 28,0 29,0							

30,0

15 Охват детей и подростков, занимающихся физической культурой и спортом на базе детско-юношеских спортивных школ % Ведомственная статистическая отчетность МКС МКС,

МОИ, МЗСР,

Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 13,0 13,5 14,0 14,5 15,0 15,1

16 Распространенность ожирения на 100 000 нас. Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, МНЭ,

Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 278,3 270,0 256,5 243,6 231,4 220,0

17 Доля общеобразовательных учреждений, реализующих программы по профилактике наркомании и поведенческих болезней % Ведомственная статистическая отчетность МОН МОН,

МЗСР,

Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 50,0 64,0 78,0 85,0 90,0 100,0

18 Количество лиц, состоящих на наркологическом учете с пагубным потреблением и зависимостью от наркотиков на 100 000 нас. Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, МВД 194,3 193,0 192,0 191,0 190,0 189,0

Задача 2. Совершенствование профилактики и управления заболеваниями
Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

№ Показатели результатов ед. изм. Источники информации Ответственные за исполнение 2014

(факт) 2015

(оценка) 2016 2017 2018 2019

1 Общая смертность населения на 1000 населения Официальные данные Комитета по статистике МЗСР, МНЭ,

Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 7,57 7,4 7,2 6,97 6,8 6,28

2 Материнская смертность на 100 000 родившихся живыми Официальные данные Комитета по статистике МЗСР,

Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 11,7 11,6 11,5 11,4 11,3 11,2

3 Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми Официальные данные Комитета по статистике МЗСР, МНЭ,

Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 9,7 9,7 9,6 9,5 9,4 9,1

4 Смертность от болезней системы кровообращения На 100 000 нас. Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, МНЭ,

Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 207,7 248,4 246,7 244,9 243,2 241,5

5 Смертность от туберкулеза на 100 000 нас. Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, МНЭ,

Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 4,7 4,7 4,5 4,3 4,1 4,0

6 Смертность от злокачественных новообразований на 100 000 нас.

Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, МНЭ, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 91,36 95,8 95,1 94,4 93,7 93,0

7 5-летняя выживаемость больных с злокачественными образованиями % Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 50,6 50,6 52,5 52,7 53,0 53,2

8 Ранняя выявляемость злокачественных новообразований (1-2 стадия) % Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 55,8 57,0 58,5 60,0 61,0 62,0

9 Доля вызовов скорой помощи к больным с хроническими заболеваниями в часы работы ПМСП % Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 23,5 22,7 21,2 21 21 20,8

10 Первичный выход на инвалидность на 10 000 нас. Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 28,1 28,1 28,1 28,0 28,0 28,0

11 Число прикрепленного населения на участке ВОП чел. Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 2303 2194 1954 1791 1672 1577

12 Доля финансирования ПМСП в рамках ГОБМП % Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны 26 28 30 32,5 35 40,0

Программная цель 2: Модернизация национальной системы здравоохранения, ориентированной на эффективность, финансовую устойчивость и поддержку социально-экономического роста. Достижение данной цели будет измеряться следующим целевым индикатором:

№ Целевой индикатор	ед. изм.	Источники информации	Ответственные за
исполнение			2014
(факт)			2015
(оценка)	2016	2017	2018
1 Уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи %			2019
Данные социологического опроса населения (по усовершенствованной методике) МЗСР - - 40 42 44 46			

Для решения поставленной цели предусматривается решение следующих задач:

Задача 1: Повышение эффективности управления и финансирования системы здравоохранения.

Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

№ Показатели результатов ед. изм. Источники информации Ответственные за

исполнение	2014					
(факт)	2015					
(оценка)	2016	2017	2018	2019		
1 Доля населения, за которое ФСМС получены отчисления и взносы на СМС % Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, МФ, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны	-	-	-	60	70	80
2 Соотношение средней заработной платы врачей к средней заработной плате в экономике Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны	1,1	1,1	1,1	1,1	1,15	1,3
3 Доля медицинских организаций, имеющих высокий рейтинг по уровню менеджмента % Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны	6,5	6,8	7,1	7,4	7,7	8,0
4 Доля частных поставщиков медицинских услуг в рамках ГОБМП* % Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР, Акиматы областей, городов Алматы и Астаны	27,4	28,5	29,3	30,5	31,6	32,0
5 Обеспеченность амбулаторно-поликлиническими организациями на 10 тыс. населения Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР Акиматы областей, городов Алматы и Астаны	4,5	4,5	4,8	5,5	6,0	6,5
6 Доля медицинских организаций, достигших цели по международной безопасности пациентов % Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР Акиматы областей, городов Алматы и Астаны	10	15	20	30	40	50
7 Доля иностранных граждан, получивших медицинскую помощь в стационарах на 100 тыс. пролеченных в стационаре Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР Акиматы областей, городов Алматы и Астаны	123,7	128,2	132,7	137,3	142,0	147,0

Задача 2. Обеспечение рационального использования ресурсов и оптимизации инфраструктуры.

Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

№ Показатели результатов ед. изм. Источники информации Ответственные за исполнение	2014					
(факт)	2015					
(оценка)	2016	2017	2018	2019		
1 Охват населения электронными паспортами здоровья % Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР Акиматы областей, городов Алматы и Астаны	0	0	0	0	0	30
2 Доля врачей, соответствующих квалификационной категории по практическим навыкам % Ведомственная статистическая отчетность МЗСР МЗСР Акиматы областей, городов Алматы и Астаны	80,0	82,0	84,0	86,0	88,0	90

3	Доля врачей ПМСП в общем числе врачей %	Ведомственная статистическая отчетность	МЗСР						
	Акиматы областей, городов Алматы и Астаны		19,5	21,0	22,5	23,9	25,2	26,6	
4	Доля аккредитованных программ медицинского образования:	Ведомственная статистическая отчетность	МЗСР	МЗСР	МЗСР	МЗСР	МЗСР	МЗСР	МОН
	высшее %		30	40	50	70	90	100	
	послевузовское %		2	8	15	30	45	65	
	ТиПО %		3	10	20	30	40	50	
5	Доля выпускников резидентуры, успешно прошедших независимую экзаменацию с первого раза %	Ведомственная статистическая отчетность	МЗСР						
			-	60	70	77	85	90	
6	Удельный вес внедренных новых медицинских технологий от числа разрешенных к применению в РК %	Ведомственная статистическая отчетность	МЗСР						
			30	45	50	50	50	52	
7	Доля публикаций в международных рецензируемых изданиях в общем количестве международных публикаций %	Ведомственная статистическая отчетность	МЗСР						
	МОН		9,56	10,5	12	13,5	15	17	
8	Доля амбулаторного лекарственного обеспечения в общем объеме лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП %	Ведомственная статистическая отчетность	МЗСР						
	Акиматы областей, городов Алматы и Астаны		55	57	60	63	65	70	
9	Уровень оснащенности организаций здравоохранения медицинскими изделиями в соответствии с минимальным нормативом %	Ведомственная статистическая отчетность	МЗСР						
	Акиматы областей, городов Алматы и Астаны		67,0	67,8	74,0	76,0	79,0	82,0	

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

- 1) Развитие общественного здравоохранения, как основы охраны здоровья населения;
- 2) Интеграция всех служб здравоохранения вокруг нужд населения на основе модернизации и приоритетного развития ПМСП;
- 3) Обеспечение качества медицинских услуг;
- 4) Реализация Национальной политики лекарственного обеспечения;
- 5) Совершенствование системы здравоохранения на основе внедрения солидарности и повышения ее финансовой устойчивости;
- 6) Повышение эффективности управления человеческими ресурсами в отрасли здравоохранения;
- 7) Обеспечение дальнейшего развития инфраструктуры здравоохранения на основе государственно-частного партнерства и современных информационно-коммуникационных технологий.

5.1. Развитие общественного здравоохранения, как основы охраны здоровья населения

5.1.1. Создание службы общественного здравоохранения. Укрепление и охрана здоровья населения требует не только развития соответствующих стратегий и мобилизации ресурсов в различных сферах жизнедеятельности, но и создания устойчивой и эффективной институциональной основы для обеспечения интеграции деятельности государства, общественности и населения в этом направлении. В соответствии с лучшим международным опытом, основой дальнейшего развития системы здравоохранения станет создание системы общественного здравоохранения (СОЗ), на основе интеграции эпидемиологической службы и службы формирования здорового образа жизни и рационализации питания. Основными функциями СОЗ станут: повышение информированности населения и его вовлечение в мероприятия по профилактике и снижению вредного воздействия различных факторов окружающей среды, нездорового питания и поведенческих рисков; обеспечение эпидемиологического мониторинга за инфекционными и основными 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 контроля за соблюдением законодательства и других правовых норм в области охраны здоровья и эпидемиологической безопасности; внедрение международных систем долгосрочного моделирования и прогнозирования развития заболеваний на региональном и национальном уровнях.

