

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 - 2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасын бекіту және "Мемлекеттік бағдарламалар тізбесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 19 наурыздағы № 957 Жарлығына толықтыру енгізу туралы

Қазақстан Республикасы Президентінің 2016 жылғы 15 қаңтардағы № 176 Жарлығы

- [Мәтін](#)
- Ресми жарияланым
- [Ақпарат](#)
- [Өзгерістер тарихы](#)
- [Сілтемелер](#)
- [Көшіру](#)
- Басқа

РҚАО-ның ескертпесі!

Осы Жарлық 2016 жылғы 1 қаңтардан бастап қолданысқа енгізіледі.

«Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары туралы» Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 1 ақпандағы № 922 [Жарлығына](#) сәйкес **ҚАУЛЫ ЕТЕМІН:**

1. Қоса беріліп отырған Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 - 2019 жылдарға арналған «Денсаулық» [мемлекеттік бағдарламасы](#) (бұдан әрі - Бағдарлама) бекітілсін.

2. Қазақстан Республикасының Үкіметі:

1) бір ай мерзімде Қазақстан Республикасы Президентінің Әкімшілігімен келісу бойынша Бағдарламаны іске асыру жөніндегі іс-шаралар жоспарын әзірлесін және бекітсін;

2) «Қазақстан Республикасындағы мемлекеттік жоспарлау жүйесінің одан әрі жұмыс істеуінің кейбір мәселелері туралы» Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 4 наурыздағы № 931 [Жарлығында](#) айқындалған мерзімде және тәртіппен Бағдарламаны іске асыру мониторингі мен бағалау нәтижелерін Қазақстан Республикасы Президентінің Әкімшілігіне ұсынсын.

3. Орталық мемлекеттік органдар және жергілікті атқарушы органдар Бағдарламаны іске асыру бойынша шаралар қабылдасын.

4. «Мемлекеттік бағдарламалар тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 19 наурыздағы № 957 [Жарлығына](#) (Қазақстан Республикасының ПУАЖ-ы, 2010 ж., № 25-26, 185-құжат) мынадай толықтыру енгізілсін:

жоғарыда аталған Жарлықпен бекітілген Мемлекеттік бағдарламалар [тізбесі](#) мынадай мазмұндағы реттік нөмірі 13-жолмен толықтырылсын:

«

13.	Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 – 2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі	2015 жылғы 15 қарашаға дейін	2016 – 2019 жылдар	2015 жылғы 31 желтоқсанға дейін
-----	---	---	------------------------------	--------------------	---------------------------------

».

5. Осы Жарлықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасы Президентінің Әкімшілігіне жүктелсін.

6. Осы Жарлық 2016 жылғы 1 қаңтардан бастап қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасының

Президенті

Н.Назарбаев

Қазақстан Республикасы
Президентінің
2016 жылғы 15 қаңтардағы
№ 176 Жарлығымен
БЕКІТІЛГЕН

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 – 2019 жылдарға арналған «Денсаулық»
МЕМЛЕКЕТТІК БАҒДАРЛАМАСЫ

Астана, 2016 жыл

Мазмұны

1. Бағдарламаның паспорты
2. Кіріспе
3. Ағымдағы жағдайды талдау
4. Бағдарламаның мақсаты, міндеттері, нысаналы индикаторлары және іске асыру нәтижелерінің көрсеткіштері
5. Бағдарламаның негізгі бағыттары, қойылған мақсаттарға қол жеткізу жолдары және тиісті шаралар
6. Бағдарламаны іске асыру мерзімдері
7. Қажетті ресурстар

1. Бағдарламаның паспорты

Бағдарламаның атауы Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016–2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы (бұдан

әрі - Бағдарлама)

Өзірлеу үшін негіз

«Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары туралы» Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 1 ақпандағы № 922 Жарлығы;
Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың 2012 жылғы 14 желтоқсандағы «Қазақстан-2050» стратегиясы: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауы;
Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың 2014 жылғы 11 қарашадағы «Нұрлы жол - болашаққа бастар жол» атты Қазақстан халқына Жолдауы;
Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың «Бес институционалдық реформаны іске асыру бойынша 100 нақты қадам» атты Ұлт жоспары.

Бағдарламаны өзірлеуге жауапты мемлекеттік орган

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі

Бағдарламаны іске асыруға жауапты мемлекеттік органдар

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі, Қазақстан Республикасының Ішкі істер министрлігі, Қазақстан Республикасының Мәдениет және спорт министрлігі, Қазақстан Республикасының Ұлттық экономика министрлігі, Қазақстан Республикасының Қорғаныс министрлігі, Қазақстан Республикасының Білім және ғылым министрлігі, Қазақстан Республикасының Инвестициялар және даму министрлігі, Қазақстан Республикасының Ауыл шаруашылығы министрлігі, Қазақстан Республикасының Қаржы министрлігі, Қазақстан Республикасының Энергетика министрлігі, Қазақстан Республикасының Әділет министрлігі, Астана және Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері

Бағдарламаның мақсаты

Еліміздің орнықты әлеуметтік-экономикалық дамуын қамтамасыз ету үшін халықтың денсаулығын нығайту

Міндеттері

Қоғамдық денсаулық сақтау жүйесін дамыту;
аурулардың профилактикасын және басқаруды жетілдіру;
денсаулық сақтау жүйесін басқарудың және қаржыландырудың тиімділігін арттыру;
ресурстарды пайдаланудың тиімділігін арттыру және саланың инфрақұрылымын жетілдіру

Іске асыру мерзімі

2016-2019 жылдар

Нысаналы индикаторлар 2020 жылға қарай өмір сүрудің күтілетін ұзақтығы 73 жасқа жетеді

Қаржыландыру көздері мен көлемдері 2016-2019 жылдары Бағдарламаны іске асыруға мемлекеттік бюджеттің және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының қаражаты, сондай-ақ Қазақстан Республикасының заңнамасымен тыйым салынбаған басқа да қаражат бағытталады болады. Бағдарламаны іске асыруға мемлекеттік бюджеттен жұмсалатын жалпы шығын 1 969 729 500 мың теңгені құрайтын болады.

Жылдар бойынша	Барлығы	Республикалық бюджет	Жергілікті бюджет	Басқа да көздер (МӘСҚ, ҰҚ)
2016 ж.	128 034 799	92 389 291	34 945 508	700 000
2017 ж.	408 080 865	69 309 875	19 035 944	319 735 046
2018 ж.	709 797 105	46 769 024	2 244 785	660 783 296
2019 ж.	723 816 732	46 701 636	2 259 174	674 855 922
Жиыны:	1 969 729 500	255 169 825	58 485 411	1 656 074 264

Бағдарламаны қаржыландыру көлемі Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес тиісті қаржы жылдарына арналған республикалық және жергілікті бюджеттерді бекіту кезінде әрі республикалық және жергілікті бюджеттердің, Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының кіріс бөлігінің мүмкіндіктері тұрғысынан, сондай-ақ басқа да балама көздердің тартылуымен нақтыланатын болады.

2. Кіріспе

Мемлекет басшысы Н.Ә.Назарбаев 2012 жылғы 14 желтоқсандағы «Қазақстан-2050» стратегиясы: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауында қойған еліміздің одан әрі дамуы және 2050 жылға қарай әлемнің ең дамыған 30 елінің қатарына кіруі жөніндегі стратегиялық мақсатқа қол жеткізу үшін Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы (бұдан әрі - ЭЫДҰ) елдері мен Қазақстанның дамуы арасындағы алшақтықтарды жою қажет.

Осыған орай мемлекет ұсынылатын медициналық қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін жақсартуға, денсаулық сақтау жүйесін басқару және қаржыландыру жүйесінің тиімділігін арттыруға, сондай-ақ қолда бар ресурстарды ұтымды пайдалануға бағытталған ЭЫДҰ елдерінің стандарттарын кезең-кезеңімен енгізуді қамтамасыз етуге тиіс.

Алдыңғы мемлекеттік бағдарламаларды іске асыру барысында Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінің әлеуеті нығайтылды, нарықтық тетіктер элементтері енгізілді және қазіргі заманғы медициналық технологиялар трансферті жүзеге

асырылды.

Осы Бағдарлама қол жеткізілген нәтижелерді бекіту мен дамытуға және денсаулық сақтау мәселесіндегі проблемаларды жаңа сын-тегеуріндерге сәйкес шешуге бағытталады, сондай-ақ саланың 2050 жылға дейінгі жоспарлы дамуы үшін негіз болады.

Бағдарламаны іске асыру Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (бұдан әрі - ДДҰ) «Денсаулық-2020» саясатының түйінді қағидаттарына сәйкес халықты жаппай қамту, әлеуметтік әділеттілік, сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз ету және денсаулық үшін ортақ жауапкершілік қағидаттарын сақтай отырып, әлеуметтік бағдарланған ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің орнықтылығы мен серпінді дамуына ықпал ететін болады.

3. Ағымдағы жағдайды талдау

Жаһандық бәсекеге қабілеттілік индексінің (бұдан әрі - ЖБИ) есебіне сәйкес 2015-2016 жылдары Қазақстан өткен жылғы рейтингтің нәтижелерімен салыстырғанда 8 орынға жоғары көтеріліп, 140 елдің арасынан 42-орынды иеленді. «Денсаулық және бастауыш білім беру» индикаторы бойынша Қазақстан 140 елдің ішінен 93-орын алды. Республикамыз 2014 жылы адами даму индексі бойынша 187 ел ішінен 70-орынды иеленіп, даму деңгейі жоғары елдердің тобына енді.

Медициналық-демографиялық ахуал және сырқаттанушылық

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы (бұдан әрі - «Саламатты Қазақстан» мембағдарламасы) іске асырылған кезеңде:

- 1) республикадағы халық санының жыл сайын 1,4%-ға өсу қарқынымен 17 417,7 мың адамға (01.01.2015 жылға) дейін ұлғаюы;
- 2) күтілетін өмір сүру ұзақтығының 71,62 жасқа дейін өсуі (2010 жылы - 68,45 жас);
- 3) халықтың жалпы өлім-жітімінің 15,3%-ға төмендеуі (2010 жылы - 1000 тұрғынға шаққанда 8,94, 2014 жылы - 7,57);
- 4) бала туу көрсеткішінің 2,6%-ға ұлғаюы (2010 жылы - 1000 тұрғынға шаққанда 22,54, 2014 жылы - 23,13);
- 5) аналар өлім-жітімінің 1,9 есе төмендеуі (2010 жылы - туылған 100 000 балаға шаққанда 22,7, 2014 жылы - 11,7);
- 6) сәбилер өлім-жітімінің 1,7 есе төмендеуі (2010 жылы - тірі туылған 1000 балаға шаққанда 16,58, 2014 жылы - 9,72);
- 7) халықтың туберкулезбен сырқаттанушылығының 30,3%-ға төмендеуі (2010 жылы - 100 000 тұрғынға шаққанда 95,3, 2014 жылы - 66,4) және одан болатын өлім-жітімнің 2 еседен астам төмендеуі (2010 жылы - 1000 тұрғынға шаққанда 10,6, 2014 жылы - 4,9);
- 8) адамның иммун тапшылығы вирусының (бұдан әрі - АИТВ) / жұқтырылған иммун тапшылығы синдромының (бұдан әрі - ЖИТС) таралуын шоғырландыру сатысында ұстап тұру (2010 жылы - 0,118, 2014 жылы - 0,169) байқалды.

Біріккен Ұлттар ұйымының (бұдан әрі - БҰҰ) Ведомствоаралық агенттіктер тобының растауы бойынша ана, сәби және бала өлім-жітімі көрсеткіштерінің төмендеуі Қазақстанға Мыңжылдық дамудың 4 және 5-мақсаттарына (бала және ана өлім-жітімі) қол жеткізуге мүмкіндік берді.

Халық денсаулығы көрсеткіштерінің оң серпініне қарамастан, қазақстандықтардың күтілетін өмір сүру ұзақтығы ЭЫДҰ-ға мүше елдердегіден шамамен 10 жылға аз. Ерлер мен әйелдердің күтілетін өмір сүру ұзақтығы арасындағы едәуір айырмашылық (2014 жылы - 8,82 жас) сақталып отыр, еңбекке жарамды жастағы ерлердің өлім-жітімі әйелдерге қарағанда 24%-ға жоғары.

Жалпы өлім-жітім құрылымында қан айналымы жүйесінің сырқаттары басты себеп болып табылады (22,3%), неғұрлым жиілері - жүректің ишемиялық сырқаты, ми тамырларының зақымдануы, олардан жыл сайын 30 мыңға жуық адам қайтыс болады. Қан айналымы жүйесінің сырқаттарымен алғаш науқастанудың өсуі шамамен 15%-ды құрайды (2010 жылы - 100 мың тұрғынға шаққанда 2086,7, 2014 жылы - 2394,7).

Екінші себебі қатерлі ісіктерден болатын өлім-жітім болып табылады (12,1%), олардан жыл сайын 17 мыңға жуық адам қайтыс болса, олардың 16,9%-ын өкпе обыры құрайды. Қатерлі ісіктерге шалдығу көрсеткіші 9,7%-ға ұлғайған (2010 жылы - 100 мың тұрғынға шаққанда 181,2, 2014 жылы - 198,7).

Үшінші орында - жазатайым оқиғалардан, жарақаттар мен уланудан болатын өлім-жітім (11,3%), олардан жыл сайын 16 мыңға жуық адам қайтыс болады. Жол-көлік оқиғаларынан (бұдан әрі - ЖКО) болатын өлім-жітімнің алдын орап, жыл сайын 3000-нан астам адам өзін-өзі әдейі зақымдаудан қайтыс болады.

Созылмалы аурулар ауыртпалығы себептерінің арасында 87,5%-ы 4 қауіп факторы (жоғары артериялық қысым, холестериннің жоғары деңгейі, шылым шегу және алкогольді тұтыну) болып табылады.

ДДҰ деректері бойынша Қазақстанда алкоголь тұтынудың жылдық деңгейі (жылына халықтың жан басына шаққандағы таза спирт литрі эквивалентінде) 2007 жылғы 7,1-ден 2012 жылы 6,6-ға дейін болмашы ғана төмендеген.

Темекі тұтыну туралы халықтың жаһандық сауалнамасының нәтижелері бойынша Қазақстанда шылым шегудің таралуы (≥ 15 жаста шылым шегу %) 2007 жылғы 23,1-ден 2011 жылы 22,4%-ға дейін төмендеген (ЭЫДҰ елдерінде - 20,65%).

2007 жылдан бері есірткі заттарын тұтыну деңгейі 38,1%-ға төмендеді.

5-ұлттық зерттеудің нәтижелері бойынша (2012 жыл) ересектердің 31,2%-ында артық дене салмағы немесе семіздік бар.

Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігінің (бұдан әрі - ҰЭМ) Статистика комитетінің болжамы бойынша елімізде халық саны 2030 жылға қарай 21 млн. адамнан асып, егде адамдардың үлесі 7,7%-дан 11-13%-ға дейін (ЭЫДҰ - 15,5%) ұлғаяды. Созылмалы аурулардың өсуінен демографиялық ахуалдың өзгеруі медициналық қызметтерге деген сұранысқа ықпал етеді.

Республикада инфекциялық аурулардың көпшілігі бойынша тұрақты эпидемиологиялық ахуал байқалады. Вакцинамен басқарылатын 11 инфекцияға қарсы иммундалуға тиіс барлық балаларды 95% қамтуға қол жеткізілді. 2012 жылы ДДҰ Қазақстанды полиомиелит пен безгектен ада ел ретінде қайта сертификаттады.

Қабылданып жатқан амалдар Қазақстан Республикасында АИТВ инфекциясының эпидемиясын шоғырландыру сатысында ұстап тұруға мүмкіндік берді. ЖБИ-де «15-49 жас аралығындағы топта АИТВ таралуы» көрсеткіші бойынша Қазақстан 1-орын алатын көрсеткіші төмен елдердің тобына енді.