Деятельность СОЗ будет тесным образом интегрирована с системой оказания медицинской помощи населению, особенно с ПМСП, специализированными научно-исследовательскими организациями и программами. Создание СОЗ будет предусматривать интегрированную структуру с разделением функций на республиканском и местном уровнях. На республиканском уровне будут осуществляться функции эпидемиологического надзора и мониторинга факторов риска инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также: разработка и реализация государственной политики и межсекторальных программ, направленных на развитие общественного здравоохранения; разработка научно-обоснованных санитарно-гигиенических норм, касающихся предупреждения инфекционных, неинфекционных и профессиональных заболеваний, гигиены детей и подростков, охраны окружающей среды, радиационной, химической, биологической, промышленной безопасности и т.д.; разработка научно-обоснованных принципов рационального питания, направленных на предупреждение и контроль заболеваний и микронутриентной недостаточности, разработка санитарных норм

производства и реализации пищевых продуктов; научные исследования по решению общественного здравоохранения, в том числе мероприятий по формированию здорового образа жизни; мониторинг состояния здоровья населения для установления проблем общественного здравоохранения и прогнозирования их динамики; оценка эффективности, доступности и качества услуг и программ общественного здравоохранения. На местном уровне СОЗ в ведении местных исполнительных органов будет заниматься:

разработкой, планированием, реализацией и мониторингом мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, в том числе скринингов и диспансеризацией совместно с ПМСП; обеспечением санитарно-эпидемиологического контроля (инспекции) за соблюдением законодательства в области охраны здоровья, гигиенических норм и стандартов профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, охраны окружающей среды, радиационной, промышленной безопасности, производства и реализации пищевых продуктов, иммунизации и т.д.;

дальнейшее развитие лабораторной службы СОЗ, внедрение в деятельность лабораторий оценки факторов риска окружающей среды, развитие системы референс-лабораторий.

Разделение функций эпидемиологического мониторинга заболеваний от санитарного контроля (инспекции) на местах позволит выполнять указанные функции на более транспарентной основе и повысит эффективность мероприятий по обеспечению санитарного и эпидемиологического благополучия населения. Такая дифференциация позволит более эффективно и ответственно интегрировать санитарный надзор с первичным здравоохранением.

Одной из ключевых целей деятельности региональных подразделений СОЗ станет повышение ответственности населения за свое здоровье на основе рационализации питания и стимулирования здорового образа жизни, развития санитарной, репродуктивной и физической культуры, пропаганды правильного питания. Это будет обеспечено мероприятиями по информированию и просвещению граждан, расширению их возможностей в вопросах персонального здоровья и общественного здравоохранения. Для этого на центральном и региональном уровнях СОЗ 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. Приоритетной задачей СОЗ станет активизация, совместно с организациями здравоохранения различных уровней, мероприятий по профилактике и надзору за основными социально значимыми неинфекционными заболеваниями (НИЗ), в том числе: заболевания сердечно-сосудистой системы;

хронические заболевания органов дыхания;
сахарный диабет;
онкологические заболевания;
ожирение;
остеопороз;
анемия;
йод дефицитные заболевания;
заболевания репродуктивной системы,
ментальные расстройства.

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, Рамочной Конвенцией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Европейской стратегии по борьбе против табака, Планом действий ВОЗ в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 годы. Особое внимание будет уделяться вопросам профилактики инфекционных заболеваний, на основе организации и координации всей работы по иммунопрофилактике детского и взрослого населения в стране в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Вместе с тем, система общественного здравоохранения в среднесрочном периоде станет институциональной основой межсекторального взаимодействия, направленного на охрану и укрепление здоровья населения

5.1.2. Развитие межсекторального взаимодействия
В соответствии с международными стандартами, межсекторальное взаимодействие различных государственных и общественных институтов должно быть нацелено на снижение факторов риска возникновения заболеваний и предусматривать комплексные меры, направленные на: уменьшение уровня бедности и безработицы как социальной дифференциации в обществе; повышение уровня образованности населения, в том числе в вопросах ведения и формирования здорового образа жизни; снижение потребления алкоголя, табака, наркотических и психотропных средств;
здоровое сбалансированное питание;
рост числа регулярно занятых физической культурой и спортом;
снижение дорожно-транспортных происшествий;
обеспечение безопасного детства, совершеннолетия и старости внедрением психологических услуг в системе образования и здравоохранения;
создание безопасных условий труда и быта;
уменьшение загрязнения воздуха, воды и почвы, снижение уровня шума с учетом данных мониторинга их влияния на состояние заболеваемости населения и разработке мероприятий по их снижению.
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. Кроме того, совместно с местными исполнительными органами будут изучены, определены региональные приоритеты в области охраны и укрепления здоровья населения на местном уровне и обеспечены для условия для реализации соответствующих программ; 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; приняты меры по передаче штатов медицинских работников школ из системы образования в систему здравоохранения. Приоритетной задачей межсекторального взаимодействия станет реализация комплексных мер по охране материнства и детства, в том числе снижение детского травматизма; укрепление ментального и репродуктивного здоровья детей и молодежи. В рамках межсекторального взаимодействия будет обеспечена реализация комплексных мер, направленных на обеспечение населения доступным, качественным и безопасным жильем, полноценными услугами жилищно-коммунального хозяйства (водообеспечение и водоотведение, канализация, утилизация бытовых отходов, тепло и энергообеспечение и др.). Будет продолжена активная реализация мероприятий, направленных на снижение вредного воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения, в том числе борьба с загрязнением воздуха, почвы и природных резервуаров воды. СОЗ совместно с организациями ПМСП, местными исполнительными органами и работодателями будут разработаны и внедрены комплексные подходы 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. Одной из важнейших задач межсекторального взаимодействия станет создание условий и справедливых возможностей для рационального питания, здорового и безопасного образа жизни, включая стимулирование физической

активности и пропаганду занятия спортом. В рамках межведомственной работы будет обеспечено принятие системных мер, направленных на уменьшение масштабов чрезвычайных ситуаций, отравлений и травматизма, насилия и преступности, в том числе с помощью надлежащего планирования инфраструктуры, нормативного регулирования и государственного контроля, включая контроль за оборотом алкогольной продукции и активное противодействие незаконному обороту наркотических средств. В ответственность СОЗ будет включено обеспечение готовности населения к чрезвычайным ситуациям. В рамках развития межсекторального взаимодействия будет продолжено тесное сотрудничество с международными объединениями и организациями (ВОЗ, ООН, ЮНИСЕФ, в том числе с целью продвижения и секондирования в них казахстанских специалистов). Долгосрочной задачей межсекторального взаимодействия является поэтапная интеграция государственной политики в области здравоохранения, труда и социальной защиты, в том числе на основе общих целей, задач и индикаторов результативности.

Это станет основой для формирования модели социальной медицины на основе постепенной интеграции деятельности служб общественного здравоохранения, первичного здравоохранения и социальной защиты.

5.2. Интеграция всех служб здравоохранения вокруг нужд пациента на основе модернизации и приоритетного развития ПМСП ПМСП станет центральным звеном в системе организации оказания медицинской помощи населению с изменением ее взаимодействия с горизонтальными (амбулаторно-поликлинические) и вертикальными (психиатрическая, наркологическая, противотуберкулезная, онкологическая и др.) профильными службами. Будет расширена медицинская помощь на уровне ПМСП с поэтапным увеличением перечня лекарственных средств для бесплатного амбулаторного лечения.

Плановая специализированная помощь будет зависеть от потребности населения, прикрепленного к ПМСП, получат развитие службы реабилитации и длительного ухода, в том числе с привлечением частного сектора

Будет осуществляться дальнейшее развитие транспортной медицины, в том числе санитарной авиации, скорой медицинской помощи и телемедицины, сети передвижных аптечных пунктов. 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 развитие универсальной, интегрированной, социально

ориентированной, доступной и качественной медицинской помощи на первичном звене.

Универсальность первичной медицинской помощи будет обеспечиваться за счет дальнейшего перехода к семейному принципу обслуживания. Семейный принцип обслуживания будет предусматривать наблюдение за здоровьем человека в течение всей его жизни с учетом особенностей организма в каждом возрастном периоде, с акцентом на профилактику. Семейный принцип предполагает проведение профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий, паллиативной помощи и ухода на дому, исходя из потребности каждой семьи по индивидуальной карте наблюдения и оздоровления семьи. Семейный принцип обслуживания будет осуществляться врачами общей практики (ВОП) и/или мульти-дисциплинарными командами из числа ныне действующих участковых врачей (терапевтов, педиатров, гинекологов), в зависимости от кадровой оснащенности конкретного региона. По мере роста оснащенности врачами общей практики и их компетенций, они будут замещать мульти-дисциплинарные команды. Комплекс мер по охране здоровья семьи будет включать меры по планированию семьи, профилактике заболеваемости, лечению и реабилитации хронических заболеваний женского, мужского населения и детей.

Приоритетом работы ПМСП будет оставаться укрепление здоровья матери и ребенка. ПМСП станет базовым уровнем программ регионализации медицинской помощи при различных заболеваниях, в том числе перинатальной помощи. Будут проведены мероприятия по совершенствованию организации андрологической службы, повышению эффективности профилактики и современного лечения заболеваний мужской репродуктивной системы.

С целью обеспечения преемственности оказания медицинской помощи будет обеспечена полная интегрированность ПМСП с другими уровнями и службами здравоохранения.

Так, специалисты ПМСП будут координировать оказание медицинской помощи на всех уровнях системы здравоохранения, включая диагностику и услуги профильных специалистов, направление в стационар, реабилитацию, паллиативную помощь и уход на дому (маршрутизация). Они будут мониторить полноту и качество предоставления услуг на всех этапах медицинской помощи.

Будет осуществлена тесная взаимосвязь работы специализированных служб (в том числе психиатрическая, наркологическая, противотуберкулезная, онкологическая и др.) с организациями ПМСП.

Будут разработаны и внедрены соответствующие стандарты, правила и порядок оказания медицинской помощи и обеспечения ее полноты и преемственности, а также методы ее финансирования - к примеру, связанные тарифы на некоторые виды медицинской помощи. Будет внедрен принцип и программы интегрированного управления 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. Для этого будут определены не менее пяти наиболее значимых неинфекционных заболеваний, по которым будут реализованы программы управления заболеваниями. Финансирование всех уровней оказания медицинской помощи в рамках этих программ будет осуществляться по типу фондодержания на основе связанных тарифов. Это создаст стимулы для переноса акцентов на раннее выявление и лечение заболеваний, снижения частоты осложнений и сокращения уровня госпитализаций, проведения эффективной медико-социальной реабилитации. 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.

Соответственно, ПМСП будет рассматриваться как служба первичной медико-социальной помощи, включающая предоставление комплексных медицинских и социальных услуг с привлечением психологов, социальных работников, медицинских сестер, фельдшеров, акушерок и вспомогательного персонала. Во взаимодействии с органами социальной защиты будет обеспечена социальная и психологическая поддержка и мультипрофильный патронаж.

Будет усилена межсекторальная интеграция работы ПМСП, СОЗ, социальных работников, профильных служб здравоохранения (противотуберкулезная, наркологическая, психиатрическая) с представителями участковых служб МВД и других заинтересованных органов (в том числе по защите прав детей и женщин) в отношении лиц с асоциальным поведением, по предотвращению несчастных случаев в детском возрасте, исключению воздействия отрицательных факторов в семье на здоровье ребенка и т.д.

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 осуществляться: поэтапное разукрупнение участков ВОП; поддержка создания групповых и индивидуальных семейных практик; совершенствование оснащения ПМСП базовым медицинским оборудованием и медицинскими изделиями, а также специальным автотранспортом; дальнейшее развитие мобильной (транспортной) медицины, дистанционного наблюдения пациентов; государственная поддержка развитию частного сектора, малого и среднего бизнеса в сфере оказания первичной медицинской помощи;

развитие государственно-частного партнерства (ГЧП), включающее строительство новых объектов ПМСП, передачу государственных объектов в доверительное управление с возможностью последующей приватизации при условии постоянного сохранения профиля деятельности. Развитие объектов ПМСП будет предусматриваться как обязательные объекты инфраструктуры в программах по обеспечению населения доступным социальным и арендным жильем, в соответствии с нормативами обеспечения населения медицинской помощью. С целью повышения качества ПМСП будут приняты меры по обеспечению и стимулированию полноценного свободного выбора организации ПМСП и врача общей практики, в том числе по обеспечению простоты и прозрачности прикрепления населения к организациям ПМСП. С целью улучшения качества обслуживания, снижения очередности и перегруженности персонала будет совершенствоваться управление организациями ПМСП на основе улучшения операционного менеджмента, создания региональных и локальных call-центров, внедрения записи на консультации специалистов через Интернет, внедрение современных технологий управления очередями. Будет проводиться работа по развитию кадрового потенциала ПМСП, оптимизация должностных инструкций и квалификационных требований для обеспечения приоритетности, эффективности и привлекательности ПМСП в системе здравоохранения. 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. При этом будет усилено теоретическое и практическое обучение ВОП по профилактике, диагностике и лечению заболеваний детского возраста. В рамках развития ПМСП некоторые функции по наблюдению за пациентами, управлению хроническими болезнями, а также обслуживанию 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, что требует от СМР большей самостоятельности, чем в других секторах здравоохранения. 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. Для обеспечения устойчивого развития ПМСП, повышения ее полноты и привлекательности будет поэтапно расширяться перечень лекарственных средств, обеспечиваемых государством на амбулаторном уровне. 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.

5.2.2. Развитие скорой и неотложной медицинской помощи (СНМП) Будет продолжено обеспечение преемственности и вовлечение организаций ПМСП в оказание СНМП с целью обеспечения полноты и качества медицинской помощи населению.

Будет обеспечено внедрение международных стандартов деятельности СНМП на основе укрепления практических навыков и внедрения стандартизованных алгоритмов неотложной медицинской помощи в условиях транспортировки пациентов, с поэтапным переносом дифференцированной медицинской помощи на стационарный уровень. С этой целью будут пересмотрены нормативы кадрового оснащения СНМП, разработаны и внедрены на основе международных стандартов образовательные программы и созданы центры подготовки кадров для всех уровней здравоохранения.

Будет разработана и начата реализация программы дальнейшего развития системы медицинской воздушной транспортировки (санитарной авиации) на основе ГЧП. На основе привлечения негосударственных источников финансирования она обеспечит эффективную реализацию нескольких основных задач:

оказание СНМП на месте происшествия и транспортировку пациентов в стационары в экстренных случаях и ЧС; перетранспортировку пациентов между уровнями оказания медицинской помощи;

оказание медицинской помощи в труднодоступных местах, в том числе путем доставки необходимых специалистов для оказания полноценной медицинской помощи.

Для реализации этих задач будет внедрена единая централизованная система управления скорой медицинской помощью и санитарной авиации и создан единый Call-center с включением в него всех служб экстренного реагирования республики.

5.2.3. Развитие специализированной медицинской помощи (СМП) с интеграцией всех служб здравоохранения

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

Данная модель будет охватывать основных социально значимых, неинфекционных заболеваний и заболевания, существенно влияющие на демографию населения страны:

острый инфаркт миокарда;
острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт);
злокачественные новообразования;

травмы;
беременность и родовспоможение.
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. В рамках этой модели будут разработаны и реализованы правила, порядок и стандарты предоставления интегрированной медицинской помощи, направленные на обеспечение ее полноты, качества и преемственности на всех уровнях системы здравоохранения на основе координирующей роли ПМСП.