Туберкулезбен сырқаттану және одан болатын өлім-жітімнің едәуір төмендегеніне (сырқаттанушылықтың жыл сайын 9%-дан астам, өлім-жітімнің - 5 жылда 2 еседен астам төмендеуі) қарамастан, Қазақстан 2014 жылдың деректері бойынша Еуропа өңіріндегі туберкулездің таралу деңгейі жоғары 18 елі арасынан 7-орын, ілкі төзімді туберкулез деңгейі бойынша - 2-орын, ал ЖБИ-де

туберкулездің таралуы бойынша 102-орын алады.

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметте қауіптерді болжау, бағалау және басқару жүйесі енгізілді, 5 аймақтық вирусологиялық зертхана ұйымдастырылды, Дүниежүзілік сауда ұйымының талаптарына сай келетін тағам өнімдерінің қауіпсіздігін бақылау бойынша мамандандырылған зертханалар құрылды, балаларды пневмококк инфекциясына қарсы вакциналау екпелер күнтізбесіне енгізілді.

Сонымен бірге, қоршаған орта факторларының халықтың денсаулық жағдайына теріс әсерін және онымен байланысты әлеуетті медициналық-биологиялық және экономикалық салдарларды ғылыми негізделген бағалауды көздейтін, қауіптерді бағалау жүйесін әрі қарай дамыту және жетілдіру тұжырымдамасы айқындалған жоқ.

Қолданыста бар ақпараттық жүйелер басқа мүдделі мемлекеттік органдардың, ведомстволардың және халықаралық ұйымдардың дерекқорларымен жедел дерек алмасуды, санитариялық-эпидемиологиялық ахуалды онлайн режимінде мониторингтеуді қамтамасыз етпейді.

Технологиялардың дамуын және халықтың санитариялық-эпидемиологиялық әл-ауқатын қамтамасыз ету жөніндегі міндеттерді шешуді ескере отырып, қолданыстағы зертханалық бақылау жүйесі тұрақты жетілдіруді және жете жарақтандыруды қажет етеді.

Денсаулық сақтау және денсаулық сақтау жүйесі

«Саламатты Қазақстан» мембағдарламасын іске асыру кезеңінде сектораралық және ведомствоаралық өзара іс-қимылды күшейту арқылы денсаулықты сақтау мәселелері жөніндегі бірыңғай ұлттық саясатты қалыптастыру бойынша белгілі бір жұмыстар жүргізілді.

Қоғамдық денсаулық сақтау негіздері «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексімен регламенттелген және оны денсаулық сақтау ұйымдары, оның ішінде саламатты өмір салтын қалыптастыру орталықтары, медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдары (бұдан әрі – МСАК), медициналық ұйымдардағы инфекциялық бақылау қызметтері, сонымен бірге ведомствоаралық өзара іс-қимыл аясында басқа да мемлекеттік органдар мен ұйымдар іске асырады.

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық әл-ауқатын қамтамасыз ету бойынша іс-шараларды іске асыру жалғастырылуда. Кәсіпкерлік қызмет үшін жағдайды жақсарту, әкімшілік кедергілерді қысқарту бойынша шаралар қабылданды. Санитариялық-эпидемиологиялық қорытындылар беру төрт түрден бір түрге дейін оңтайландырылды. Қазақстанда тұңғыш рет тексерістерге баламалы тетіктер (аудит, НАССР (қатерлерді талдау және сыни бақылау нүктелері), сынамалар алу және камералық бақылау арқылы өнім қауіпсіздігіне мониторинг жүргізу) енгізілді. Орталық Азия тағам қауіпсіздігі жөніндегі оқыту орталығы құрылды және жұмыс істейді.

Жауапты мемлекеттік органдармен бірлесіп мектеп оқушыларын тамақтандыруды қамтамасыз ету, саламатты өмір салтын ұстану дағдыларын бойға сіңіру, ЖКО мен жарақаттанудан болатын өлім-жітімді азайту, қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінде туберкулезбен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсету, төтенше жағдайлардың алдын алу және салдарын төмендету, медициналық-құтқару көмегін қамтамасыз ету және санитариялық авиацияны дамыту жөніндегі іс-шараларды іске асыру жалғастырылуда. Сондай-ақ жергілікті атқарушы органдармен бірлесіп саламатты өмір салтын насихаттау

және аса қауіпті инфекциялардың профилактикасы бойынша іс-шаралар өткізілуде.

Бірлескен шаралармен мінез-құлық факторларын реттеу үшін республикада темекі өнімдері мен алкогольді жарнамалауға толық тыйым салу және оларды сатуды, қоғамдық орындарда шылым шегу мен алкоголь тұтынуды шектеу жүзеге асырылды. Алкоголь және темекі өнімдеріне акциздерді кезең-кезеңімен көтеру жүргізіліп жатыр. Адамдарға алкоголь өнімдерін сатуға жастық шектеу 21 жасқа дейін ұлғайтылды және түнгі уақытта алкоголь сатуға тыйым салынды.

Сонымен бір уақытта ведомствоаралық және сектораралық өзара іс-қимыл қатысушыларының міндеттемелерді уақтылы орындауы бойынша іс-шаралардың тиімділігі төмен, Ұлттық үйлестіру кеңесінің үйлестірушілік рөлі жеткіліксіз, секторлардың бастапқы деңгейдегі өзара тиімді іс-қимылы жоқ. Инфекциялық емес аурулар себептерінің детерминанттарын басқаруға жеткілікті назар аударылып отырған жоқ. Мектеп оқушылары арасындағы профилактикалық және сауықтыру іс-шараларының тиімділігі төмендеген. Темір мен фолий қышқылы тапшылығының профилактикасы бойынша ұнды фортификациялауды жүргізу көлемі жеткіліксіз.

Сонымен қатар қазіргі таңда денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органда және жергілікті атқарушы органдарда (Алматы және Астана қалаларының, облыстардың денсаулық сақтау басқармалары) қоғамдық денсаулық сақтау саясатын іске асыратын құрылымдық бөлімшелер жоқ, бұл қоғамдық денсаулық сақтау жөніндегі қызметті басқару мен үйлестіруде олқылық тудырады. Бұл олқылық санитариялық-эпидемиологиялық қызметті денсаулық сақтау жүйесі құрылымынан шығарғаннан кейін ерекше көрінді. Санитариялық-эпидемиологиялық қызмет бақылау-қадағалау функциясымен қатар, инфекциялық бақылауды үйлестіруді, халықты санитариялық-гигиеналық оқытуды қоса алғанда, профилактикалық шараларды да жүзеге асырған болатын.

Сипатталған проблеманы жою үшін ең үздік халықаралық тәжірибеге сәйкес қоғамдық денсаулық қызметі (бұдан әрі - ҚДҚ) түрінде институционалдық негізді қалыптастырған жөн.

Профилактикалық бағыттануды күшейту мақсатында бастапқы буын деңгейінде мына іс-шаралар өткізілді:

- 1) 2011 жылы аурулардың 11 түрі бойынша Ұлттық скринингтеу бағдарламасы енгізілді;
- 2) элеуметтік қызметкерлер институты құрылды (2014 жылдың соңына қарай 10 мың тұрғынға 1,2-ден келеді);
- 3) жалпы практика дәрігерлерінің (бұдан әрі - ЖПД) саны 30%-ға өсті;
- 4) 2014 жылдан бастап кешенді жанбасылық норматив (бұдан әрі - КЖН) енгізілді, тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін (бұдан әрі - ТМККК) қаржыландырудың жалпы көлемінде МСАК-ты қаржыландыру 28%-ға дейін (2010 жылы - 23,4%) ұлғайды, нәтижесінде өңірлер арасында 1 тұрғынға шаққандағы тариф ұлғайтылып (169-дан 486 теңгеге дейін), МСАК-ты қаржыландыру деңгейі теңестірілді.

Қабылданған шаралардың арқасында стационарлық қызметтерге сұраныстың өсу қарқынының төмендеуі, пациенттерді қосымша тексерулер мен консультацияларға неғұрлым сараланған түрде жолдау байқалып отыр.

Алайда, қаржыландыру бөлігінде МСАК басымдығына қол жеткізілген жоқ. МСАК-ты қаржыландыру көлемі Қазақстанда - 95, Эстонияда - 231, Словенияда - 369, ЭЫДҰ - 558 АҚШ долларын құрады. МСАК ұйымдарының отбасылық медицина қағидатына өту қарқынының бәсеңдегені байқалып отыр. ЖПД қызметін қалыптастыруға уәждеме толық шамада қамтамасыз етілмеген. МСАК деңгейінде

тіркелген тұрғындардың денсаулық жағдайын басқаруды экономикалық уәждеу тетіктері әзірленбеген, ЖПД құзыреттері мен функционалы неғұрлым кең болатын жаңа үлгі туралы халықты хабардар ету жұмыстары жеткіліксіз болып отыр.

МСАК пен тік бейінді қызметтердің (туберкулез, онкология, АИТВ/ЖИТС және т.б.) интеграциясы да жеткілікті емес. Амбулаториялық-емханалық, стационарлық деңгей мен жедел медициналық жәрдем қызметі арасындағы сабақтастықты жақсарту мәселелерін шешу қажет. Консультациялық-диагностикалық қызметтер әлі де артық тұтынылуда. Осы мақсаттар үшін стационарлар әлеуеті жеткілікті түрде пайдаланылмайды, бұл тұрғындардың медициналық қызметтердің қолжетімділігі мен сапасына қанағаттанбауын тудырады.

Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің (бұдан әрі - БҰДСЖ) енгізілуімен өңірлер арасындағы қаржыландыру айырмашылықтарын азайта отырып, стационарлық деңгейде ТМҚКҚ қаражатын республикалық бюджет деңгейіне шоғырландыру жүргізілді, «ақша пациенттің ізінен жүреді» қағидаты, клиникалық-шығындық топтар (бұдан әрі - ҚШТ) бойынша қаржыландыру енгізілді. Бұл стационар ресурстарын пайдалануды қарқынды етуге және стационарды алмастыратын технологияларды дамытуға, өңірлерде жоғары медициналық технологияларды енгізуге және дамытуға жағдай жасады (стационарда жатудың орташа ұзақтығы 27%-ға қысқарып, күндізгі стационар жағдайында емделген науқастар саны 2010 жылмен салыстырғанда 23,5%-ға өсті, кардиохирургиялық араласулар саны жылына 7000-нан 85000-ға дейін өсті).

Алайда, төсек қорының 14 мың бірлікке қысқарғанына қарамастан, Қазақстан Республикасында ауруханалық төсектермен қамту көрсеткіштері ЭЫДҰ елдеріндегіден 20%-ға жоғары, стационарда жатудың орташа ұзақтығы неғұрлым ұзақ (ЭЫДҰ елдеріндегі 6,0-ге қарағанда 9,5 төсек-күні (2014 жыл), төсек қорының емдеу қарқынының деңгейі бойынша саралануы жеткіліксіз, бұл денсаулық сақтау бюджетіне қаржылық жүктеме түсіреді: денсаулық сақтау жүйесі бюджетінің 60%-ынан астамы стационарлардың үлесіне тиесілі.

Саралау деңгейі жеткіліксіздігінің, қалпына келтіру емі, оңалту және ұзақ күтім жасау төсектерінің жетіспеуі олардың жұмыс тиімділігінің төмендеуіне алып келді. Үйдегі стационарлар және патронаж қызметі дамымаған. Емдеуге жатқызылған науқастардың 20%-дан астамы емді амбулаториялық деңгейде ала алатын еді.

Неғұрлым кең таралған ауру топтары (жіті миокард инфаркты, ми қанайналымының жіті бұзылысы (инсульт), жаңа қатерлі ісіктер, жарақаттар, босану) емдеуге жатқызу мен өлім-жітімнің мейлінше жиі кездесетін себептері болып табылады. Бұл ретте пациент бағдарының барлық деңгейлерінде бірыңғай іс-қимыл алгоритмдеріне негізделген өзара іс-қимыл және интеграция жоқ.

БҰДСЖ енгізу шеңберінде ТМҚКҚ көрсету кезінде жеке меншік және мемлекеттік меншік нысанындағы медициналық қызмет берушілер арасында тең жағдай жасау қамтамасыз етіле отырып, бәсекелес орта қалыптасуда. ТМҚКҚ қызметтерінің жеке меншік өнім берушілерінің үлесі 2010 жылғы 12%-дан 2014 жылы 27,4%-ға дейін өсті.

Мемлекеттік медициналық ұйымдар байқау кеңестері бар шаруашылық жүргізу құқығындағы (бұдан әрі - ШЖҚ) ұйымдар мәртебесіне ету жолымен өз дербестіктерін кеңейтті. Амбулаториялық және стационарлық секторда түпкі нәтижеге бағдарланған ақы төлеудің жаңа әдістері, онкологиялық қызметте және ауылдық медицина ұйымдарында жаһандық бюджет енгізілді.

Саланы қаржыландыру көлемі 1,5 есеге: 2010 жылғы 562,8 млрд. теңгеден 2014 жылы 869,7 млрд. теңгеге дейін өсті.

Сонымен бірге макроэкономикалық көрсеткіштерді талдау Қазақстандағы денсаулық сақтауға салынатын бюджеттік инвестициялар мөлшерінің дамыған елдердің деңгейінен едәуір артта қалып отырғанын анықтады. Осылайша, Қазақстанда 2013 жылы ЖІӨ-де денсаулық сақтауға мемлекеттік шығын 2,3% құрады, ЭЫДҰ-да - 6,5%.

Денсаулық сақтауды қаржыландырудың жеткіліксіздігі салдарынан Қазақстанда медициналық көмек алуға жұмсалатын жеке шығыстар деңгейінің жоғарылығы сақталып қалып отыр (ҚР - 35,4%, ЭЫДҰ - 19,6%, ЕО - 16,3%). ДДҰ деректері бойынша тұрғындардың шығыстары деңгейінің 20%-дан асуы денсаулық сақтау жүйесінің төмен қаржылық тұрақтылығының белгісі болып табылады және халық үшін сырқаттардың салдарынан кедейлік шегіне жақындаумен байланысты қатердің жоғарылығын сипаттайды, олар өз кезегінде, барлық салаларды (білім алуға қабілеттілік, экономикалық өнімділік, медициналық қызметтерге деген сұраныстың азаюы) қозғауы, сондай-ақ денсаулық пен демографиялық көрсеткіштердің нашарлауына әкеліп соғуы мүмкін.

Бұдан басқа, денсаулық сақтау жүйесіндегі қолданыстағы қаржыландыру тетіктерінің, тариф саясатының тиімділігі жеткіліксіз, негізгі құралдарды жаңартуды қаржыландыру мәселелері шешімін таппаған. ТМҚҚҚ қаражатын пайдалану тиімділігінің тетіктерін әрі қарай жетілдіру қажет. Мәселен, Ұлттық скринингтеу бағдарламасы тиімділігінің төмендігі байқалады (ауруларды анықтау ересектер арасында 3,4%, балаларда 16,4%-ды құрайды), скринингтердің тиімділігі обыр ісіктерін ерте анықтаудың тиімділігі және оларды сәтті емдеу жөніндегі ұсынымдардың негізінде мониторингтелмейді.

ТМҚҚҚ қаржыландырудың қолданыстағы жүйесі мемлекеттің, жұмыс беруші мен азаматтың ортақ жауапкершілігі қағидатын іске асырмайды.

Жаңа технологиялардың пайда болуын ескере отырып, қазіргі заманғы медицина ресурсты мейлінше көп тұтынатын болып барады.