При этом оказание медицинской помощи на уровне стационара будет проводиться по принципу регионализации в зависимости от сложности оказываемой медицинской технологии. Услуги здравоохранения, требующие сложных технологических установок и специалистов с высокой квалификацией, будут централизованы с созданием на межрайонном, региональном, межобластном и республиканском уровнях соответствующих центров. Вместе с тем, услуги здравоохранения, для которых не нужны сложные технологические установки будут децентрализованы и оказываться в организациях здравоохранения ближе к месту жительства пациента. Медицинские и социальные услуги будут интегрированы в соответствии с потребностями пациентов. Это предполагает разработку и внедрение прозрачных и рациональных механизмов маршрутизации движения пациентов с целью повышения качества услуг, снижения времени ожидания, исключения назначения необоснованных методов диагностики и лечения. Кроме того, для реализации этих мероприятий будут разработаны и внедрены:

единые клинические руководства и протоколы профилактики, диагностики и лечения для всех уровней организации здравоохранения, основанные на принципах доказательной медицины (интегрированное ведение различных нозологий, например, при инсульте); стандарты необходимого оснащения организаций здравоохранения; минимальные квалификационные требования к медицинским работникам; прогрессивные механизмы финансирования, применяемые в рамках модели; технологии мониторинга, управления и координации мероприятий. Будет усилена роль и ответственность республиканских клиник, научных центров и научно-исследовательских институтов в части мониторинга, обеспечения преемственности, эффективности и качества оказания медицинской помощи на всех уровнях ее оказания в рамках их профиля. С целью технологической поддержки интеграции деятельности ПМСП и СМП будет осуществляться развитие ИКТ, телемедицины и систем удаленного беспроводного мониторинга отдельных категорий пациентов. Для обеспечения преемственности будут повсеместно созданы локальные и

региональные call-центры для разъяснения, консультирования, регистрации и мониторинга пациентов.

С целью дальнейшего стимулирования трансферта передовых медицинских технологий, а также повышения доступности, полноты и качества медицинской помощи с одной стороны, и обеспечению финансовой устойчивости системы здравоохранения с другой стороны, будет проведен всесторонний анализ и выработаны новые подходы к дальнейшему развитию высокоспециализированной медицинской помощи (ВСМП). Будет проведена стандартизация предоставления ВСМП в части пересмотра правил ее планирования, оказания и финансирования, в том числе в случаях применения определенных технологий впервые в нашей стране, необходимости применения незарегистрированных лекарственных средств и ИМН, привлечения иностранных специалистов для оказания таких услуг и др. Будут установлены требования для медицинских организаций по обязательному прохождению аккредитации для оказания услуг ВСМП в целях поддержания ее надлежащего качества и безопасности. 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, паллиативной помощи и домашнего ухода за больными.

5.3. Обеспечение качества медицинских услуг

5.3.1. Стандартизация и управление качеством медицинской помощи
Основой для эффективного повышения качества и безопасности медицинской помощи станет система управления качеством на основе стандартизации всех производственных процессов в медицинских организациях.

Для стандартизации клинических процессов будут разрабатываться отечественные и внедряться международные клинические руководства и протоколы профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов на основе внедрения наиболее эффективных и современных технологий и достижений медицинской науки. Разработка клинических руководств и протоколов диагностики и лечения заболеваний будет осуществляться на основе системы оценки медицинских технологий (health technology assessment) с привлечением аккредитованных государством профессиональных объединений медицинских работников. В основе этой системы будет обеспечена организация и проведение специальных аналитических, клинико-экономических и фармако-

экономических исследований с целью определения целесообразности внедрения и применения отдельных медицинских технологий и лекарственных средств.

Стандарты остальных, неклинических производственных процессов (не связанных непосредственно с лечением конкретных заболеваний) будут разрабатываться в рамках требований для аккредитации медицинских организаций.

Для обеспечения максимальной клинической и экономической эффективности, а также безопасности медицинских технологий будет усовершенствован процесс внедрения новых технологий и лекарственных средств в медицинскую практику. Внедрение и мониторинг эффективности стандартов качества будут обеспечены центральными и местными исполнительными органами в области здравоохранения, в том числе путем обучения медицинских работников, дополнительного оснащения медицинских организаций, улучшения финансирования медицинской помощи.

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 обеспечено повышение ответственности медицинских работников и организаций за нарушение утвержденных стандартов. Вместе с тем будет пересмотрена система ответственности медицинских работников с частичным переходом от уголовной ответственности к административной и профессиональной (временное или постоянное лишение лицензии на занятие медицинской деятельностью).

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; будет внедрено обязательное опубликование результатов производственной деятельности организациями здравоохранения в СМИ.

Новым институциональным механизмом по повышению качества медицинских услуг станет создание консультативно-совещательного органа при МЗСР – Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг, как площадки для согласования, утверждения и обеспечения внедрения различных стандартов качества, в том числе стандартов клинической практики, медицинского образования, лекарственного обеспечения и

финансирования (тарифов). В состав комиссии войдут представители всех заинтересованных сторон системы здравоохранения, включая представителей государственных органов, общественных организаций, профессиональных объединений медицинских работников, международные эксперты и др. Деятельность Объединенной комиссии будет стандартизована и аккредитована по международным стандартам.

5.3.2. Развитие аккредитации и лицензирования в здравоохранении. Устойчивое повышение качества медицинских услуг будет обеспечиваться также посредством развития 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 поэтапно будут переданы в негосударственный сектор, при этом национальный орган по аккредитации в сфере здравоохранения пройдет международную аккредитацию в области обеспечения качества.

При этом, для развития глобальной конкурентоспособности будет поддерживаться аккредитация отечественных медицинских организаций другими признанными международными организациями в области качества медицинских услуг, в том числе «Joint Commission International» (JCI). С целью стимулирования медицинских организаций к прохождению аккредитации будут внедрены различные финансовые и нефинансовые стимулы. Параллельно будут развиваться обучающие программы по подготовке специалистов аккредитации. Будет поэтапно осуществляться трансформация обязательной сертификации медицинских работников в институт обязательного лицензирования на основе независимой оценки их знаний и навыков. Для проведения оценки компетенций медицинских работников и выпускников медицинских ВУЗов и колледжей будут созданы и развиваться соответствующие специализированные центры независимой оценки компетенций.

В целом, будет поддерживаться, в том числе путем аккредитации, финансирования и передачи полномочий, развитие национальных профессиональных объединений медицинских работников на основе выборности органов управления, добровольности участия, прозрачности и этичности деятельности.

Основной целью аккредитованных профессиональных объединений станет развитие соответствующих направлений медицинской науки и практики, укрепление профессиональных компетенций специалистов и улучшение качества медицинской помощи населению.

5.4. Реализация Национальной политики лекарственного обеспечения

В целях обеспечения высокого качества и безопасности медицинской помощи, финансовой устойчивости системы здравоохранения, развития отечественного фармацевтического производства и логистики будет реализована Национальная политика лекарственного обеспечения. Реализация НПЛО предусматривает разработку, исполнение и мониторинг эффективности комплекса мероприятий для реализации следующих ключевых задач:

- 1) обеспечение доступности лекарственных средств;
- 2) обеспечение качества и безопасности лекарственных средств;
- 3) обеспечение рационального применения лекарственных средств

5.4.1. Обеспечение доступности лекарственных средств и изделий медицинского назначения

Доступность лекарственных средств (ЛС) будет обеспечиваться комплексной системой отбора ЛС для разрешения дальнейшего использования на территории Республики Казахстан и стран ЕЭП. В этих целях будет усовершенствована система государственной регистрации ЛС и изделий медицинского назначения (ИМН), упрощены процедуры регистрации для лекарств, произведенных по стандарту GMP, одобренных Администрацией по продуктам питания и лекарствам США (FDA), Европейским агентством по лекарствам (EMA). 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 (КНЛФ).

С целью обеспечения доступности ЛС и ИМН в государственных организациях здравоохранения будут совершенствоваться механизмы закупок и логистики, в том числе централизованного закупок и дистрибуции. С целью повышения доступности, снижения импортозависимости и обеспечения финансовой устойчивости системы здравоохранения будут оказываться системные меры государственной поддержки обращению ЛС и ИМН отечественного производства. Будут реализованы комплексные меры по обеспечению экономической доступности ЛС для населения. Эти меры будут основаны на постоянном мониторинге цен на ЛС в странах ЕЭП и других странах, регистрации ЛС на основе оптовых и розничных цен и обязательств по объему поставок независимо от валютных рисков импортеров. Будут внедрены эффективные механизмы сдерживания роста государственных затрат путем внедрения государственного регулирования цен на лекарственные средства с использованием лучшего мирового опыта основанном на внешнем и внутреннем референтном ценообразовании, совершенствования планирования системы закупок лекарственных средств и рационального использования.

Также в рамках расширения бесплатного обеспечения лекарственными средствами на амбулаторном уровне (АЛО) будет предоставлена возможность выбора населением более дорогостоящих препаратов (оригинальных препаратов и дженериков) на основе со-оплаты гражданами разницы в стоимости этих ЛС и установленной предельной ценой возмещения.

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

5.4.2. Обеспечение качества и безопасности лекарственных средств и ИМН
Будут приняты меры по внедрению системы обеспечения качества лекарственных средств путем внедрения надлежащих фармацевтических практик (GXP): лабораторной (GLP), клинической (GCP), производственной (GMP), дистрибьютерской (GDP), аптечной (GPP). Будут приняты системные меры по обеспечению качества производства ЛС на основе стандартов GMP. Все производство ЛС в РК полностью перейдут на эти стандарты к 2018 году. Качество логистики и хранения ЛС будет обеспечено обязательным переходом к 2018 году на стандарты GDP всех дистрибьюторов, осуществляющих деятельность на территории РК. Лабораторный контроль качества ЛС при регистрации, а также в постмаркетинговом периоде к 2018 году будет осуществляться только на основе соответствия уполномоченных лабораторий стандарту GLP (регистрационный и постмаркетинговый контроль). Будут созданы и оснащены референс-лаборатории, отвечающие международным требованиям в области экспертизы качества лекарственных средств и медицинских изделий.

Обеспечение качества и безопасности ЛС будет также обеспечиваться проведением клинических испытаний по стандартам GCP. Будет разработан комплекс мер по поддержке проведения клинических испытаний новых ЛС в Республике Казахстан с целью повышения качества ЛС, а также повышению научного и технического потенциала клинических баз. С целью контроля соответствия вышеуказанным стандартам будет развиваться государственный фармацевтический инспекторат для оценки соответствия объектов в сфере обращения лекарственных средств и организаций здравоохранения надлежащим фармацевтическим практикам, проведения инспекций производств, доклинических и клинических исследований, системы фармаконадзора. Будет завершено вступление Казахстана в Международную систему сотрудничества фармацевтических инспекций (PIC/S).

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

5.4.3. Обеспечение рационального применения лекарственных средств и ИМН

Основой для обеспечения рационального применения ЛС и ИМН станет дальнейшее развитие доказательной медицины, а также стандартизация клинических процессов в организациях здравоохранения на основе отечественных и международных клинических руководств, протоколов диагностики и лечения заболеваний. С этой целью будет продолжено развитие и совершенствование национальной формулярной системы в организациях здравоохранения. Будет разработана и внедрена типовая организационная лекарственная политика, на основе цикла операционных процессов по обеспечению ЛС в медицинских организациях: отбор-закуп-распределение-применение ЛС. Лекарственные формуляры организаций здравоохранения будут формироваться на основе КНФ, постоянно совершенствоваться на основе регулярного проведения мониторинга и оценки эффективности применения в отношении отдельных, наиболее затратоемких ЛС. В организациях здравоохранения будет обеспечен полноценный мониторинг и анализ рационального применения ЛС штатными клиническими фармакологами, службой внутреннего аудита и, при необходимости, внешними независимыми экспертами. Будут реализованы меры по обеспечению необходимого кадрового оснащения медицинских организаций специалистами по клинической фармакологии. Для обеспечения устойчивости НПЛО будет разработана и реализована полномасштабная программа обучения специалистов в области лекарственного обеспечения независимо от формы собственности организаций.

Будут внедрены этические нормы продвижения лекарственных средств. 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 с привлечением неправительственных общественных организаций, представителей бизнеса и профессиональных объединений медицинских работников.

5.5. Совершенствование системы здравоохранения на основе внедрения солидарности и повышения ее финансовой устойчивости

5.5.1. Внедрение обязательного социального медицинского страхования
Устойчивость системы здравоохранения в значительной степени связана с эффективной системой финансирования, которая предполагает адекватный уровень средств, направляемых на здравоохранение, их справедливое распределение и рациональное использование. Дальнейшее развитие системы здравоохранения предполагает формирование трёхуровневой системы предоставления медицинской помощи, где

ответственность за здоровье граждан распределяется между государством, работодателями и работниками. При этом: первый уровень представляет базовый пакет или перечень гарантированной государством медицинской помощи, финансируемый за счет республиканского бюджета (ГОБМП); второй уровень будет включать в себя дополнительный пакет или перечень медицинской помощи, определяемый Правительством Республики Казахстан и финансируемый за счет обязательных страховых платежей государства, работодателей и работников; третий уровень будет предусматривать индивидуальный пакет или перечень услуг, определяемый на добровольной договорной основе между страховыми компаниями и плательщиками взносов, финансируемых за счет добровольных отчислений граждан или работодателей в пользу своих работников.

С целью развития солидарности населения и работодателей в устойчивом развитии и повышении эффективности национальной системы здравоохранения, а также с целью устранения финансовых рисков вследствие растущих государственных и частных затрат на здравоохранение будет внедрена система обязательного социального медицинского страхования (ОСМС).

Система ОСМС будет построена на обязательных страховых платежах работающего населения, работодателей и самозанятого населения. За социально незащищенные слои населения (дети, пенсионеры, нетрудоспособные граждане и безработные) страховые взносы будут оплачиваться государством из средств республиканского бюджета. При этом в систему ОСМС будут переданы все основные медицинские услуги, характеризующиеся стабильной потребностью и потреблением, управляемостью и прогнозируемостью, т.е. комплекс услуг, не несущий выраженного финансового риска внезапного сверх потребления. Это – услуги ПМСП, СМП, ВСМП.

При этом, государство сохранит за собой обязательства по финансированию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), т.е. базового пакета медицинских услуг, включающего в том числе: услуги скорой помощи и санитарной авиации, вакцинации, медицинскую помощь при некоторых социально-значимых заболеваниях (туберкулез, ВИЧ, онкология, наркология и психиатрия) и ПМСП до 2020 года для непродуктивно самозанятого населения.

Также государство сохранит за собой обязательства по финансированию развития инфраструктуры (капитальные инвестиции), медицинского образования и науки, государственных функций и программ, включая обеспечение деятельности службы общественного здравоохранения. В целом, внедрение ОСМС будет сопровождаться доведением финансирования системы здравоохранения РК до стандартов ОЭСР на основе приоритезации следующих направлений государственных расходов: развитие службы общественного здравоохранения;

на уровне ПМСП - увеличение числа ВОП и расширение АЛО; поэтапное увеличение заработных плат медицинских работников; расширение услуг по реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода;

увеличение расходов на непрерывное медицинское образование; включение в тарифы затрат по амортизации основных средств. В рамках развития системы ОСМС будет создан Фонд обязательного социального медицинского страхования (ФСМС), который будет аккумулировать страховые платежи от участников системы и выступит в качестве единого плательщика за оказание медицинских услуг. Будут усовершенствованы механизмы регулирования допуска на оказание медицинских услуг в системе ГОБМП и ОСМС. Поставщики медицинских услуг вне зависимости от формы собственности будут иметь возможность участвовать в системе ОСМС. Отбор поставщиков медицинских услуг для заключения договоров будет осуществляться с учетом критериев доступности, качества и эффективности оказания медицинской помощи. Будет изучена необходимость введения со-оплаты для мотивации к снижению потребления медицинских услуг, но без существенного увеличения финансового бремени болезней для населения. Вышеперечисленные мероприятия будут сопровождаться активной информационно-разъяснительной работой с населением и медицинскими работниками. Будут разработаны механизмы обратной связи с населением, в том числе создан отдел по обработке обращений населения в форме структурной единицы ФСМС либо вне его. На регулярной основе будет проводиться мониторинг и оценка эффективности деятельности системы ОСМС. Внедрение практики публичной отчетности позволит повысить открытость системы здравоохранения.

5.5.2. Совершенствование тарифной политики
Основой эффективной деятельности ОСМС станет ясная и прозрачная тарифная и контрактная политика во взаимоотношениях с поставщиками различных медицинских услуг. Будут внедрены новые механизмы планирования, формирования и реализации тарифной политики на основе прозрачности, социальной ориентированности, единой инвестиционной политики и механизмов управления затратами. На амбулаторном уровне будет развиваться система подушевого финансирования со стимулирующими компонентами, амбулаторный тарификатор комбинированных услуг (комплексные или связанные тарифы) для обеспечения комплексности и преемственности медицинских услуг в интересах пациентов. На стационарном уровне также будут совершенствоваться тарифы на основе клинико-затратных групп с постепенным переходом на международные методики их расчета. 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. Поэтапно на основе информатизации учета расходов и внедрения электронных историй болезней будет внедрена система мониторинга затрат, как в амбулаторных, так и в стационарных организациях. Это позволит значительно повысить прозрачность и эффективность тарифной политики на основе фактических затрат.

С целью повышения финансовой устойчивости субъектов здравоохранения, участвующих в оказании услуг ОСМС, в тарифы на медицинские услуги будут поэтапно включены расходы по амортизационным отчислениям, стоимость финансовых услуг (лизинг, заемное финансирование) и, в отдельных случаях, капитальные затраты и рентабельность. Это повысит привлекательность сектора для привлечения частных инвестиций и развития государственно-частного партнерства (ГЧП).