Халықаралық талаптарға сәйкес стандарттау бойынша жұмыстар жалғасуда: диагностикалау және емдеу хаттамалары, бейінді қызметтердің алгоритмдері, стандарттары жетілдірілуде. Сапаны басқару компоненттері: медициналық ұйымдарды аккредиттеу жүйесі, ішкі аудит, білім мен дағдыларды тәуелсіз бағалау жүйелі түрде енгізілуде.

Сонымен бірге медициналық қызметтердің сапасын басқару көбінесе бақылау жүйесіне негізделген, денсаулық сақтаудағы стандарттау процесі аяқталмаған, қоғамдық ұйымдар мен кәсіптік бірлестіктер сапаны басқару процесіне тартылмайды. Медициналық қызметкерлерді сертификаттау жүйесі медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасын қамтамасыз етуге әлсіз ынталандырады. Медициналық ұйымдарды аккредиттеуге дейінгі даярлау процесі дамымаған.

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау жүйесінде барлық ведомстволарды ескергенде 68,8 мыңнан астам дәрігер (2014 жылы - 10 мың тұрғынға шаққанда 39,5, ЭЫДҰ - 42,0) және 160 мыңнан астам орта медициналық қызметкер (2014 жылы - 10 мың тұрғынға шаққанда 91,9) оның ішінде ведомствоны есепке алмағанда 124,9 мың (10 мың тұрғынға шаққанда 71,7, ЭЫДҰ - 10 мың адамға шаққанда 91) жұмыс істейді.

Дәрігер кадрлар құрылымындағы біліктілік санаты бар дәрігерлердің үлесі 46,5%-ды құрады, бұл ретте қалалық персонал арасындағы санатты дәрігерлердің үлесі ауыл персоналына қарағанда жоғарылау (қала - 48,0%, ауыл - 39,3%).

Зейнетке таяу жастағы және зейнет жасындағы дәрігерлердің үлесі 22,7%-ды құрайды, бұл ауылдық жерлерде неғұрлым айқын көрінеді.

Сонымен бірге Қазақстанда медициналық көмек көрсету деңгейлері арасында кадрлық қамтамасыз етудегі теңгерімсіздігі байқалады (МСАК және ауыл деңгейінде - тапшылық, стационар деңгейінде - артықшылық). Орташа алғанда, 1 МСАК дәрігері 2200-ге жуық тіркелген тұрғынға қызмет көрсетеді, ал ЭДҰ елдерінде оның жүктемесі айтарлықтай төмен - 1500 адамнан аз. МСАК деңгейінде орта медициналық қызметкерлердің жетіспеушілігі орын алып отыр (оңтайлы арақатынас 2-3 болғанымен, 1 учаскелік дәрігерге 1,1 мейіргер).

Жан басына шаққандағы нормативтің ынталандырушы компоненті енгізілгеніне қарамастан, Қазақстанда ЖПД-ның орташа жалақысының экономикадағы орташа айлық жалақыға арақатынасы 1,0-ді құрайды. Аталмыш көрсеткіш Ұлыбританияда - 1,9; Түркияда - 2,0; Словенияда - 2,5; Мажарстанда - 1,4; Эстонияда - 1,7.

«Саламатты Қазақстан» мембағдарламасын іске асыру кезеңінде медициналық және ғылыми кадрлардың элеуетін арттыру бойынша жоспарлы жұмыстар жүргізілді: үздіксіз кәсіптік дамытудың (бұдан әрі - ҰҚД) жинақтау жүйесінің қағидаттары енгізілді, симуляциялық білім беру орталықтары құрылды, мамандар біліктілігін тәуелсіз бағалау жүйесі енгізілді.

Медициналық білімнің сапасын қамтамасыз ету мақсатында Қазақстан Республикасында 2012 жылдан бастап білім беру ұйымдарын (институционалдық аккредиттеу) және білім беру бағдарламаларын (мамандандырылған аккредиттеу) аккредиттеу рәсімі, түлектерден тәуелсіз емтихан алу енгізіліп жатыр. Қазіргі уақытқа дейін 6 медициналық ЖОО институционалдық аккредиттеу жүргізілді, медициналық колледждерді аккредиттеу рәсімі енгізіле бастады. 2014 жылдан бері жоғары білім беру бағдарламаларын мамандандырылған аккредиттеу басталды.

Алайда, кадрлар даярлаудың практикалық бағытталуы төмен, білім беру бағдарламалары, әсіресе, клиникалық фармакология, менеджмент, экономика бағыттары бойынша бағдарламалар жетілдірілмеген күйінде қалып отыр.

Ғылыми зерттеулердің бәсекеге қабілеттілігінің төмен болуы, олардың практикалық маңызының қанағаттанғысыздығы, денсаулық сақтау саласындағы қолданбалы ғылыми зерттеулерді қаржыландырудың жеткіліксіздігі және ғылыми дәрежесі бар кадрлар тапшылығы (650 маманнан астам) мәселелері өзекті күйінде қалып отыр.

Халықаралық тәжірибенің негізінде Дәрілік заттар дистрибуциясының бірыңғай жүйесі құрылды. Халықаралық сапа стандарттары (GMP, GDP, GPP және т.б) енгізілуде, фарминспекторат және дәрілік заттар айналымы саласындағы мемлекеттік орган құрылды. Ауыл тұрғындарына дәрілік көмектің нақты қолжетімділігін қамтамасыз ету үшін дәріханалық ұйымдары жоқ 3000-нан астам ауылдық елді мекенде дәрілік заттарды МСАК нысандары арқылы өткізу ұйымдастырылды.

ТМККК шеңберінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге жұмсалатын шығыстар құрылымында стационарлық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің үлесі 45%-ды, амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің үлесі - 55%-ды құрайды. Амбулаториялық деңгейде республиканың 2 миллионнан астам азаматы мемлекет есебінен дәрілік заттардың 400-ден астам атауы бойынша тегін дәрілік препараттар алады.

Қазақстан Республикасы Еуропалық фармакопея комиссиясының ресми бақылаушысы және ДДҰ Дәрілік заттардың жанама әсерлеріне мониторинг жүргізу жөніндегі халықаралық бағдарламасының толыққанды қатысушы елі атанды. Еуразиялық экономикалық одақ шеңберінде Еуразиялық экономикалық одаққа мүше елдердің (Беларусь, Қазақстан, Ресей Федерациясы, Қырғызстан, Армения)

Дәрілік заттар мен медициналық бұйымдар айналымының бірыңғай қағидалары мен ережелері туралы келісіміне қол қойылды.

Республикамыздың медицина, фармацевтика қызметкерлері мен тұрғындарын ақпараттандыруды жақсарту мақсатында Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығы құрылды, өңірлерде оның филиалдары бар. Дәлелдік медицинаның негізінде формулярлық жүйе, ұтымды фармакотерапия қағидаттары жетілдірілуде.

Алайда, Қазақстанда тіркелген барлық дәрілік заттардың небәрі 61%-ы, 42 отандық өндірушінің 7-еуі және Бірыңғай дистрибьютор сатып алатын дәрілік заттардың 40%-ы GMP сертификатына ие.

Рецептілік дәрілік заттарды дәрігердің рецептінсіз берудің жоғары деңгейі, антибиотиктерді бақылаусыз пайдалану, полипрагмазия, клиникалық тиімділігі дәлелденбеген дәрілік заттарды пайдалану, қауымдастықтардың дәрілік заттарды пациенттерді тарта отырып, сонымен қатар дәрігерлердің нақты өндірушінің дәрілік препараттарын жазып беруі кезінде әдепке жат ілгерілетуі сақталып отыр, сондай-ақ дәрілік заттардың сапасымен және нарықта контрафактілік өнімнің болуымен байланысты мәселе сол күйінде қалып отыр.

Қазақстан Республикасының нарығына келіп түсетін дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы фармакологиялық қадағалау жүйесі жоқ. Дәрілік заттардың жанама әсерлерін жинақтау, анықтау жүйесі жетілдіруді қажет етеді, жанама әсерлерді мониторингтеудің барлық қатысушыларына арналған интеграцияланған ақпараттық жүйе жоқ.

Клиникаға дейінгі және клиникалық базалар халықаралық талаптарға сәйкес аккредиттелмеген. Медициналық ұйымдар клиникалық фармакологтармен жеткілікті түрде жасақталмаған.

Медициналық ұйымдардың медициналық техникамен жарақтандырылуы 25,5%-ға ұлғайды (2010 жылы - 43,2%, 2014 жылы - 67%): ауылдық - 72,6%, қалалық - 74,1%. Медициналық техникамен қамтамасыз ету үшін қаржылық лизинг тетіктерін енгізу басталды.

Сонымен бірге, медициналық техниканың қолданылмай тұруы мен тиімсіз пайдаланылу фактілері байқалады, дәлелдік медицинаға негізделген жарақтандыру стандарттары әзірленбеген, кепілдіктен кейінгі сервистік қызмет көрсету мәселесі шешілмеген.

Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау саласының ақпараттық құрылымын құру мақсатында ақпараттық денсаулық сақтау жүйесін енгізу аяқталады, өзекті бағыттар бойынша веб-қосымшалар (әлеуметтік мәні бар аурулардың тіркелімдері, Емдеуге жатқызу бюросы порталы, кадрлар бойынша және т.б) әзірленді және енгізілді.

Алайда, қолда бар дерекқорлар бытыраңқы және біртұтас ақпараттық кеңістікке интеграцияланбаған, ол денсаулық сақтау саласының түрлі деңгейлері мен қызметтерінің өзара іс-қимылын қиындатады, ақпарат сабақтастығын қамтамасыз етпейді, жедел талдау жасау мүмкіндіктерін шектейді. Медициналық ұйымдарда электрондық құжат алмасу жүйесі енгізіліп жатқан жоқ.

2014 жылғы желтоқсанда Халықаралық Қайта құру және Даму Банкінің тәуелсіз сарапшылары «Саламатты Қазақстан» мембағдарламасын іске асыру нәтижелері туралы есепті жариялады, оған сәйкес негізгі 6 бағыттың іске асырылуын халықаралық сарапшылар былайша бағалады:

1) 1-бағыт «Азаматтардың денсаулығын сақтау мәселелері бойынша сектораралық және ведомствоаралық өзара іс-қимылдың тиімділігін арттыру» - өте сәтті;

2) 2-бағыт «Профилактикалық іс-шараларды, скринингтік зерттеулерді күшейту, негізгі әлеуметтік мәні бар аурулар мен жаракаттарды диагностикалауды, емдеуді және оңалтуды жетілдіру» - айтарлықтай сәтті;

3) 3-бағыт «Санитариялық-эпидемиологиялық қызметті жетілдіру» - айтарлықтай сәтті;

4) 4-бағыт «Денсаулық сақтаудың бірыңғай ұлттық жүйесінде медициналық көмекті ұйымдастыруды, басқару мен қаржыландыруды жетілдіру» - өте сәтті;

5) 5-бағыт «Медициналық, фармацевтикалық білімді жетілдіру, медицинада инновациялық технологияларды дамыту және енгізу» - сәтті;

6) 6-бағыт «Халыққа дәрілік заттардың қолжетімділігі мен сапасын арттыру, денсаулық сақтау ұйымдарын медициналық техникамен жарактандыруды жақсарту» - сәтті.

Денсаулық сақтау саласын SWOOT-талдау

Күшті жақтары:

1) мемлекеттің ең жоғары деңгейдегі саяси қолдауы және алынған әлеуметтік міндеттемелерді орындау кепілдігі;

2) балаларды иммундаумен қамтудың жоғарылығымен инфекциялық аурулардың көпшілігі бойынша орнықты эпидемиологиялық ахуал;

3) шекараны аса қауіпті инфекциялық аурулар мен қауіпті жүктердің әкелінуі мен таралуынан санитариялық қорғаудың тиімді жүйесі;

4) медициналық көмек көрсететін ұйымдардың дамыған инфрақұрылымы;

5) қазіргі заманғы медициналық технологияларды табысты трансферттеу тәжірибесі;

6) стандарттау мен аккредиттеу негізінде медициналық көмектің сапасын басқару жүйесін енгізу;

7) денсаулық сақтау саласын қаржыландырудың заманауи тарифтік саясаты;

8) отандық дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы өндірушілерді дамыту үшін жағдай жасау.

Әлсіз жақтары:

1) ЭЫДҰ елдерінің орташа деңгейімен салыстырғанда күтілетін өмір сүру ұзақтығының төмендігі, жалпы өлім-жітім деңгейінің жоғарылығы;

2) денсаулық сақтау саласын қаржыландыру деңгейінің төмендігі;

3) денсаулық сақтауға жұмсалатын жеке шығыстар деңгейінің жоғарылығы;

4) МСАК-ты қаржыландыру деңгейінің жеткіліксіздігі;

5) денсаулық сақтау жүйесінің ескірген инфрақұрылымы;

6) санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органдары мен ұйымдарының жеткіліксіз материалдық-техникалық қамтамасыз етілуі;

7) саладағы ақпараттандыру деңгейінің әлсіздігі;

8) денсаулық үшін ортақ жауапкершілік тетіктерінің болмауы;

9) жекеше сектордың ТМҚКК көрсетуге қатысуының жеткіліксіздігі;

10) дипломға дейінгі және дипломнан кейінгі білім беру кадрларын даярлау деңгейінің жеткіліксіздігі;

11) денсаулық сақтау жүйесіндегі тиімді басқару деңгейінің төмендігі;

12) медициналық персоналдың еңбек уәждемесінің төмендігі;

13) амбулаториялық деңгейде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің жеткіліксіздігі.

Мүмкіндіктер:

1) негізгі демографиялық көрсеткіштердің оң серпіні;

2) Еуразиялық экономикалық кеңістік шеңберінде біртұтас нарықтың

құрылуы;

3) денсаулық сақтауға тікелей инвестицияларды (оның ішінде шетелдік) тарту және мемлекеттік-жекешелік әріптестікті дамыту;

4) дәрілік заттар, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техника өндірісінің орналасуы;

5) енгізілген нарық тетіктерінің (Бірыңғай ақы төлеуші құрылды, түпкі нәтиженің негізінде ақы төлеудің заманауи әдістері енгізілді) негізінде әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу;

6) халықаралық қаржы институттарының қолдауы;

7) өңірлік денсаулық сақтау нарығында бәсекеге қабілеттілікті арттыру;

8) халықаралық әріптестермен қарқынды ынтымақтастық орнату арқылы технологияларды, білім мен үздік тәжірибені трансферттеу.

Қауіптер:

1) жаһандық және өңірлік экономикалық ахуалдың одан әрі нашарлауы;

2) жаңа инфекциялық аурулардың пайда болуы және бұрын белгілі

болғандарының қайта оралуы;

3) ел аумағында аса қауіпті инфекциялардың табиғи ошақтарының болуы;

4) инфекциялық емес аурулардың өсуі;

5) медициналық көрсетілетін қызметтерге сұраныстың артуы;

6) медициналық көрсетілетін қызметтер мен тауарлар импортының артуы;

7) денсаулық сақтауға жұмсалатын мемлекеттік және жеке шығындардың

өсуі;

8) ескірген, тиімділігі аз басқару технологиялары;

9) тез тозатын және ескіретін инфрақұрылым және жабдықтар;

10) саланың адами ресурстарын тиімсіз дамыту мен пайдалану;

11) халықтың медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігінен көңілі

қалуының және қанағаттанбауының өсуі.

4. Бағдарламаның мақсаты, міндеттері, нысаналы индикаторлары

және іске асыру нәтижелерінің көрсеткіштері

Мақсат: Еліміздің орнықты әлеуметтік-экономикалық дамуын қамтамасыз ету үшін халықтың денсаулығын нығайту.

Осы мақсатқа қол жеткізу мына нысаналы индикаторлармен өлшенетін болады:

Р/с №	Нысаналы индикаторлар	Өлшем бірлігі	Ақпарат көздері	Орындалуына жауаптылар	2014 (факт)	2015 (бағалау)	2016	2017	2018
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Өмір сүрудің күтілетін ұзақтығының деңгейі	Жыл саны	ҰЭМ Статистика комитетінің ресми деректері	ДСӘДМ, ІІМ, БҒМ, ҰЭМ, АШМ, МСМ, Алматы мен Астана қалаларының, облыстардың әкімдіктері	71,62	71,7	71,8	72,2	72,6

Бағдарламалық мақсаттар

1. Аурулар профилактикасы мен басқарудың интеграцияланған тәсілі негізінде қоғам денсаулығын сақтау жөніндегі жаңа саясатты енгізу.

2. Тиімділікке, қаржылық тұрақтылыққа және әлеуметтік-экономикалық есуді қолдауға бағытталған ұлттық денсаулық сақтау жүйесін жаңғырту.

1-бағдарламалық мақсат: Аурулар профилактикасы мен басқарудың интеграцияланған тәсілі негізінде қоғамның саулығын сақтау жөніндегі жаңа саясатты енгізу.

Осы мақсатқа қол жеткізу мына нысаналы индикатормен өлшенетін болады:

Р/с №	Нысаналы индикатор	Өлшем бірлігі	Ақпарат көздері	Орындалуына жауаптылар	2014 (факт)	2015 (бағалау)	2016	2017	2018
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Халық денсаулығының индексі	%	ҰЭМ Статистика комитетінің ресми деректері	ДСӘДМ, ІІМ, БҒМ, ҰЭМ, АШМ, МСМ, Алматы және Астана қалаларының, облыстардың, әкімдіктері	-	16	17	18	19

Қойылған мақсатқа қол жеткізу үшін мына міндеттерді шешу көзделеді:

1-міндет: Қоғамдық денсаулық сақтау жүйесін дамыту

Осы міндетке қол жеткізу мына тікелей нәтижелер көрсеткіштерімен өлшенетін болады:

Р/с №	Нәтижелер көрсеткіштері	Өлшем бірлігі	Ақпарат көздері	Орындалуына жауаптылар	2014 (факт)	2015 (бағалау)	2016
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Зардап шеккендері бар ЖКО саны	абс.	ІІМ ведомстволық статистикалық есебі	ІІМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	20378	19970	19570
2	Жарақаттардан, оқыс оқиғалардан және уланулардан болатын өлім-жітім	100 000 тұрғынға шаққанда	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, ІІМ, БҒМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	87,8	87,5	84,9
3	15-17 жастағы балалар арасында өзіне қол	100 000 тұрғынға шаққанда	ҰЭМ Статистика комитетінің ресми	БҒМ, ІІМ, ДСӘДМ	19,3	17,4	17,2

	жұмсау деңгейі		деректері				
4	15-49 жас тобындағы АИТВ инфекциясының 0,2-0,6% шегінде таралуы	%	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, ҰЭМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	0,168	0,21	0,26
5	15-17 жастағы балалар арасында жыныстық жолмен берілетін инфекциялармен (бұдан әрі - ЖЖБИ) сырқаттанушылық (мерез маркері)	100 000 тұрғынға шаққанда	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, БҒМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	6,9	6,5	6,2
6	Туберкулезбен сырқаттану	100 000 тұрғынға шаққанда	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, ҰЭМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	66,4	64,7	63,1
7	Сотталғандар арасындағы туберкулезбен сырқаттану	100 000 сотталғанға шаққанда	ІІМ ведомстволық статистикалық есебі	ІІМ	799,0	790,0	780,0
8	Инфекциялық және паразиттік аурулармен сырқаттану көрсеткішін 315,9-дан аспайтын деңгейде ұстап тұру	100 000 тұрғынға шаққанда	ҰЭМ ведомстволық статистикалық есебі	ҰЭМ, ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	295,6	315,9	315,9
9	Дене шынықтырумен және спортпен айналысатын азаматтарды қамту	%	МСМ ведомстволық статистикалық есебі	МСМ, ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	25,1	26,0	27,0
10	Балалар-жасөспірімдер спорт мектептерінің	%	МСМ ведомстволық статистикалық есебі	МСМ, БҒМ, ДСӘДМ, Астана мен Алматы	13,0	13,5	14,0

	базасында дене шынықтырумен және спортпен айналысатын балалар мен жасөспірімдерді қамту		есебі	қалаларының, облыстардың әкімдіктері			
11	Семіздіктің таралуы	100 000 тұрғынға шаққанда	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	278,3	270,0	256,5
12	Нашақорлықтың және мінез-құлық ауруларының профилактикасы жөніндегі бағдарламаларды іске асыратын жалпы білім беру мекемелерінің үлесі	%	БҒМ ведомстволық статистикалық есебі	БҒМ, ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	50,0	64,0	78,0
13	Есірткіні залалды тұтынумен және оған тәуелділікпен наркологиялық есепте тұрған адамдар саны	100 000 тұрғынға шаққанда	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, ІІМ	194,3	193,0	192,0

2-міндет. Аурулар профилактикасы мен басқаруды жетілдіру.

Осы мақсатқа қол жеткізу мына тікелей нәтижелер көрсеткіштерімен өлшенетін болады

Р/с №	Нәтижелер көрсеткіштері	Өлшем бірлігі	Ақпарат көздері	Орындалуына жауаптылар	2014 (факт)	2015 (бағалау)	2016
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Халықтың жалпы өлім-жітімі	1000 тұрғынға шаққанда	Статистика комитетінің ресми деректері	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	7,57	7,57	7,56
2	Аналар өлім-туылғанға	100 000 тірі туылғанға	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық	ДСӘДМ, Астана мен Алматы	11,7	11,6	11,5

	жітімі	шаққанда	есебі	қалаларының, облыстардың әкімдіктері			
3	Сәбилер өлім-жітімі	1000 тірі туылғанға шаққанда	Статистика комитетінің ресми деректері	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	9,7	9,7	9,6
4	Қан айналымы жүйесінің ауруларынан болатын өлім-жітім (ҚЖСА)	100 000 тұрғынға шаққанда	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	207,7	204,54	203,1
5	Туберкулезден болатын өлім-жітім	100 000 тұрғынға шаққанда	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	4,9	4,7	4,5
6	Жаңа қатерлі ісіктерден болатын өлім-жітім	100 000 тұрғынға шаққанда	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	92,8	93,7	93,5
7	Қатерлі ісіктері бар науқастардың 5 жыл өмір сүруі	%	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	50,2	50,6	50,8
8	Жаңа қатерлі ісіктерді ерте анықтау (1-2 сатысы)	%	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	55,8	56,6	57,4
9	1 ЖПД-ға тіркелген тұрғындар саны	адам	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	2303	2194	1954

10	ТМККК шеңберінде МСАК-ті қаржыландырудың үлесі ²	%	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	26	28	30
11	БҰДСЖ жағдайларында қаржыландырылатын стационарлық көмекті тұтыну деңгейі	1000 тұрғынға шаққанда төсек-күнінің саны	ДСӘДМ, ЖАО ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	1176	1172	1170

²Бұдан әрі 2017 жылдан бастап бүкіл мәтін бойынша - МӨМС жүйесінде

2-бағдарламалық мақсат: Тиімділікке, қаржылық тұрақтылыққа және әлеуметтік-экономикалық өсуді қолдауға бағытталған ұлттық денсаулық сақтау жүйесін жаңғырту.

Осы мақсатқа қол жеткізу мынадай нысаналы индикатормен өлшенетін болады:

Р/с №	Нысаналы индикатор	Өлшем бірлігі	Ақпарат көздері	Орындалуына жауаптылар	2014 (факт)	2015 (бағалау)	2016	2017
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Халықтың медициналық көмек сапасына қанағаттануының деңгейі	%	Халыққа жүргізілген әлеуметтік сауалдың деректері (жетілдірілген әдістеме бойынша)	ДСӘДМ	-	-	40	42

Қойылған мақсатқа қол жеткізу үшін мына міндеттерді шешу көзделеді:

1-міндет: Денсаулық сақтау жүйесін басқару және қаржыландыру тиімділігін арттыру.

Осы міндетке қол жеткізу мынадай тікелей нәтижелер көрсеткіштерімен өлшенетін болады:

Р/с №	Нәтижелер көрсеткіштері	Өлшем бірлігі	Ақпарат көздері	Орындалуына жауаптылар	2014 (факт)	2015 (бағалау)	2016	2017
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	МӨМС олар үшін МЭС алымдары мен жарналарын алған тұрғындардың	%	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Қаржымині, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың	-	-	-	60

	үлесі			әкімдіктері					
2	Дәрігерлердің орташа жалақысының экономикадағы орташа жалақыға арақатынасы		ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	1,0	0,9	1,0	0,9	0
3	Менеджмент деңгейі бойынша жоғары рейтингке ие медициналық ұйымдардың үлесі	%	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	6,5	6,8	7,1	7,4	7
4	ТМККК шеңберінде жеке меншік медициналық қызмет берушілердің үлесі	%	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	27,4	28,5	29,3	30,5	31

2-міндет. Ресурстарды пайдалану тиімділігін арттыру және саланың инфрақұрылымын жетілдіру.

Осы міндетке қол жеткізу мынадай тікелей нәтижелер көрсеткіштерімен елшенетін болады:

Р/с №	Нәтижелер көрсеткіштері	Өлшем бірлігі	Ақпарат көздері	Орындалуына жауаптылар	2014 (факт)	2015 (бағалау)	2016	2017
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Жалпы дәрігерлер ішіндегі МСАК дәрігерлерінің үлесі	%	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	19,5	21,0	22,5	23,
2	Алғашқы реттен-ақ тәуелсіз емтиханнан сәтті өткен резидентура түлектерінің	%	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ	-	60	70	77

	үлесі							
3	ҚР-да қолдануға рұқсат етілгендер ішінен енгізілген жаңа медициналық технологиялардың үлес салмағы	%	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ	30	45	50	50
4	Халықаралық жарияланымдардың жалпы санында халықаралық рецензияланатын басылымдардағы жарияланымдардың үлесі	%	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, БҒМ	9,56	10,5	12	13,
5	ТМККК шеңберінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің жалпы көлеміндегі амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің үлесі	%	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	55	57	60	63
6	Амбулаториялық-емханалық ұйымдармен қамтамасыз етілу	10 мың тұрғынға шаққанда	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	4,5	4,5	4,8	5,
7	Электронды денсаулық төлқұжатпен халықты қамтамасыз ету	%	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	0	0	0	0
8	Денсаулық сақтауда мемлекеттік-жекешелік әріптестік, сенімді басқару және жекешелендірудің іске асырылып жатырған жобалар саны	Саны	ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі	ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері	2	10	8	16

5. Бағдарламаның негізгі бағыттары, қойылған мақсаттарға қол жеткізу жолдары және тиісті шаралар

Осы Бағдарламаның негізгі бағыттары:

- 1) халық денсаулығын сақтаудың негізі ретінде қоғамдық денсаулық сақтауды дамыту;
- 2) МСАК-ты жаңғырту және басым дамытудың негізінде барлық денсаулық сақтау қызметтерін халықтың мұқтаждықтары айналасына интеграциялау;
- 3) медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасын қамтамасыз ету;
- 4) Ұлттық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету саясатын іске асыру;
- 5) ынтымақтастықты енгізу және жүйенің қаржылық тұрақтылығын арттыру негізінде денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру;
- 6) денсаулық сақтау саласындағы адами ресурстарды басқарудың тиімділігін арттыру;
- 7) мемлекеттік-жекешелік әріптестік және қазіргі заманғы ақпараттық-коммуникациялық технологиялар негізінде денсаулық сақтау саласының инфрақұрылымын одан әрі дамытуды қамтамасыз ету болып табылады.

5.1. Халық денсаулығын сақтаудың негізі ретінде қоғамдық денсаулық сақтауды дамыту

5.1.1. Қоғамдық денсаулық қызметін қалыптастыру

Халық денсаулығын нығайту және қорғау тек тиісті стратегияларды дамытуды және түрлі тіршілік салаларындағы ресурстарды жұмылдыруды ғана емес, сондай-ақ мемлекеттің, жұртшылықтың және халықтың осы бағыттағы қызметін интеграциялауды қамтамасыз ету үшін орнықты және тиімді негіз жасауды талап етеді. Үздік халықаралық тәжірибеге сәйкес денсаулық сақтау жүйесін одан әрі дамытудың негізі қоғамдық денсаулық қызметін ҚДҚ-ны қалыптастыру болмақ.

ҚДҚ жұмысының негізгі бағыты қоғамның денсаулығын басқару, МСАК-тың мүдделі мемлекеттік органдармен (санитариялық-эпидемиологиялық, экологиялық, ветеринариялық қызметтермен) ведомствоаралық өзара іс-қимылының негізінде сауаттандыру, консультациялар, саламатты өмір салтын насихаттау, қолдау арқылы халықтың денсаулығын, мінез-құлық дағдыларын қолдау бағытында өзгерту болмақ.

ҚДҚ негізгі функциялары:

- 1) халықтың хабардарлығын және оның қоршаған ортаның түрлі факторларының, дұрыс тамақтанбаудың және мінез-құлық қауіптерінің зиянды әсерінің профилактикасы және оны төмендету жөніндегі іс-шараларға тартылуын арттыру;
- 2) инфекциялық және негізгі инфекциялық емес ауруларды, оның ішінде психикалық денсаулықтың ауытқуы мен жарақаттанушылықты эпидемиологиялық мониторингтеуді қамтамасыз ету;
- 3) ел халқының денсаулығын сақтауға және нығайтуға бағытталған сектораралық өзара іс-қимылды қамтамасыз ету, үйлестіру және кеңейту;
- 4) денсаулық сақтау саласындағы заңнаманың және басқа да құқықтық нормалардың сақталуын бақылауды қамтамасыз ету;

5) өңірлік және ұлттық деңгейде аурулардың дамуын ұзақ мерзімді модельдеу мен болжаудың халықаралық жүйелерін енгізу болады.

ҚДҚ қызметі халыққа медициналық көмек көрсету жүйесімен, әсіресе МСАК-пен, мамандандырылған ғылыми-зерттеу ұйымдарымен және бағдарламаларымен тығыз интеграцияланатын болады.

Республикалық деңгейде инфекциялық және инфекциялық емес аурулардың қауіп факторларына эпидемиологиялық мониторинг жүргізу функциялары, сондай-ақ мыналар:

1) қоғамдық денсаулық сақтауды дамытуға бағытталған мемлекеттік саясатты және сектораралық бағдарламаларды әзірлеу және іске асыру;

2) қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулер, соның ішінде саламатты өмір салтын қалыптастыру жөніндегі іс-шаралар;

3) қоғамдық денсаулық сақтау проблемаларын белгілеу және олардың серпінін болжау үшін халықтың денсаулық жағдайын мониторингтеу;

4) қоғамдық денсаулық сақтау қызметтері мен бағдарламаларының тиімділігін, қолжетімділігі мен сапасын бағалау жүзеге асырылатын болады.

Жергілікті деңгейдегі ҚДҚ шеңберінде инфекциялық және инфекциялық емес аурулардың профилактикасы жөніндегі іс-шараларды, оның ішінде скринингтерді әзірлеу, жоспарлау, іске асыру және мониторингтеу және МСАК-пен бірлесіп диспансерлеумен қамтамасыз етіледі.