Процесс разработки и утверждения тарифов будет прозрачным с привлечением представителей рынка, поставщиков медицинских услуг, общественности.

Внедрение ОСМС потребует разработки и внедрения более эффективных и прозрачных механизмов контроля и управления объемами потребляемых медицинских услуг. Совместно с местными исполнительными органами будет продолжена политика недопущения необоснованного роста общей коечной мощности стационарных медицинских услуг. При этом будут разработаны и внедрены новые механизмы прогнозирования, планирования и контроля объемов медицинских услуг на основе рыночных принципов свободного выбора гражданами поставщиков медицинских услуг.

5.5.3. Повышение роли местных исполнительных органов в охране и укреплении здоровья

Процессы децентрализации государственного управления, повышение роли органов местных исполнительных органов (далее - МИО) неразрывно связаны с участием органов местного государственного управления в решении вопросов по охране и укреплению здоровья населения. В этой связи, совместно с МИО будут изучены, определены и обеспечены: 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; потребности региональных систем здравоохранения в человеческих ресурсах, а также разработка и реализация региональных политик по управлению человеческими ресурсами, в том числе 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 роли местных исполнительных органов в управлении отраслью на основе внедрения корпоративного управления в медицинских организациях на региональном уровне; внедрение единых правил назначения менеджеров – первых руководителей организаций здравоохранения в строгом соответствии с их профессиональной компетентностью, опыта работы, практических навыков в управлении; установление солидарной ответственности региональных организаций здравоохранения вне зависимости от ведомственной принадлежности и источников финансирования за показатели здоровья населения региона; обеспечение принятия региональных планов развития здравоохранения в соответствии с настоящей государственной программой.

5.5.4. Развитие лидерства и современного менеджмента в системе здравоохранения

Нормативно-правовой основой дальнейшего повышения эффективности управления государственными организациями здравоохранения в современных условиях станет развитие операционной автономности этих организаций через внедрение новых организационно-правовых форм в государственном секторе здравоохранения. Это позволит создать прогрессивные мотивации у собственников, менеджмента и работников медицинских организаций на стабильное развитие производства и повышение качества услуг. Будет предложено законодательно поэтапно объединить все формы государственных предприятий в сфере здравоохранения в одну – государственное предприятие на праве хозяйственного ведения. Для всех государственных предприятий будет внедрён принцип некоммерческой деятельности – вся полученная прибыль будет направляться на развитие самой организации. Вместе с тем, будет продолжено внедрение принципов корпоративного управления, который предполагает внедрение в государственных предприятиях несколько уровней развития корпоративного управления с соответствующей аккредитацией и материальным стимулированием через тариф:

1 уровень: внедрение коллегиального органа управления в форме правления с

полномочиями принятия решений по основным рискам организации (утверждение операционного плана, штатного расписания, системы оплаты труда и плана закупок). Правление назначается собственником (акимом) на конкурсной основе и более подходит для районного уровня.

2 уровень (на базе 1 уровня): внедрение коллегиального органа управления в форме наблюдательного совета с полномочиями принятия решений по основным рискам собственника (утверждение стратегии, плана развития и бюджета организации, утверждение структуры, назначение руководителей - членов правления на конкурсной основе). Наблюдательный совет формируется собственником (акимом) и включает не менее 1/3 независимых членов, выбранных на конкурсной основе. Более подходит для крупных, городских и областных организаций.

3 уровень (на базе 2 уровня) - автономные организации здравоохранения: передача практически всех прав собственника самой организации. Наблюдательный совет на 2/3 формируется независимыми членами, выбранными на конкурсной основе. Наиболее подходит для крупных областных, республиканских научных центров и медицинских ВУЗов. В структуре автономных организаций здравоохранения необходимо предусмотреть возможность формирования филиалов для повышения эффективности взаимодействия с крупными структурными подразделениями. В рамках дальнейшего совершенствования механизмов управления в здравоохранении будут приняты меры по развитию лидерства и навыков профессионального менеджмента на основе разработки и внедрения новых функциональных и квалификационных требований к руководителям, стимулирование и поддержка обучения менеджмента клиники, в том числе по программам МВА.

Поэтапно для всех государственных организаций здравоохранения будет введено обязательное квалификационное требование наличия сертификата менеджера здравоохранения для всех работников руководящего звена. Будут разработаны методики по внедрению современных механизмов мотивации и оплаты труда управленческого аппарата (бонусная система) на основе установления и достижения ключевых показателей результативности (КПР).

Для повышения затрато-эффективности управления будет предусмотрено поэтапное внедрение современных ресурсосберегающих технологий в амбулаторных и стационарных организациях: технологии операционного менеджмента, технологии бережливого производства (Lean), оптимальные механизмы финансирования, инновационные медицинские и немедицинские технологии.

Будут разработаны программы аутсорсинга клинических, пара-клинических и немедицинских служб, в том числе лабораторий, радиологических служб, отдельных клинических сервисов (лаборатории катетеризации сосудов, гемодиализ и др.) на основе ГЧП. При этом оплата за услуги аутсорсинга будет осуществляться на основе индикаторов качества этих услуг. В рамках внедрения госпитальных информационных систем будут

внедряться эффективные информационные технологии и программы для ведения отдельного учета затрат на уровне подразделений, а в последующем – на уровне каждого пациента. 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, ЕЭП, ШОС и др.). Будут разработаны меры государственной поддержки и программы по развитию медицинского туризма и экспорта медицинских услуг отечественными организациями здравоохранения.

5.6. Повышение эффективности управления человеческими ресурсами в отрасли здравоохранения

5.6.1. 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 качественной подготовки и адекватного распределения медицинских работников в соответствии с нуждами населения.

С целью обеспечения устойчивого развития системы здравоохранения будет осуществляться стратегическое управление человеческими ресурсами (УЧР) отрасли. Это подразумевает синхронизацию программ УЧР со стратегическими целями развития отрасли: развитием общественного здравоохранения, интеграцией здравоохранения вокруг нужд населения на основе приоритетности ПМСП, модернизацией медицинского и фармацевтического образования, развитием инноваций и медицинской науки.

Будет совершенствоваться система определения потребности, учёта и планирования кадровых ресурсов здравоохранения, улучшаться эффективность и доступность кадровых ресурсов здравоохранения, развиваться система независимой оценки знаний и навыков. Будет модернизирована система подготовки и непрерывного профессионального развития кадров здравоохранения через повышение качества базового образования и постдипломной подготовки на основе Национальной рамки квалификаций.

Основными принципами УЧР должны быть определены: 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 следующих этапах управления:

1. Планирование потребности в человеческих ресурсах. На регулярной основе будет проводиться анализ количественной и качественной обеспеченности отрасли человеческими ресурсами, анализ и оценка рынка труда в отрасли. В последующем 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. При этом, акценты будут смещены 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. Будут пересмотрены подходы к определению функциональных обязанностей и квалификационных требований к персоналу: вместо чрезмерной детализации акценты будут смещены на необходимость соответствия общим требованиям и способности к обучению и развитию новых компетенций в соответствии с меняющимися внешними условиями труда, с новыми технологиями и стандартами. В частности, должностные инструкции работников первичного звена будут пересмотрены в рамках внедрения интегрированной модели организации медицинской помощи. В национальной и региональных политиках УЧР будут предусмотрены повышение роли ВОП и медицинских сестер, расширение функционала работников отдельных служб здравоохранения (например, службы общественного здравоохранения, медицинской реабилитации и др.). В целом 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 (например, обязательное владение навыками оказания первой медицинской помощи).

2. Наем работников.

Поэтапно будет внедрен принцип поиска и отбора кадров на конкурсной и коллегиальной основе, в первую очередь - работников руководящего звена, управленческого и финансового аппарата.

3. Повышение 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. В качестве нематериальной мотивации также будут активно применяться различные механизмы: предоставление возможности обучения за счет работодателя, обеспечение непрерывного карьерного и профессионального роста, поддержание благоприятной организационной культуры, безопасности и удобства рабочих мест. Будет совершенствоваться и развиваться система непрерывного профессионального развития 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.

4. Миграция, перепрофилирование.

На основании регулярного мониторинга, прогнозирования и планирования развития ЧР 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.

Будут внедрены механизмы управления миграцией медицинских работников на локальных и региональных рынках трудовых ресурсов. С учетом процессов региональной и глобальной экономической интеграции 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.

5. Укрепление здоровья, безопасность и выход на пенсию.

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.

6. Мониторинг и прогнозирование.

С целью обеспечения эффективного мониторинга и прогнозирования развития рынка труда и человеческих ресурсов в здравоохранении будет обеспечено дальнейшее развитие Национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения, как институциональной основы с широким спектром задач (мониторинг человеческих ресурсов, прогнозирование потребности и планирование подготовки кадров, внедрение современных методов управления кадрами и др.).

5.6.2. Модернизация медицинского образования
Основой системы непрерывного профессионального развития кадровых

ресурсов системы здравоохранения станет Национальная рамка квалификаций. Ее формирование предусматривает: совершенствование подходов к отбору и приему работников в организации медицинского и фармацевтического образования; 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; разработку профессиональных стандартов в области здравоохранения, регламентирующих уровень квалификации выпускников и действующих специалистов;

внедрение образовательных программ базовой подготовки кадров здравоохранения на основе интегрированной модели, основанной на компетентностном подходе и профессиональных стандартах; совершенствование программ резидентуры в соответствии с профессиональными стандартами;

разработку и внедрение унифицированных для каждой специальности и уровня квалификации сертификационных курсов в соответствии с профессиональными стандартами и на основе внедрения международных подходов (процедура Maintenance of Certification); разработку и внедрение программ по подготовке клинических фармакологов, знающих требования надлежащей клинической практики, способных к проведению клинических исследований в соответствии с международными требованиями;

совершенствование программ преддипломной и постдипломной подготовки в сфере фармации, что позволит повысить уровень квалификации фармацевтических кадров в области производства и контроля качества лекарственных средств, в том числе биологических препаратов, а также специалистов в области регулирования фармацевтического рынка. Совершенствование программ медицинского и фармацевтического образования будет базироваться на профессиональных стандартах, разработанных с участием организации практического здравоохранения, ассоциации 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 будет предусматривать триединство клинической практики, медицинского образования и научной деятельности, которое обеспечит: эффективное управление академическими и производственными процессами на основе единства стратегических целей и задач; качественное медицинское образование на основе получения современных теоретических знаний и реальных практических навыков в условиях университетских клиник;

устойчивое повышение качества медицинской помощи на основе доступа к передовым технологиям и научным разработкам; широкие клинические и лабораторные базы для проведения актуальных научных исследований с немедленным трансфертом их результатов в практическое здравоохранение; повышение финансовой устойчивости и эффективности систем на основе интеграции и совместного использования ресурсов. 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. Создание новых клинических баз и университетских клиник будет осуществляться в партнерстве с ведущими международными университетами и медицинскими организациями. Получит широкое развитие практика привлечения ведущих зарубежных специалистов, ученых и преподавателей в академические процессы. При этом, в процессы образования и научных изысканий будут мотивированно вовлечены лучшие специалисты практики, а научные работники и преподаватели получают возможность практической работы и проведения клинических исследований. Это позволит рационально использовать врачебные кадры (врач, преподаватель, ученый в одном лице), обеспечить высокую материальную и профессиональную мотивацию кадров и сформирует модель научно-педагогического карьерного развития медицинских кадров, являющейся на сегодняшний день лучшим стандартом профессионального развития в мировом здравоохранении. Обязательным условием дальнейшего развития медицинского образования станет ее полная информатизация с созданием онлайн сервисов, библиотек, аудиторий, персональных электронных аккаунтов студентов и преподавательского состава, с возможностью прозрачного и эффективного контроля знаний и навыков, возможностью неограниченного расширения учебной и научной информационной базы. Будут внедряться дистанционные технологии в системе образования для специалистов в регионах, не имеющих возможности длительно находиться в местах дислокации ВУЗов для переподготовки и повышения квалификации. К 2020 году будут пересмотрены и обновлены стандарты медицинского образования, в том числе с целью поэтапного обязательного овладения студентами современными этическими стандартами, коммуникативными навыками, английским языком на уровне, достаточном для получения и поддержания знаний. 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. 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.

5.6.3. Развитие инноваций и медицинской науки
В рамках реализации данной Программы на основе поставленных стратегических целей по охране и укреплению здоровья населения, будут определены приоритетные направления развития медицинской науки на период до 2019 г.

Первоочередной задачей развития отечественной медицинской науки станет модернизация ее методологических подходов на основе трансферта 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 отечественных проектов в программы международных мультицентровых исследований.

Будет продолжена реализация мер государственной поддержки, в том числе финансовой помощи, для продвижения перспективных и конкурентоспособных научно-исследовательских проектов, в том числе в форме start-up проектов, инновационных грантов, венчурного фондового финансирования.

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

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.

В рамках развития научных компетенций и трансферта мировых технологий будет обеспечена поддержка развития профессионального и научного сообщества медицинских работников, профессиональных объединений и ассоциаций, а также повышение их роли в развитии медицинской науки и образования.

Будут обеспечены адекватное, устойчивое и прозрачное финансирование научно-исследовательских проектов и программ. С этой целью будет осуществлен поэтапный переход от программно-целевого контрактного финансирования и базового финансирования научных организаций к

финансированию научно-исследовательской деятельности только на основе грантов. При этом будет обеспечена ясность и простота финансирования и отчетности в интересах научных работников. Будет продолжена работа по повышению эффективности менеджмента как научных исследований и проектов, так и 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.). 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.

Интегральными показателями конкурентоспособности научных исследований будут объем публикаций в международных рецензируемых изданиях, количество цитирований работ казахстанских авторов, объем патентования и уровень коммерциализации полученных результатов и внедрения в практическое здравоохранение. Также, с целью оценки уровня и повышения качества отечественной медицинской науки, ежегодно будет публиковаться Национальный рейтинг научных организаций страны, что позволит повысить их прозрачность, конкурентоспособность.

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

5.7.1. Развитие сети организаций здравоохранения
Дальнейшее реформирование системы здравоохранения будет основано на формировании инфраструктуры, гибко реагирующей на потребности населения в доступных, полноценных, качественных медицинских услугах. Будет проведена оптимизация государственной инфраструктуры здравоохранения путем горизонтальной и вертикальной интеграции и слияния медицинских организаций в соответствии с предлагаемыми в разделе 5.5.4. уровнями развития корпоративного управления. Горизонтальная интеграция позволит повысить преемственность, полноту и качество услуг (например, слияние районной больницы и поликлиники, слияние монопрофильных клиник с многопрофильными). Вертикальная интеграция позволит повысить управляемость и эффективность (например, слияние областных и районных противотуберкулезных диспансеров). Таким образом на уровне районов будут созданы объединенные районные медицинские центры в форме государственных предприятий 1-го уровня.

На уровне городов и областных центров будут созданы медицинские кластеры в форме государственных предприятий 2-го уровня. На уровне областных и республиканских организаций, включая ВУЗы и научные центры будет осуществлена поэтапная трансформация в автономные организации здравоохранения (АОЗ). По опыту АОО «Назарбаев Университет» на базе государственных медицинских ВУЗов, республиканских научных центров и крупных региональных клиник будут сформированы академические медицинские центры (университетские клиники) в форме АОЗ. Для развития университетских клиник будут привлечены стратегические партнеры: ведущие зарубежные университеты и медицинские центры, в том числе на основе доверительного управления. В целом в рамках оптимизации государственной инфраструктуры основное внимание будет уделено высвобождению и перераспределению неэффективно используемых ресурсов в больничном секторе, которое предусматривает:

- 1) оптимизацию лечебно-диагностических процессов, улучшение менеджмента и трансформацию неэффективно работающих объектов и подразделений для оказания востребованных населением медицинских услуг (ПМСП, реабилитация, паллиативная помощь и пр.). При этом необходимо отходить от применения устаревших стандартов и нормативов сети в интересах охраны здоровья населения.
- 2) децентрализацию оказания некоторых медицинских услуг, для предоставления которых не требуются высококвалифицированные специалисты и сложное технологическое оборудование. Необходимы трансферт таких технологий и оказание соответствующей медицинской помощи в организациях здравоохранения, расположенных ближе к месту жительства пациента.
- 3) 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.