Жергілікті деңгейдегі ҚДҚ-ның негізгі мақсаттарының бірі тамақтануды ұтымды ету мен саламатты өмір салтын ынталандырудың, санитариялық және дене шынықтыруды дамытудың негізінде халықтың өз денсаулығы үшін ақпараттық жауапкершілігін арттыру болады. Бұл азаматтарды хабардар ету және олардың сауатын ашу, олардың жеке денсаулығын, қоғамдық денсаулықты нығайту, дұрыс тамақтануды насихаттау мәселелеріндегі мүмкіндіктерін кеңейту іс-шараларымен қамтамасыз етіледі.

Ол үшін ҚДҚ-да дәстүрлі бұқаралық ақпарат құралдарын және заманауи әлеуметтік медиа-ресурстар мен желілерді белсенді қатыстыра отырып, мінез-құлық психологиясы және экономика саласындағы ғылыми негізделген әзірлемелердің негізінде әлеуметтік маркетингтің инновациялық технологиялары енгізілетін болады.

ҚДҚ-ның басым міндеті әлеуметтік мәні бар негізгі инфекциялық емес аурулардың (бұдан әрі – ИЕА) профилактикасы және оларды мониторингтеуді жүргізу бойынша іс-шараларды жандандыру болмақ.

Бұл ретте ИЕА-мен күрес ИЕА профилактикасы және онымен күрес жөніндегі 2013 – 2020 жылдарға арналған жаһандық іс-қимыл жоспарына, ДДҰ негіздемелік конвенциясына және Еуропалық темекіге қарсы күрес стратегиясына, ДДҰ тағам өнімдері және тамақтану саласындағы 2015 – 2020 жылдарға арналған іс-қимыл жоспарына сәйкес халықаралық сынамаланған технологиялардың негізінде жүргізіледі. Мектепте дұрыс тамақтандыруды қамтамасыз ету тұжырымдамасы әзірленеді, денсаулыққа пайдалы (май, тұз, қант мөлшері төмен жаңа піскен (дайындалған) және экологиялық) тамақ өнімдерін тұтынуды насихаттау күшейтілетін болады. Кәсіптік, экологиялық және әлеуметтік қатерлер оларды төмендету факторларын үздіксіз мониторингтеу және бақылау жүргізілетін болады.

Еліміздегі балалар мен ересектерді иммундық профилактикалау жөніндегі бүкіл жұмысты ДДҰ ұсынымдарына сәйкес ұйымдастыру мен үйлестірудің негізінде инфекциялық аурулардың профилактикасы мәселелеріне айрықша назар аударылатын болады.

Бұл бағыт ҚДҚ-ның халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы

саласындағы уәкілетті органмен өзара іс-қимылы кезінде мүмкін болады.

Қоғамдық денсаулық сақтау жүйесі орта мерзімді кезеңде халықтың денсаулығын сақтауға және нығайтуға бағытталған сектораралық өзара іс-қимылдың негізіне айналады. Осы мақсатта мүдделі мемлекеттік органдармен бірлесіп, қоғамдық денсаулық сақтау саласында өкілеттіктер мен функциялардың аражігін ажырату бойынша жұмыс жүргізілетін болады. Нәтижесінде, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің және Астана, Алматы қалаларының, облыстардың денсаулық сақтау басқармаларының құрылымында қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы саясатты жүзеге асыратын құрылымдық бөлімшелер құрылады, ол елдің тұрақты әлеуметтік-экономикалық дамуын қамтамасыз ету үшін халық денсаулығын нығайтуға елеулі үлес қосады.

5.1.2. Сектораралық өзара іс-қимылды дамыту

Халықаралық стандарттарға сәйкес әртүрлі мемлекеттік және қоғамдық институттардың сектораралық өзара іс-қимылы инфекциялық және инфекциялық емес аурулардың туындауы қатері факторларын төмендетуді және мыналарға бағытталған кешенді шараларды көздеуге тиіс:

- 1) халықтың сауаттылық деңгейін, оның ішінде саламатты өмір салтын ұстану және қалыптастыру мәселелеріндегі сауаттылық деңгейін арттыру;
- 2) қатер факторларының (шылым шегу, алкогольді шектен тыс пайдалану, физикалық белсенділіктің аздығы) таралуын төмендететін жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру;
- 3) кенеулі теңгерімді тамақтану;
- 4) дене шынықтырумен және спортпен тұрақты шұғылданатындар санының өсуі;
- 5) жол-көлік оқиғаларын азайту;
- 6) қауіпсіз еңбек және тұрмыс жағдайларын жасау;
- 7) қауіпсіз тұрғын үй жағдайларын қамтамасыз ету;
- 8) мүгедектердің денсаулық сақтау көрсетілетін қызметтеріне өзгелермен тең дәрежеде қол жеткізуін қамтамасыз ету;
- 9) халықтың сырқаттану жағдайына әсері тұрғысынан мониторингтеу деректерін ескере отырып, ауыз суға тұрақты түрде қолжетімдікті қамтамасыз ету, ауаның, су мен топырақтың ластануын азайту, шу деңгейін төмендету.

Адам денсаулығын қорғау және нығайту адамның жас және әлеуметтік ерекшеліктерін ескере отырып, аурулар мен олардың салдарының пайда болу қатерінің сыртқы және мінез-құлықтық факторларын төмендету бойынша сәби өмірінің алғашқы күндерінен басталатын және барлық жастағы кезеңдерінде жалғастырылатын профилактикалық іс-шараларға бағытталатын болады. Еңбек белсенділігін сақтауға, жұмысты өмір бойына қайта бөлуге және әлеуметтік қолдауға бағытталған дұрыс қартаюды қолдау бойынша шаралар қолға алынады.

Сектораралық өзара іс-қимылды дамыту шеңберінде басқарудың барлық деңгейлерінде, оның ішінде осы бағдарламаның мақсаттары мен міндеттерін басқа да мемлекеттік және салалық бағдарламалармен, өңірлер мен салаларды дамытудың стратегиялық жоспарларымен интеграциялау арқылы халық денсаулығын сақтау мен нығайтудың келісілген саясатын жүргізу қамтамасыз етілетін болады.

Міндеттерді шешу үшін жоспарлаудың, қаржыландырудың тиімді әдістері, халықпен, ұйымдасқан ұжымдармен, білім беру мекемелерімен өзара іс-қимыл тетіктері енгізіледі, денсаулық сақтау жөніндегі қызмет көрсеткіштері үшін министрліктердің жауапкершілік жүйесі, қоғамдық, алғашқы денсаулық сақтау

және әлеуметтік қорғау қызметтері жұмысының интеграциясы қалыптасады.

Басқа да секторлармен және ведомстволармен бірлескен жұмыс шеңберінде халық денсаулығына ықпал ететін қатер факторларын басқарудың бірыңғай жүйесі құрылады және денсаулық сақтау жөніндегі қызмет көрсеткіштері үшін әр министрліктің жауапкершілік аймағы айқындалады.

Бұдан басқа, жергілікті атқарушы органдармен бірлесе отырып денсаулықты нығайту бағдармаларын іске асыру үшін халықпен, әсіресе, жастармен, ұйымдасқан ұжымдармен, білім беру мекемелерімен өзара іс-қимыл тетіктерін енгізуді көздейтін әлеуметтік жұмылдыру жөніндегі кешенді шаралар әзірленеді және іске асырылады; мектептердің медициналық қызметкерлерінің штаттарын білім беру жүйесінен денсаулық сақтау жүйесіне беру бойынша шаралар қабылданады.

Сектораралық өзара іс-қимылдың басым міндеті ана мен баланы қорғау бойынша кешенді шараларды іске асыру, оның ішінде балалар жарақаттануын азайту, балалар мен жастардың ділі мен ұрпақты болу денсаулығын нығайту болады.

Балалар мен жасөспірімдердің дене және психикалық денсаулығын қалыптастыруға, ата-аналар мен оқытушыларды балалар мен жасөспірімдердің психикасындағы ауытқу белгілерін, қатерлі суицидтік мінез-құлқын танып-білуге, әлеуметтік қызметкерлерді, бейінді денсаулық сақтау қызметтері (туберкулезге қарсы, наркологиялық, психиатриялық) жұмысының бейәлеуметтік мінез-құлқы бар тұлғаларға қатысты, балалық шақта жазатайым оқиғаларды болдырмау, отбасындағы теріс факторлардың бала денсаулығына әсерін жою бойынша ИИМ учаскелік қызметтерінің және басқа да мүдделі органдардың (психологтар мен ИИМ кәмелетке толмағандар ісі жөніндегі нұсқаушыларын және т.б.) тарта отырып, олармен одан әрі жұмыс жасау тактикасына үйретуге бағытталған іс-шаралар айқындалады және іске асырылады.

Жол қозғалысының қауіпсіздігі, жол қозғалысы саласындағы нормалар мен қағидаларды сақтау деңгейін көтеру, оның ішінде жол қозғалысы ережелерін бұзушылықтарды автоматты тіркеу жүйелерін пайдалана отырып көтеру бойынша халықпен профилактикалық және ақпараттық жұмыстың жүйелілігін қамтамасыз ету арқылы ЖКО-ның алдын алу, жолдардағы авариялық-қауіпті учаскелерді жою жөніндегі іс-шаралар жалғастырылатын болады. Республика жолдарының авариялық-қауіпті жерлеріндегі трассалық медициналық-құтқару пункттері жүйесін одан әрі дамыту қамтамасыз етілетін болады.

Сектораралық өзара іс-қимыл шеңберінде халықты толыққанды тұрғын үй-коммуналдық шаруашылық қызметтерімен (халықтың ауыз суға, су бұру жүйелеріне тұрақты түрде қол жеткізуін қамтамасыз ету, тұрмыстық қалдықтарды кәдеге жарату, жылумен және энергиямен қамтамасыз ету) қамтамасыз етуге бағытталған кешенді шараларды іске асыру қамтамасыз етіледі.

Қоршаған орта факторларының халық денсаулығына зиянды әсерін төмендетуге бағытталған іс-шараларды іске асыру, оның ішінде ауаның, топырақтың және табиғи су қоймаларының ластануымен күрес жалғасатын болады. Бұл ретте кейіннен өңірлер бөлінісінде халық денсаулығын мониторингтей отырып, Қоршаған ортаның халық денсаулығына әсерінің қауіптер картасы әзірленетін болады.

ҚДСҚ МСАК ұйымдарымен, жергілікті атқарушы органдармен және жұмыс берушілермен бірлесіп, қазіргі заманғы стандарттар мен озық технологиялар трансфертінің негізінде адамның жұмыс орнында денсаулығын сақтау, кәсіптік сырқаттармен күресу, кәсіптік патология кезінде медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын арттыру жөніндегі кешенді тәсілдерді әзірлейтін

және енгізетін болады.

Сектораралық өзара іс-қимылдың ең маңызды міндеттерінің бірі дене белсенділігін ынталандыру мен спортпен шұғылдануды насихаттауды, оның ішінде жұмыс берушілерді кеңінен тарту арқылы жұмыс істейтін тұрғындарды, мектептегі білім беру жүйесі арқылы - балалар-жасөспірімдер спорт мектептерінің базасында балалар мен жасөспірімдерді дене шынықтырумен және спортпен шұғылдануға тартуды қоса алғанда, дұрыс тамақтану, саламатты және қауіпсіз өмір салты үшін жағдайлар және әділ мүмкіндіктер жасау болмақ.

Жалған және генетикалық түрлендірілген өнімдерді қоса алғанда, ендірілетін және әкелінетін тамақ өнімдерінің сапасы мен қауіпсіздігіне бақылау және мониторинг жүргізіледі, ұсынымдар әзірленіп, енгізілетін болады.

Ведомствоаралық жұмыс шеңберінде төтенше жағдайлардың, жарақаттанудың, жазатайым оқиғалар мен уланулардың, зорлық-зомбылық пен қылмыстың ауқымын азайтуға, оның ішінде инфрақұрылымды тиісінше жоспарлау, алкоголь өнімдерінің айналымын бақылауды және есірткі заттарының заңсыз айналымына белсенді түрде қарсы күресуді қоса алғанда, нормативтік реттеу және мемлекеттік бақылау көмегімен азайтуға бағытталған жүйелі шаралардың қабылдануы қамтамасыз етіледі.

Жалпы білім беру мекемелерінде нашақорлық пен мінез-құлық ауруларының профилактикасы жөніндегі бағдарламаларды енгізу, оның ішінде кәметке толмағандардың істері жөніндегі инспекторларды балалар мен жасөспірімдер арасында наркологиялық бейін бойынша қатер топтарын ерте анықтау технологияларына оқыту арқылы кеңейтілетін болады. Сондай-ақ ІІМ қызметкерлеріне (полицейлер, учаскелік инспекторлар) масаңдық (алкогольден, есірткіден, уыттану) дәрежесін айқындау дағдылары оқытылады.

Туберкулезге шалдығу және одан болатын өлім-жітім деңгейін, соның ішінде пенитенциарлық жүйеде қылмыстық-атқару жүйесінің (бұдан әрі - ҚАЖ) мекемелерінде туберкулезбен және АИТВ/ЖИТС-пен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсетуді жетілдіру жолымен төмендету жөніндегі ведомствоаралық іс-шаралар, бүкіл халықтың және пенитенциарлық жүйе контингентінің туберкулездің және АИТВ/ЖИТС таралу мәселелері бойынша хабардар болуын арттыру жалғастырылады.

Жасөспірімдер мен репродуктивті жастағы тұрғындар арасында АИТВ инфекциясының таралуын төмендету жөніндегі профилактикалық іс-шараларға, 15-17 жастағы балалар арасында ЖЖБИ-ға шалдығудың профилактикасына ерекше назар аударылады.

Сектораралық өзара іс-қимылды дамыту шеңберінде халықаралық бірлестіктермен және ұйымдармен (ДҰҰ, БҰҰ, ЮНИСЕФ, оның ішінде онда қазақстандық мамандарды қатыстыру және тәжірибе алмасу мақсатымен) тығыз ынтымақтастық орнату жалғасады.

Сектораралық өзара іс-қимылдың ұзақ мерзімді мақсаты денсаулық сақтау, еңбек және әлеуметтік қорғау саласындағы мемлекеттік саясатты кезең-кезеңімен, оның ішінде ортақ мақсаттардың, міндеттер мен нәтижелілік индикаторларының негізінде интеграциялау болып табылады.

Бұл қоғамдық денсаулық сақтау, алғашқы денсаулық сақтау және әлеуметтік қорғау қызметтерінің жұмысын кезең-кезеңімен интеграциялаудың негізінде әлеуметтік медицина үлгісін қалыптастыру үшін негіз болады.

5.2. МСАК-ты жаңғырту және басым дамыту негізінде барлық денсаулық сақтау қызметтерін пациент мұқтаждықтары айналасына интеграциялау

МСАК оның көлбеу (амбулаториялық-емханалық) және тік (психиатриялық, наркологиалық, туберкулезге қарсы, онкологиялық және т.б) бейінді қызметтермен өзара іс-қимылының өзгеруімен халыққа медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жүйесіндегі орталық буынға айналады.

Тегін амбулаториялық емдеу үшін дәрілік заттар тізбесін кезең-кезеңімен ұлғайту мүмкіндігімен МСАК деңгейіндегі медициналық көмек кеңейтілетін болады.

Жоспарлы мамандандырылған көмек МСАК-қа тіркелген тұрғындардың қажеттілігіне байланысты болады, оңалту және ұзақ күтім жасау қызметтері, оның ішінде жекеше секторды тарта отырып дамиды.

Көлік медицинасын, оның ішінде санитариялық авиацияны, жедел медициналық жәрдемді, телемедицинаны одан әрі дамыту жүзеге асырылатын болады.

Медициналық қызметтер тұтынуды тиімді басқару көрсетілген іс-шаралардың негізі болмақ.

Дәлелдік медицинаға, ғылыми әзірлемелерге негізделген медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарттарын, клиникалық хаттамаларды жетілдіру және енгізу жалғасады.

5.2.1. МСАК-ты жаңғырту және басым дамыту

МСАК-ты одан әрі дамыту алғашқы буындағы әмбебап, интеграцияланған, әлеуметтік бағдарланған, қолжетімді және сапалы медициналық көмекті дамытуға бағытталған шараларды тереңдетуді көздейді.

Алғашқы медициналық көмектің әмбебаптығы одан әрі қызмет көрсетудің отбасылық қағидатына өтудің есебінен қамтамасыз етіледі. Қызмет көрсетудің отбасылық қағидаты организмнің әрбір жастағы кезеңіндегі ерекшеліктерін ескере отырып, профилактикаға баса назар аудара отырып, өмір бойы адамның денсаулығына бақылау жасауды көздейді.

Отбасылық қағидат әр отбасының қажеттілігіне қарай профилактикалық, диагностикалық, емдеу, оңалту және сауықтыру іс-шараларын, паллиативтік көмек пен үйде күтім жасауды жүргізуді көздейді.

Отбасылық қызмет көрсету қағидаты МСАК дәрігерлерімен (жалпы практика дәрігері (ЖПД), учаскелік дәрігерлер (терапевтер, педиатрлар) және МСАК дәрігерлері тарапынан үйлестіру жасай отырып, арнаулы мамандардан жасақталған мультитәртіптік командалармен жүзеге асырылады. ЖПД-мен қамтылудың және олардың құзыреттерінің өсу шамасына қарай, олар кезең-кезеңімен учаскелік дәрігерлерді алмастыратын болады.

Қолданыстағы емханалар/МСАК орталықтары базасында of excellens орталықтары (ең жақсы практика орталықтары) құрылады.

Отбасы денсаулығын қорғау бойынша шаралар кешені отбасын жоспарлау, аурудың профилактикасы, әйелдердің, ерлер мен балалардың созылмалы ауруларын емдеу және оңалту шараларын қамтитын болады.

МСАК жұмысының басымдығы ана мен баланың денсаулығын нығайту болып қала береді. МСАК түрлі аурулар, оның ішінде перинаталды көмек кезінде медициналық көмекті аймақтандыру бағдарламаларының негізгі деңгейі болады. Андрологиялық қызметтің ұйымдастырылуын жетілдіру, ерлердің репродуктивті жүйесінің ауруларының профилактикасы мен заманауи емдеудің тиімділігін арттыру бойынша іс-шаралар жүргізіледі.

Геронтологиялық көмекті дамыту жалғастырылатын болады.

Медициналық көмек көрсетудің сабақтастығын қамтамасыз ету мақсатында МСАК-тың басқа да денсаулық сақтау деңгейлерімен және қызметтерімен толық интеграциялануы қамтамасыз етіледі.

Мәселен, МСАК мамандары диагностика мен бейінді мамандардың қызметтерін, стационарға жолдауды, оңалтуды, паллиативті көмекті және үйде күтім жасауды қоса алғанда, денсаулық сақтау жүйесінің барлық деңгейлерінде медициналық көмек көрсетуді үйлестіреді (бағдарлау). Олар медициналық көмектің барлық кезеңдерінде қызмет берудің толықтығы мен сапасын мониторингтейтін болады.

Сондай-ақ паллиативтік көмек көрсету және оңалту орталықтары, күндізгі стационарлар, үйдегі стационарлар, паллиативтік көмек көрсету орталықтары, бөлімшелері жағдайларында ҰЕҰ-ге мемлекеттік тапсырысты орналастыру арқылы отбасы қажеттілігін ескере отырып, үйде күту нысандары жетілдірілетін болады.

Күндізгі стационар жағдайларында оңалту және қалпына келтіру емдерін одан әрі дамыту жалғастырылады.

Мамандандырылған қызметтер (оның ішінде психиатриялық, наркологиялық, туберкулезге қарсы, онкологиялық және т. б.) жұмысының МСАК ұйымдарымен өзара тығыз байланысы жүзеге асырылады.

Медициналық көмек көрсетудің тиісті стандарттарын жетілдіру, оның толықтығы мен сабақтастығын қамтамасыз ету жөніндегі жұмыс жалғастырылады. Барлық деңгейлерде диагностикалау мен емдеу хаттамаларының және МСАК қызметкерлерінің орталық үйлестіру рөлі жағдайында мониторингтеу негізінде ауруларды интеграциялық басқару (АИБ) бағдарламалары енгізіледі. Бұл үшін барлық өңірлерде үш ауру (артериялық гипертония, қант диабеті, қан айналымының созылмалы жеткіліксіздігі) бойынша АИБ енгізілетін болады. Бұл ретте МСАК-ты түпкі нәтиже үшін қаржылық ынталандыру тетігінде индикаторлар жүйесі жетілдіріледі. Бұл назарды ауруларды ерте анықтау мен емдеуге аударуға, асқынулар жиілігі мен емдеуге жатқызу деңгейін төмендетуге, медициналық-әлеуметтік тиімді оңалтуды жүргізуге ынталандырады.

МСАК-тың әлеуметтік бағытталуы МСАК, әлеуметтік қорғау және қоғамдық денсаулық сақтау қызметтерінің жұмысын интеграциялаудың, халық денсаулығын сақтау жөніндегі сектораралық өзара іс-қимыл шеңберіндегі іс-шараларға бастапқы буын мамандарын белсенді түрде тартудың есебінен қамтамасыз етілмек.

Тиісінше, МСАК психологтарды, әлеуметтік қызметкерлерді, мейіргерлерді, фельдшерлерді, акушерлерді және көмекші персоналды тарту арқылы кешенді медициналық және әлеуметтік қызметтер ұсынуды қамтитын алғашқы медициналық-әлеуметтік көмек қызметі ретінде қарастырылады. Әлеуметтік қорғау органдарымен өзара іс-қимыл жасай отырып, әлеуметтік және психологиялық қолдау мен мультибейінді патронаж қамтамасыз етіледі.

Көрсетілетін қызметтердің барынша қолжетімді болуын қамтамасыз ету үшін МСАК ұйымдарының желісі өңірлердегі демографиялық, географиялық және инфрақұрылымдық жағдайларды ескере отырып дамитын болады. Ұйымдардың халық

тұратын жерлерге барынша жақындатылған, кіші және шағын нысандарына басымдық берілетін болады.

Осы мақсатта:

- 1) ЖПД учаскелерін кезең-кезеңімен ірілендіру;
- 2) топтық және жеке отбасылық практикалар құруды қолдау;
- 3) МСАК-ты медициналық бұйымдармен, сондай-ақ арнайы автокөлікпен жарақтандыруды жетілдіру*;
- 4) мобильді (көліктік) медицинаны, пациенттерді қашықтықтан бақылауды одан әрі жетілдіру*;
- 5) МСАК көрсету жүйесінде жекеше сектордың, шағын және орта бизнестің дамуын мемлекеттік қолдау;
- 6) мемлекеттік-жекешелік әріптестікті (МЖӘ), МСАК желісін дамыту, қызмет бейіні тұрақты түрде сақталған жағдайда мемлекеттік объектілерді кейін жекешелендіру мүмкіндігімен сенімгерлік басқаруға беру жүзеге асырылады.

МСАК сапасын арттыру мақсатында МСАК ұйымы мен дәрігерін толыққанды еркін таңдауды қамтамасыз ету және ынталандыру, оның ішінде халықтың МСАК ұйымдарына тіркелуінің жеңілдігі мен айқындығын қамтамасыз ету бойынша шаралар қабылданатын болады.

Қызмет көрсету сапасын жақсарту, кезек күтуді және персонал жүктемесінің шамадан тыс болуын төмендету мақсатында, операциялық менеджментті жақсарту, өңірлік және жергілікті call-орталықтарын құру, дәрігердің қабылдауына Интернет арқылы жазылуды енгізу, кезектерді басқарудың қазіргі заманғы технологияларын енгізу негізінде МСАК ұйымдарын басқару жетілдірілетін болады.

Денсаулық сақтау жүйесіндегі МСАК басымдығын, тиімділігін және тартымдылығын қамтамасыз ету үшін МСАК-тың кадрлық әлеуетін дамыту жөніндегі жұмыстар, лауазымдық нұсқаулықтарды және біліктілік талаптарын оңтайландыру жүргізілетін болады.

ЖПД-ны жоғары білім берудің жаңа мемлекеттік стандарттары бойынша даярлау заманауи білімі бар, практикалық, коммуникативтік дағдыларға ие және командада жұмыс істей алатын кең бейіндегі мамандар қалыптастырудың негізін қалайды. Бұл ретте ЖПД-ны бала жастағы аурулардың профилактикасы, диагностикалау және емдеу бойынша теориялық және практикалық оқыту күшейтіледі.

МСАК-ты дамыту шеңберінде пациенттерді бақылау, созылмалы ауруларды басқару, сондай-ақ пациенттерге үйде қызмет көрсету жөніндегі кейбір функциялар кезең-кезеңімен арнайы дайындалған жалпы практика мейіргерлеріне берілетін болады.

Орта медициналық қызметкерлерді (бұдан әрі - ОМҚ) оқыту МСАК басымдығы, оның көпфункционалылығы мен әмбебаптығы ескеріле отырып жүргізілетін болады, ол денсаулық сақтаудың басқа секторларына қарағанда, ОМҚ-да жоғары дербестікті талап етеді. ОМҚ оқыту стандарттары да әзірленген кәсіби стандарттарға сәйкестендіріледі.

МСАК-тың тұрақты дамуын қамтамасыз ету, оның толықтығы мен тартымдылығын арттыру үшін мамандар тартудың уәждемелік тетіктері жетілдіріледі, амбулаториялық деңгейде мемлекет қамтамасыз ететін дәрілік заттардың тізбесі кезең-кезеңімен кеңейтіледі. Халық денсаулығына ең ауыр әсер ететін ауруларды ерте анықтау жөніндегі түйінді скринингтік бағдарламаларды одан әрі дамыту, сондай-ақ олардың тиімділігіне үнемі мониторинг жүргізу және бағалау қамтамасыз етіледі.

5.2.2. Жедел және шұғыл медициналық көмекті (ЖШМК) дамыту

Халыққа медициналық көмек берудің толықтығы мен сапасын қамтамасыз ету мақсатында сабақтастықты және МСАК ұйымдарын ЖШМК көрсетуге тартуды қамтамасыз ету жалғастырылады.

Сараланған медициналық көмекті стационарлық деңгейге кезең-кезеңімен ауыстыра отырып, практикалық дағдыларды бекіту және пациенттерді тасымалдау жағдайында шұғыл медициналық жәрдемнің стандартталған алгоритмдерін енгізу негізінде ЖШМК қызметінің халықаралық стандарттарын енгізу қамтамасыз етіледі. Осы мақсатта ЖШМК-ты кадрлармен қамтамасыз ету нормативтері қайта қаралады, халықаралық стандарттардың негізінде білім беру бағдарламалары әзірленіп, енгізіледі және парамедиктерді қоса алғанда, денсаулық сақтаудың барлық деңгейлері үшін кадрлар даярлау орталықтары құрылады, бұл ретте, олардың ролін жоғарылату бойынша шаралар қабылданады. ТМҚКК шеңберінде республика халқын санитариялық авиация нысанында медициналық көмекпен қамтамасыз ету жалғасатын болады.

МЖӘ негізінде медициналық әуе тасымалы (санитариялық авиация) жүйесін одан әрі дамыту бойынша іс-шаралар әзірленіп, іске асырыла бастайды. Мемлекеттік емес қаржыландыру көздерін тарту бірнеше негізгі міндеттің тиімді іске асырылуын қамтамасыз етеді:

- 1) шұғыл және ТЖ жағдайларда оқиға орнында ЖШМК көрсету және пациенттерді стационарға тасымалдау;
- 2) пациенттерді медициналық көмек көрсету деңгейлері арасында қайта тасымалдау;
- 3) жету қиын жерлерде медициналық көмек көрсету, оның ішінде толыққанды медициналық көмек көрсету үшін қажетті мамандарды жеткізу арқылы көмек көрсету.

5.2.3. Барлық денсаулық сақтау қызметтерінің интеграциясымен мамандандырылған медициналық көмекті (ММК) дамыту

Халық денсаулығының ағымдағы жай-күйін және инфекциялық емес аурулардың болжамды өсімін ескере отырып, медициналық көмекті ұйымдастырудың интеграцияланған моделін әзірлеу және кезең-кезеңімен енгізу көзделіп отыр.

Осы үлгі әлеуметтік мәні бар, инфекциялық емес негізгі ауруларды және ел халқының демографиясына айтарлықтай ықпал ететін ауруларды:

- 1) миокардтың жіті инфарктын;
- 2) ми қан айналымының жіті бұзылуын (инсульт);
- 3) қатерлі жаңа ісіктерді;
- 4) жарақаттарды;
- 5) жүктілікті және босандыруды қамтитын болады.

Халықаралық кәсіптік ұйымдар ұсынған клиникалық нұсқаулар мен хаттамалардың негізінде әр блок бойынша іс-қимыл жоспарлары (Action Plan) әзірленеді және іске асырыла бастайды, олардың шеңберінде халық денсаулығының жоспарланып отырған көрсеткіштері және оларға қол жеткізу үшін қажетті негізгі іс-шаралар айқындалатын болады.

Бұл модель шеңберінде МСАК үйлестіруші рөлінің негізінде денсаулық сақтау жүйесінің барлық деңгейлерінде медициналық көмектің толық болуын, сапасын және сабақтастығын қамтамасыз етуге бағытталған интеграцияланған медициналық көмек беру стандарттары әзірленеді және іске асырылады.

Бұл ретте, стационар деңгейінде медициналық көмек көрсету көрсетілетін медициналық технологияның күрделілігіне байланысты аймақтандыру қағидаты бойынша жүргізіледі. Күрделі технологиялық қондырғылар мен біліктілігі жоғары мамандарды қажет ететін денсаулық сақтау қызметтері ауданаралық, өңірлік, облысаралық және республикалық деңгейлерде тиісті орталықтардың құрылуымен орталықтандырылады. Сонымен бірге, күрделі технологиялық қондырғыларды қажетсізбейтін денсаулық сақтау қызметтері орталықсыздандырылады және пациенттің тұрғылықты жеріне жақын денсаулық сақтау ұйымдарында көрсетілетін болады. Қазақстан Республикасының халқы сапалы донорлық қан компоненттерімен және препараттарымен қамтамасыз етілетін болады.

Бұл қызметтер сапасын арттыру, күту уақытын азайту, диагностикалау мен емдеудің негізсіз әдістерін тағайындауды болдырмау мақсатымен пациенттердің қозғалысын айқын және ұтымды бағдарлау тетіктерін әзірлеу мен енгізуді көздейді.

Науқастарды отандық клиникаларда емдеу, сонымен қатар шетелдік мамандар тартумен, шеберлік кластарын пайдалану арқылы қамтамасыз етілетін болады.

Бұдан басқа, осы іс-шараларды іске асыру үшін мыналар:

- 1) денсаулық сақтау ұйымдарының барлық деңгейлері үшін диагностикалау мен емдеудің дәлелді медицина қағидаттарына негізделген клиникалық хаттамаларын;
- 2) бейінді қызметтердің жұмысын ұйымдастыру стандарттарын;
- 3) медициналық қызметкерлер үшін кәсіптік стандарттарды;
- 4) іс-шараларға мониторинг жүргізу, оларды басқару және үйлестіру технологияларын әзірлеу және енгізу жалғасады.

Олардың бейіндері шеңберінде барлық деңгейлерде медициналық көмек көрсетуді мониторингтеу сабақтастығын, тиімділігі мен сапасын қамтамасыз ету бөлігінде республикалық клиникалардың, ғылыми орталықтардың және ғылыми-зерттеу институттарының рөлі мен жауапкершілігі күшейтілетін болады.