С этой целью будет проработана и внедрена методология аккредитации клиник на предоставление определенных видов (уровней) медицинской помощи. Это снизит риски некачественного оказания услуг в неподготовленных организациях, а также риски перегрузки высокоспециализированных стационаров чрезмерным количеством пациентов с несложной патологией, которые могут быть пролечены в стационаре нижестоящего уровня или дневном стационаре. Будет разработана методика аккредитации стационаров по нескольким уровням специализации для более эффективного управления потоками пациентов. Реализация этих мер позволит обеспечить дифференциацию и управление

коэффициентом в зависимости от интенсивности лечения и, соответственно, слаженное развитие амбулаторной, стационар замещающей, стационарной и реабилитационной медицинской помощи. Будет продолжена работа по определению долгосрочной потребности в развитии единой инфраструктуры системы здравоохранения на основе стратегических целей развития, адаптации международных стандартов проектирования, строительства, оснащения объектов здравоохранения и обеспечения качества медицинских услуг. С этой целью будет доработан и утвержден единый перспективный план развития инфраструктуры здравоохранения (Мастер-план) в разрезе регионов и уровней оказания медицинской помощи, учитывающий специфику регионов и потребность населения в конкретных видах медицинской помощи. Его основой станут планы развития регионов, которые будут соответствовать единой структуре, отражать информацию по существующей сети организаций здравоохранения, планируемой реструктуризации (открытие, объединение, закрытие, перепрофилирование), потребность в объектах (строительство дополнительных объектов и взамен) и т.д. 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. С этой целью, на основании рекомендаций Стандарта государственной политики по ГЧП в здравоохранении Европейской экономической комиссии ООН (UNECE) будет разработана Дорожная карта ГЧП в здравоохранении Республики Казахстан. 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.). С целью стимулирования развития частного сектора и ГЧП будут предусмотрены финансовые средства на подготовку и консультативное сопровождение проектов ГЧП, осуществлена разработка типовых проектных документов, выработаны специальные нормативные акты по тарифообразованию и гарантированию объемов потребления медицинских услуг, принятию государственными органами долгосрочных концессионных обязательств по договорам, в том числе на основе платы за доступность объектов здравоохранения. 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 организаций в предоставлении всего спектра услуг, входящих в ГОБМП и ОСМС; передачу отдельных видов медицинских и немедицинских услуг

(лаборатории, радиологические службы, уборка, питание, закуп материальных и нематериальных ценностей, обслуживание медицинской техники и пр.) в долгосрочный аутсорсинг; передачу республиканских и местных организаций здравоохранения в доверительное управление частным компаниям, в том числе зарубежным; приватизацию государственных организаций здравоохранения. Будет обновлен перечень организаций, услуги которых будут переданы в конкурентную среду; привлечение частных инвестиций на строительство объектов здравоохранения по различным моделям концессии; привлечение частных компаний для обеспечения оснащения и эффективного функционирования медицинской техники, лабораторной службы и информационных систем в здравоохранении. При этом, будут созданы равные экономические условия, как для государственных, так и для частных поставщиков услуг. Одновременно, для успешного развития инфраструктуры и реализации Мастер-плана будет проводиться системная межсекторальная работа по государственной поддержке, созданию стимулов развития для частных медицинских организаций, в том числе с зарубежным участием. Эти меры включают:

совершенствование нормативно-правового регулирования и снижение административных барьеров для частного сектора в здравоохранении; обеспечение доступного финансирования (льготное заемное финансирование и лизинг), в том числе путем включения сектора здравоохранения в ДКБ-2020, ГПФИИР-2;

обеспечение адекватной и справедливой тарифной политики путем включения амортизационных затрат и затрат на сервис дорогостоящего медицинского оборудования;

введение возможности со-оплаты населением услуг ОСМС сверх размеров тарифов ФОСМС.

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, энерго-эффективности и экологичности объектов здравоохранения.

5.7.2. Повышение эффективности оснащения и использования медицинского оборудования

Создание эффективной системы оснащения, эксплуатации и возобновления организациями здравоохранения медицинской техники предусматривает проведение следующих комплексных мер:

1) Совершенствование системы планирования потребности в медицинской технике, ремонте и техническом обслуживании. Оно включает: разработку и внедрение типовых стандартов оснащения медицинской техникой для определенных государственных организаций здравоохранения;

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

2) Разработка программ оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием путем централизованного закупа на основе государственно-частного партнерства.

Будут внедрены механизмы сервисного ГЧП на основе поставки частными компаниями медицинского оборудования за собственный счет с последующим возмещением инвестиционных и операционных затрат на основе долгосрочных контрактов на оказание медицинских и сервисных услуг, поставку расходных материалов. Это позволит рационализировать инвестиционные программы медицинских организаций, улучшить качество услуг, а также обеспечить стабильное сервисное обслуживание закупленного оборудования со стороны поставщиков и производителей. При этом организации, осуществляющие функции по запуску и лизингу медоборудования будут определяться конкурсным путем на рынке соответствующих услуг.

3) Развитие лизинговых систем приобретения медицинской техники, в том числе через национальные институты развития;

4) Создание в регионах на основе ГЧП централизованных медицинских сервисных служб и центров непрерывного обучения медицинских и технических специалистов, обеспечивающих работоспособность медицинского оборудования на основе долгосрочных контрактов с медицинскими организациями;

5) Формирование системы стимулирования и мотивации организаций здравоохранения к ресурсосбережению. В этих целях будет пересмотрена методика определения тарифа на медицинские услуги с включением в тариф затрат для возмещения амортизационных расходов;

6) Обеспечение подготовки инженеров и медицинских техников по обслуживанию медицинского оборудования с базовым образованием, внедрение штатных единиц 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.
Указанные комплексные меры предоставят медицинским организациям возможность приобретать то оборудование, которое им необходимо, произойдет переход от системы прямых закупок к долгосрочной лизинговой системе.

5.7.3. Развитие информационно-коммуникационных технологий (ИКТ)
В рамках реализации настоящей Программы будет продолжено развитие национальной информационной системы здравоохранения (НИСЗ) в части разработки единых стандартов, технологических спецификаций и характеристик различных информационных систем в части требуемого функционала системы на основе тесного взаимодействия с пользователями систем.

В соответствии с установленными требованиями и стандартами будет организована и внедрена процедура сертификации различных программных продуктов на предмет соответствия требованиям электронного здравоохранения 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 создана информационная основа для ОСМС, базирующаяся на ресурсах 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 аккредитации субъектов медицинской и фармацевтической деятельности.

Будет повышен потенциал работников отрасли здравоохранения основам электронного здравоохранения на уровне до- и последипломного образования.

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

Будет внедрена модель реализации инвестиционных проектов по информатизации отдельных организаций, служб, региональных систем здравоохранения на основе ГЧП. С учетом этого государство в лице центральных и местных исполнительных органов будет планомерно снижать прямые бюджетные инвестиции в проекты по созданию и внедрению глобальных и региональных информационных систем ввиду несоответствия сроков подготовки и реализации бюджетных ИТ-проектов срокам развития и старения информационных технологий, за исключением программ по формированию государственных статистических баз данных,

специализированных ИКТ продуктов для реализации государственных функций и специализированных узкопрофильных медицинских служб. 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 медицинских устройств.

В рамках реализации модели интегрированной медицинской помощи будет поэтапно внедряться самостоятельная он-лайн запись пациентов на прием к медицинским работникам, консультирование в режиме реального времени и наблюдение пациентов с использованием персональных стационарных компьютеров и смартфонов. Для успешной реализации предусмотренных мер и обеспечения эффективного использования информационных систем будут реализованы ширкомасштабные мероприятия по обучению специалистов системы здравоохранения по вопросам информатизации. Кроме того, будет разработана концепция дальнейшего развития и программа ГЧП в построении глобальной информационно-коммуникационной инфраструктуры здравоохранения страны с привлечением ведущих мировых производителей и вендоров в этой сфере.

6. Сроки реализации Программы

Реализация Программы рассчитана на 2016-2019 годы и предусматривает:

создание службы общественного здравоохранения;

приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи;

развитие интеграции всех уровней медицинской помощи;

развитие эффективности менеджмента в здравоохранении, внедрение элементов корпоративного управления;

дальнейшее развитие частного сектора и конкуренции в здравоохранении: доверительное управление и приватизация объектов здравоохранения, развитие частной семейной практики;

развитие стратегического управления человеческими ресурсами;

модернизация медицинского образования, интеграция медицинской науки, образования и практики;

дальнейшее развитие школьной медицины в системе здравоохранения;

совершенствование лекарственного обеспечения на основе международных стандартов;

внедрение обязательного социального медицинского страхования;

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

повышение эффективности и оптимизация инфраструктуры здравоохранения;

дальнейшее развитие информационных технологий в здравоохранении.