МСАК қызметі мен ММК-нің интеграциясын технологиялық сүйемелдеу мақсатында АКТ-ны, телемедицинаны және пациенттердің жекелеген санаттарына қашықтан сымсыз мониторинг жүргізу жүйесін дамыту жүзеге асырылады. Сабақтастықты қамтамасыз ету үшін пациенттерге түсіндіру, консультация беру, оларды тіркеу және мониторингтеу үшін оқшау және өңірлік call-орталықтар құрылады.

Бір жағынан, озық медициналық технологиялардың трансфертін одан әрі ынталандыру, сондай-ақ медициналық көмектің қолжетімді болуын, толықтығын және сапасын арттыру, екінші жағынан, денсаулық сақтау жүйесінің қаржылық орнықтылығын қамтамасыз ету мақсатында жан-жақты талдау жүргізіліп, жоғары технологиялық қызметтерді қоса алғанда, клиникалық хаттамалардың негізінде мамандандырылған медициналық көмекті одан әрі дамытудың жаңа тәсілдері әзірленетін болады. Медициналық көмектің осы түрі үшін қызметтерді стандарттау, ұйымдардың инфрақұрылымын дамыту және мамандарды жүйелі даярлау негізінде түрлі патологиясы бар науқастарды медициналық-элеуметтік оңалтуды белсенді түрде дамыту қамтамасыз етіледі. Бұл ретте осы саладағы жеке

секторды және МЖӨ-ні дамытуды мемлекеттік қолдау және ынталандыру шаралары әзірленіп енгізіледі.

5.3. Медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасын қамтамасыз ету

5.3.1. Медициналық көмекті стандарттау және сапасын басқару

Медициналық ұйымдардағы барлық өндірістік процестерді стандарттаудың негізінде сапаны басқару жүйесі медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін тиімді көтеру үшін негіз болады.

Клиникалық процестерді стандарттау үшін неғұрлым тиімді және қазіргі заманғы технологиялар мен медицина ғылымының жетістіктерін енгізу негізінде ауруларды диагностикалау мен емдеудің клиникалық хаттамаларын әзірлеу және жетілдіру жалғастырылады.

Диагностикалау мен емдеудің клиникалық хаттамаларын әзірлеу медициналық қызметкерлердің кәсіптік бірлестіктерін тарта отырып, медициналық технологияларды бағалау жүйесінің (health technology assessment) негізінде жүзеге асырылатын болады. Бұл жүйенің негізінде жекелеген медициналық технологиялар мен дәрілік заттарды енгізу және қолданудың орындылығын анықтау мақсатында арнайы талдамалық, клиникалық-экономикалық және фармакологиялық-экономикалық зерттеулерді ұйымдастыру және өткізу қамтамасыз етіледі.

Қалған, клиникалық емес өндірістік процестердің (тікелей нақты ауруларды емдеумен байланысты емес) стандарттары медициналық ұйымдарды аккредиттеуге арналған талаптар шеңберінде әзірленеді.

Ең жоғары клиникалық және экономикалық тиімділікті, сондай-ақ медициналық технологиялардың қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін медициналық практикаға жаңа технологияларды және дәрілік заттарды енгізу процесі жетілдіріледі. Сапа стандарттарын енгізуді және тиімділігін мониторингтеуді денсаулық сақтау саласындағы орталық және жергілікті атқарушы органдар, оның ішінде медициналық қызметкерлерді оқыту, медициналық ұйымдарды қосымша жарақтандыру жолымен қамтамасыз ететін болады.

Сапаны басқарудың оқшау жүйелерінің негізі медицина ұйымдарының ішкі аудит қызметтері болады. Олардың қызметі қатерлерді басқарудың бірыңғай жүйесін енгізуден және тәуелсіз медициналық сарапшылар институтын тарта отырып, клиникалық процестердің тұрақты аудитін жүргізуден тұрады.

Пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз етудің халықаралық тәсілдерін енгізу мақсатында кұпия аудитті қолдану негізінде медициналық қателіктерді есепке алу мен талдаудың ұлттық жүйесін енгізу мәселесі қаралатын болады.

Бекітілген стандарттарды бұзғаны үшін медициналық қызметкерлер мен ұйымдардың жауапкершілігін арттыру қамтамасыз етіледі.

Денсаулық сақтау жүйесінің сапасы мен ықыластылығын қамтамасыз ету үшін жұртшылықты, білім беру ұйымдарын, кәсіптік бірлестіктер мен бұқаралық ақпарат құралдарын кеңінен қатыстыра отырып, медициналық қызметкерлердің медициналық әдебі мен коммуникациялық дағдыларын дамытудың ұлттық бағдарламасы әзірленеді және енгізіледі.

Тұтас алғанда, медицина қызметкерлері мен ұйымдарының қызметінің және нәтижелерінің айқындығы қамтамасыз етіледі; денсаулық сақтау ұйымдарының

ендірістік қызмет нәтижелерін, сонымен қатар тәуелсіз ұйымдармен өткізілетін медициналық қызметтердің сапасына халықтың қанағаттану деңгейінің әлеуметтік зерттеуінің нәтижелері міндетті түрде БАҚ-та жариялау енгізіледі.

ДСӘДМ жанынан консультативтік-кеңесші орган – Медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасы жөніндегі біріккен комиссия құру медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасын арттыру жөніндегі жаңа институционалдық тетік болмақ, оның қызметі клиникалық хаттамаларды, медициналық білім беру, дәрілік қамтамасыз ету стандарттарын, денсаулық сақтау саласында көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін бақылау жүйесінің стандарттарын жетілдіру жөніндегі ұсынымдарды тұжырымдауға бағытталатын болады.

Комиссия құрамына мемлекеттік органдардың, қоғамдық ұйымдардың, медициналық қызметкерлердің кәсіптік бірлестіктерінің өкілдерін, халықаралық сарапшыларды және т.б. қоса алғанда, денсаулық сақтау жүйесінің барлық мүдделі тараптарының өкілдері кіреді.

5.3.2. Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеуді және лицензиялауды дамыту

Медициналық көрсетілетін қызметтер сапасын орнықты көтеру медициналық қызмет берушілерді денсаулық сақтау саласындағы ұлттық сапа және қауіпсіздік стандарттарына сәйкестігі тұрғысынан аккредиттеуді дамыту арқылы да қамтамасыз етіледі.

Аталмыш институтты дамыту үшін ұлттық аккредиттеуге қойылатын талаптар халықаралық стандарттарға толықтай сәйкестендіріледі. Медициналық көмектің жекелеген түрлерінің денсаулық сақтау саласындағы белгіленген талаптар мен стандарттарға сәйкестігін айқындау үшін денсаулық сақтау ұйымдарын аккредиттеу стандарттарын жетілдіру бойынша жұмыс жалғастырылатын болады. Бұл дайындалмаған ұйымдарда сапасыз қызмет көрсету қаупін, сондай-ақ стационарлардың төмен тұрған деңгейдегі стационарда немесе күндізгі стационарда емделе алатын, жеңіл патологиясы бар пациенттердің шамадан тыс болуымен артық жүктеме алу қаупін төмендетеді. Бұл ретте денсаулық сақтау саласындағы ұлттық аккредиттеу органы сапаны қамтамасыз ету саласындағы халықаралық аккредиттеуден өтеді және кезең-кезеңімен өзін-өзі реттейтін ұйым нысанына беріледі. Жаһандық бәсекеге қабілеттілікті дамыту үшін отандық медицина ұйымдарын медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасы саласындағы басқа да танылған халықаралық ұйымдардың, соның ішінде «Joint Commission International (JCI)» аккредиттеуі қолдау табылады. Медицина ұйымдарының аккредиттеуден өтуін ынталандыру мақсатында әртүрлі стимулдар енгізіледі. Онымен бір мезгілде аккредиттеу мамандарын даярлау жөніндегі оқыту бағдарламалары дамытылады. Медициналық қызметкерлерді міндетті сертификаттауды міндетті лицензиялау институтына өзгерту мәселесі зерделенеді.

Медициналық қызметкерлерді және медициналық ЖОО мен колледждер түлектерінің құзыреттеріне тәуелсіз бағалау жүргізу үшін құзыреттерді тәуелсіз бағалаудың тиісті мамандандырылған орталықтары дамитын болады.

Тұтас алғанда, басқару органдарын сайлау, қатысу еріктілігі, қызметтің айқындығы мен әдептілігі негізінде ұлттық медициналық қызметкерлердің кәсіптік бірлестіктерін дамыту қолдауға, оның ішінде аккредиттеу,

өкілеттіліктерді беру жолымен қолдауға ие болады.

Аккредиттелген кәсіптік бірлестіктердің негізгі мақсаты медицина ғылымы мен практикасының тиісті бағыттарын дамыту, мамандардың кәсіби құзыреттерін нығайту және халыққа берілетін медициналық көмектің сапасын жақсарту болмақ.

5.4. Ұлттық дәрі-дәрмек саясатын іске асыру

Медициналық көмектің жоғары сапасы мен қауіпсіздігін, денсаулық сақтау жүйесінің қаржылық тұрақтылығын қамтамасыз ету, отандық фармацевтикалық өндірісті дамыту мақсатында Ұлттық дәрі-дәрмек саясаты (бұдан әрі - ҰДС) іске асырылады.

Фармацевтика саласының дамуы дәрілік заттардың қолжетімділігі, сапасы, тиімділігі мен қауіпсіздігі қағидаттарына негізделген, болып жатқан интеграциялық процестер жағдайындағы денсаулық сақтау жүйесінің, қазақстандық қоғамның, фармацевтика нарықтарының заманауи талаптарын ескере отырып, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің пациентке бағдарланған моделін құруға бағытталатын дәрілік заттар, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техника айналымы саласындағы ҰДС-мен айқындалады.

ҰДС-ны іске асыру мынадай маңызды міндеттерді:

- 1) дәрілік заттардың қолжетімділігін қамтамасыз етуді;
- 2) дәрілік заттардың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз етуді;
- 3) дәрілік заттардың ұтымды қолданылуын қамтамасыз етуді іске асыруға арналған іс-шаралар кешенін әзірлеуді, орындауды және тиімділігін мониторингтеуді көздейді.

5.4.1. Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың қолжетімділігін қамтамасыз ету

Дәрілік заттардың қолжетімділігі кейіннен Қазақстан Республикасы мен ЕАЭО елдерінің аумағында пайдалануға рұқсат ету үшін дәрілік заттарды кешенді іріктеу жүйесі арқылы қамтамасыз етіледі.

Осы мақсатта дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы мемлекеттік тіркеу жүйесі жетілдіріледі, тиісті өндірістік практика стандарттары (бұдан әрі - GMP) бойынша өндірілген дәрілерді тіркеу рәсімі жеңілдетіледі.

Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдардың экономикалық және физикалық қолжетімділігін қамтамасыз ету мақсатында мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарында сатып алу тетіктері жетілдірілетін болады.

Шалғай аудандардағы халық үшін дәрілік заттардың қолжетімділігін арттыру үшін жылжымалы ұтқыр дәріхана пункттері жүйесі дамытылады.

Қолжетімділікті арттыру, импортқа тәуелділікті төмендету және денсаулық сақтау жүйесінің қаржылық орнықтылығын қамтамасыз ету мақсатында отандық өндірістің дәрілік заттарының, медициналық мақсаттағы бұйымдары мен медициналық техникасының айналымын жүйелі мемлекеттік қолдау шаралары көрсетілетін болады.

Халық үшін дәрілік заттардың экономикалық қолжетімділігін қамтамасыз

ету бойынша кешенді шаралар іске асырылады.

Сыртқы және ішкі референтті баға белгілеуге, дәрілік заттарды сатып алу жүйесін жоспарлауды жетілдіруге және оларды ұтымды пайдалануға негізделген әлемдік озық тәжірибені пайдалана отырып, дәрілік заттарға бағаны мемлекеттік реттеуді жетілдіру жолымен мемлекеттік шығындардың өсуін тежеудің тиімді тетіктері енгізіледі.

Сондай-ақ, амбулаториялық деңгейде дәрілік заттармен тегін қамтамасыз етуді (АДҚ) кеңейту шеңберінде азаматтардың мұндай дәрілік заттардың құны мен өтеудің белгіленген шекті бағасындағы айырманы бірлесіп төлеуінің негізінде халықтың неғұрлым қымбат препараттарды таңдау мүмкіндігі қаралатын болады.

5.4.2. Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету

Лайықты фармацевтикалық практикаларды (бұдан әрі - GXP) енгізу жолымен дәрілік заттардың сапасын қамтамасыз ету жүйесін енгізу бойынша шаралар қабылданады.

Отандық дәрілік заттардың өндірісі, дәрілік заттар логистикасы мен сақталуының сапасы 2018 жылы міндетті түрде GMP және тиісті дистрибьюторлық практика (бұдан әрі - GDP) стандарттарына өтумен қамтамасыз етіледі.

Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың сапасын сараптау саласындағы халықаралық талаптарға сай келетін референс-зертханалар құрылады және жарақтандырылады.

Дәрілік заттардың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету де тиісті клиникалық практика (бұдан әрі - GCP) стандарттары бойынша клиникалық сынақтар өткізумен қамтамасыз етіледі. Дәрілік заттардың сапасын жоғарылату мақсатында Қазақстан Республикасында жаңа дәрілік заттарға клиникалық сынақтар жүргізуді қолдау, сондай-ақ клиникалық базалардың ғылыми және техникалық әлеуетін арттыру жөніндегі шаралар кешені әзірленеді.

Жоғарыда көрсетілген стандарттарға сәйкестікті бақылау мақсатында дәрілік заттар айналымы саласындағы объектілер мен денсаулық сақтау ұйымдарының тиісінше фармацевтикалық практикаларға сәйкестігін бағалау, тұрақты оқыту жүргізе отырып өндірістердің, клиникаға дейінгі және клиникалық зерттеулердің, фармакологиялық қадағалау жүйесінің инспекцияларын жүргізу үшін мемлекеттік фармацевтикалық инспекторат дамытылады. Қазақстанның Халықаралық фармацевтикалық инспекциялардың ынтымақтастық жүйесіне (бұдан әрі - PIC/S) кіруі аяқталады.

Отандық дәрілік заттарды өндірушілер сыртқы нарыққа шығуы және CPP сертификатын алуы үшін ДДҰ сертификаттау жүйесіне кіру жүзеге асырылады.

Сондай-ақ халықаралық GSI стандарттарын үйлестіру, денсаулық сақтау саласындағы басшылар мен мамандарды халықаралық GSI жүйесінде автоматты түрде сәйкестендіру бойынша оқыту жүзеге асырылатын болады.

Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың айналымын мемлекеттік реттеудің және сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз етудің тиімділігін арттыру бойынша шаралар қабылданады.

Қазақстан Республикасы аумағында қолданылатын дәрілік заттардың,

медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету саласындағы мемлекеттік органдардың өкілеттіктері мен жауапкершілігі заңнамалық тәртіппен күшейтілетін болады.

5.4.3. Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың ұтымды қолданылуын қамтамасыз ету

Дәлелді медицинаны әрі қарай дамыту дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың ұтымды қолданылуын қамтамасыз ету үшін негіз болады.

Осы мақсатта Қазақстанның ұлттық дәрі-дәрмек формулярын (бұдан әрі - ҚҰФ) енгізу және қолдау жолымен формулярлық жүйені дамыту және жетілдіру жалғастырылады.

Денсаулық сақтау ұйымдарының дәрі-дәрмек формулярлары ҚҰФ негізінде жасақталып, жекелеген, неғұрлым қымбат дәрілік заттарға қатысты қолданылуын тұрақты түрде мониторингтеу және тиімділігін бағалау негізінде ұдайы жетілдіріліп тұратын болады.

Денсаулық сақтау ұйымдарында қаржы қаражатын жұмсауды клиникалық-экономикалық талдау ескеріле отырып, дәрілік заттарды ұтымды қолдануға толыққанды мониторинг жүргізу және талдау жасау қамтамасыз етіледі.

Медициналық ұйымдарды клиникалық фармакология мамандарымен қамтамасыз ету жөніндегі шаралар іске асырылады. ҰДС орнықтылығын қамтамасыз ету үшін ұйымның меншік нысанына қарамастан, медициналық ұйымдардың мамандарын дәрілік заттарды ұтымды пайдалануға жаппай оқыту бағдарламасы әзірленіп, іске асырылатын болады.

Барлық қатысушы тараптардың жауапкершілігін арттыра отырып, дәрілік заттарды өткізудің әдеп нормалары енгізіледі.

Ұлттық дәрілік заттарды ұтымды пайдалану орталығы болып қайта ұйымдастырылатын Дәрі-дәрмек ақпараттық орталығы арқылы медициналық және фармацевтикалық қызметкерлер мен тұрғындардың дәрілік сауаттылығын арттыру жөнінде іс-шаралар жүргізіледі.

Жоғарыда аталған шараларды тиімді іске асыру үшін денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органның міндеттері мен функциялары талданып, қайта қаралатын болады.

5.5. Ынтымақтастықты енгізу және қаржылық орнықтылығын арттыру негізінде денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру

5.5.1. Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу

Денсаулық сақтау жүйесінің орнықтылығы елеулі дәрежеде денсаулық сақтауға бағытталатын қаражаттың барабар деңгейін, оларды әділ бөлуді және ұтымды пайдалануды болжайтын тиімді қаржыландыру жүйесімен байланысты.

Денсаулық сақтау жүйесін одан әрі дамыту азаматтардың денсаулығы үшін жауапкершілік мемлекет, жұмыс берушілер мен қызметкерлер арасында бөлінетін үш деңгейлі медициналық көмек беру жүйесін құруды көздейді. Бұл ретте:

1) бірінші деңгей базалық пакетті немесе республикалық және жергілікті бюджеттер есебінен ТМККК ұсынады;

2) екінші деңгей Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес міндетті медициналық сақтандыру жүйесіндегі және мемлекеттің жарналары, жұмыс берушілер мен қызметкерлердің аударымдары және Қазақстан Республикасының заңнамасында тыйым салынбаған өзге де түсімдер есебінен қаржыландырылатын медициналық көмектің қосымша пакетін немесе тізбесін қамтитын болады;

3) үшінші деңгей сақтандыру компаниялары мен жарналарды төлеушілер арасындағы ерікті шарттық негізде айқындалатын, азаматтардың немесе жұмыс берушілердің өз қызметкерлерінің пайдасына төлейтін ерікті аударымдары есебінен қаржыландырылатын қызметтердің жеке пакетін немесе тізбесін көздейді.

Ұлттық денсаулық сақтау жүйесін орнықты дамытуда және тиімділігін арттыруда халық пен жұмыс берушілердің ынтымақтастығын дамыту мақсатында, сондай-ақ денсаулық сақтауға жұмсалатын мемлекеттік және жеке шығындардың есуі салдарынан болатын қаржылық қатерлерді жою мақсатында міндетті элеуметтік медициналық сақтандыру (бұдан әрі – МӘМС) жүйесі енгізіледі.

МӘМС жүйесі жұмыс істейтін халықтың, жұмыс берушілер мен өзін-өзі жұмыспен қамтыған халықтың аударымдары негізінде құрылатын болады. «Міндетті элеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Қазақстан Республикасының Заңында көзделген азаматтардың жекелеген санаттары үшін жарналарды республикалық бюджет қаражатынан мемлекет төлейтін болады. Осы ретте азаматтардың жекелеген санаттарын медициналық көмекпен қамтамасыз ету бойынша МӘМСҚ және мемлекеттік органдар арасында міндеттер бөлінісі жүзеге асырылатын болады.

МӘМС жүйесіне тұрақты қажеттілікпен және тұтынумен, басқарумен және болжаумен сипатталатын негізгі медициналық қызметтердің барлығы, яғни кенеттен шамадан тыс тұтынудың айқын қаржылық қатерін тудырмайтын қызметтер кешені берілетін болады.

Бұл ретте мемлекет МСАК-ты, яғни жедел жәрдем және санитариялық авиация, вакцинация қызметтерін, кейбір элеуметтік мәні бар аурулар (туберкулез, АИТВ, наркология және психиатрия) кезіндегі медициналық көмекті, шұғыл көрсетімдер бойынша стационарлық көмекті және 2020 жылға дейін «Міндетті элеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес міндетті элеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көмек алуға құқығы жоқ тұлғалар үшін амбулаториялық-емханалық көмекті қамтитын медициналық қызметтердің негізгі пакетін қаржыландыру жөніндегі міндеттемелерді өзіне қалдырады.

Тұтастай алғанда, МӘМС енгізу шығыстардың мынадай бағыттарына:

- 1) қоғамдық денсаулық сақтау қызметін дамытуға;
- 2) МСАК деңгейінде – ЖПД санын ұлғайтуға және амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді кеңейтуге**;
- 3) медициналық қызметкерлердің жалақысын бағдарламалық ұлғайтуға**;
- 4) оңалту, паллиативті көмек пен мейіргерлік күтім жөніндегі қызметтерді кеңейтуге;
- 5) үздіксіз медициналық білім беруге жұмсалатын шығыстарды ұлғайтуға;
- 6) негізгі қаражатты жаңартуға жұмсалатын шығындарды тарифке енгізуге*

басымдық беру негізінде ҚР денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыруды ЭЫДҰ стандарттарына дейін жеткізумен сүйемелденетін болады.

МӘМС жүйесін дамыту шеңберінде Медициналық әлеуметтік сақтандыру қоры (МӘСҚ) құрылатын болады, ол жүйеге қатысушылардан түсетін міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру аударымдары мен жарналарын шоғырландырады және медициналық қызмет көрсету үшін бірыңғай төлеуші ретінде танылады.

ТМККК және МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге рұқсат етуді реттеу тетіктері жетілдіріледі. Медициналық көрсетілетін қызметтерді берушілер меншік нысанына қарамастан МӘМС жүйесіне қатысу мүмкіндігіне ие болады. Шарт жасасу үшін медициналық қызмет берушілерді іріктеу көрсетілетін медициналық көмектің қолжетімділігі, сапасы мен тиімділігі өлшемшарттары ескеріле отырып жүзеге асырылады.

Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорына аударымдар мен жарналарды есепке алу және оларға мониторингтеу енгізілетін болады.

Медициналық қызметтерді тұтынуды төмендетуге уәждеу үшін бірлесіп ақы төлеуді енгізу қажеттілігі зерделенеді, бірақ халық үшін аурулардың қаржылық ауыртпалығы айтарлықтай ұлғайтылмайды.

Жоғарыда аталған іс-шаралар халықпен және медициналық қызметкерлермен белсенді ақпараттық-түсіндіру жұмысын жүргізу арқылы сүйемелденеді. Халықпен қайтымды байланыс тетіктері, оның ішінде МӘСҚ-тың құрылымдық бірлігі нысанында не одан тыс тұрғындардың өтініштерін еңдеу жөніндегі бөлім құрылатын болады. Тұрақты негізде МӘМС жүйесі қызметінің тиімділігіне мониторинг және бағалау жүргізіледі. Жария есептілік практикасын енгізу денсаулық сақтау жүйесінің ашықтығын арттыруға мүмкіндік береді.

5.5.2. Тарифтік саясатты жетілдіру

Өртүрлі медициналық қызмет берушілермен өзара қарым-қатынастағы анық және айқын тарифтік және келісімшарттық саясат МӘМС тиімді қызметінің негізі болады.

Айқындық, әлеуметтік бағдарлану, бірыңғай инвестициялық саясат пен шығындарды басқару тетіктерінің негізінде тарифтік саясатты жоспарлау, қалыптастыру және іске асыру тетіктері жетілдіріледі.

Амбулаториялық деңгейде ынталандырушы компоненттері бар жанбасылық қаржыландыру жүйесі дамытылады, пациенттердің мүддесі үшін медициналық қызметтердің кешенділігі мен сабақтастығын қамтамасыз ету үшін қызметтердің құрама тарифтерін қалыптастыру зерделенеді.

Енгізілетін ауруларды басқару тұжырымдамасының шеңберінде кейбір жағдайларда, әсіресе, қымбат тұратын диагностика және емдеу технологияларын қолдану жағдайларында медициналық көмек көрсетудің МСАК-тан бастап стационарлық емдеуге және кейіннен оңалтуға дейінгі барлық деңгейлерін біріктіретін тарифтер де қаралатын болады.

Стационарлық деңгейде оларды есептеудің халықаралық практикасы ескеріле отырып, клиникалық-шығынды топтар негізінде тарифтер де жетілдіріледі.

Кезең-кезеңімен шығыстарды есепке алуды ақпараттандыру және электрондық аурулар тарихтарын енгізу негізінде медициналық ұйымдарда шығындардың мониторинг жүйесі енгізілетін болады. Бұл іс жүзіндегі шығындардың негізінде тарифтік саясаттың айқындылығы мен тиімділігін едәуір арттыруға мүмкіндік береді.

МӘМС қызметтерін көрсетуге қатысатын денсаулық сақтау субъектілерінің

қаржылық орнықтылығын арттыру мақсатында медициналық қызметтер тарифтеріне негізгі қаражатты жаңартуға жұмсалатын шығыстар кезең-кезеңімен енгізіледі*. Бұл жеке инвестициялар тарту және МЖӘ дамыту үшін сектордың тартымдылығын арттырады.

Тарифтерді әзірлеу және бекіту процесі нарық өкілдерін, медициналық көрсетілетін қызметтерді берушілерді, жұртшылықты тарту арқылы айқын болады.

МӘМС енгізу тұтынылатын медициналық қызметтердің көлемін бақылау мен басқарудың неғұрлым тиімді және айқын тетіктерін әзірлеуді және енгізуді қажет етеді. Жергілікті атқарушы органдармен бірге стационарлық медициналық қызметтердің жалпы төсек қорының негізсіз есуіне жол бермеу саясаты жалғастырылады.

Тарифтік саясат жеке инвестицияларды және МЖӘ-ні ынталандыруға бағытталатын болады. Осы мақсатта медициналық көрсетілетін қызметтерге тарифтер қалыптастыру әдістері зерттеліп және ұсынылатын болады.

Бұл ретте, азаматтардың медициналық көрсетілетін қызметтерді берушілерді еркін таңдауы нарықтық қағидаттарының негізінде МӘМС шеңберінде медициналық көрсетілетін қызметтердің көлемдерін жоспарлау және бақылау тетіктері жетілдіріледі.

5.5.3. Денсаулықты сақтау мен нығайтуда жергілікті атқарушы органдардың рөлін арттыру

Мемлекеттік басқаруды орталықтан алу процестері, жергілікті атқарушы органдардың (бұдан әрі - ЖАО) рөлін арттыру халық денсаулығын сақтау және нығайту мәселелерін шешуде жергілікті мемлекеттік басқару органдарының қатысуымен тікелей байланысты.

Осыған орай, ЖАО-мен бірлесіп мыналар:

- 1) жергілікті атқарушы органдар деңгейінде халық денсаулығын сақтау мен нығайту саласындағы өңірлік басымдықтар және жергілікті әлеуметтік бағдарламаларды іске асыру үшін қосымша қаржыландыру көздері;
- 2) сыртқы орта факторлары мен мінез-құлықтық қатерлердің халық денсаулығына зиянды әсерінің профилактикасына және оны төмендетуге бағытталған кешенді шараларды іске асыру бойынша тиімді сектораралық өзара іс-қимылды дамытуда ЖАО-лардың рөлі мен міндеттері;
- 3) өңірлік денсаулық сақтау инфрақұрылымын дамытуға қажеттіктер, оның ішінде мемлекеттік денсаулық сақтау объектілерінің күрделі инвестицияларға мұқтаждығы;
- 4) жергілікті бюджеттерде денсаулық сақтау объектілерінің желілерін, оның ішінде МЖӘ тетіктері бойынша дамытуға және күтіп ұстауға жеткілікті қаражат жоспарлау және бөлу;
- 5) өңірлік денсаулық сақтау жүйелерінің адами ресурстарға қажеттілігі, сондай-ақ өңірлік адами ресурстарды басқару саясатын, оның ішінде жоғары және орта білімі бар медициналық қызметкерлерді даярлау және қайта даярлау үшін ЖАО-лардың ынтымақты жауапкершілігі тетіктерін әзірлеу және іске асыру;
- 6) жергілікті деңгейде тиісті қаржыландыру көздерімен денсаулық сақтау қызметкерлерін қолдау үшін әлеуметтік, қаржылық және материалдық ынталандыруды енгізу;
- 7) өңірлік деңгейде медициналық ұйымдарда корпоративтік басқаруды енгізу негізінде жергілікті атқарушы органдардың саланы басқарудағы рөлін

күшейту;

8) денсаулық сақтау ұйымдарының басшылары – менеджерлерді қатаң түрде олардың кәсіби құзыреттілігіне, жұмыс тәжірибесіне, басқарудағы практикалық дағдыларына сәйкес тағайындаудың бірыңғай қағидаларын енгізу;

9) ведомстволық тиесілігіне және қаржыландыру көздеріне қарамастан, өңірлік денсаулық сақтау ұйымдарының өңір халқының денсаулық көрсеткіштері үшін ортақ жауапкершілігін белгілеу.

5.5.4. Денсаулық сақтау жүйесіндегі көшбасшылықты және заманауи менеджментті дамыту

Қазіргі заманғы жағдайларда мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарын басқару тиімділігін одан әрі арттырудың нормативтік құқықтық негізі осы ұйымдардың операциялық дербестігін дамыту болмақ.

Бұл медициналық ұйымдардың менеджерлері мен қызметкерлерінің өндірісті тұрақты дамытуға және қызметтер сапасын арттыруға прогрессивті уәдемесін қалыптастыруға мүмкіндік береді.

Мемлекеттік кәсіпорындар алған табысын ұйымның өзін дамытуға жұмсау мүмкіндігі қаралатын болады.

Байқау кеңестерінің өкілеттіліктерін кеңейту және алқалы басқару органдарын (басқарма) енгізу жолымен денсаулық сақтау саласындағы корпоративтік басқару жүйесін жетілдіру жөнінде ұсынымдар әзірленеді.

Бұдан басқа, медициналық ұйымдарды басқаруды жетілдіру және денсаулық сақтау инфрақұрылымын дамыту мақсатында медициналық ұйымдарды бейіндері бойынша біріктіру жолымен оңтайландыру, сондай-ақ жоғары оқу орындарының корпоративті басқаруға қатысуы арқылы университеттік клиникалар құру көзделіп отыр.

Денсаулық сақтау саласындағы басқару тетіктерін одан әрі жетілдіру шеңберінде басшыларға қойылатын жаңа функциялық және біліктілік талаптарын әзірлеу және енгізу, клиника менеджментінің оқуын, оның ішінде MBA бағдарламалары бойынша ынталандыру және қолдау негізінде көшбасшылықты және кәсіби менеджмент дағдыларын дамыту жөнінде шаралар қабылданатын болады.

Барлық мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдары үшін кезең-кезеңімен барлық басқару буыны қызметкерлері үшін денсаулық сақтау менеджері сертификатының болуы жөніндегі міндетті біліктілік талабы енгізіледі.

Нәтижеліліктің түйінді көрсеткіштерін (НТК) белгілеу және оған қол жеткізу негізінде басқарушы аппаратты ынталандыру мен еңбегіне ақы төлеудің заманауи тетіктерін (бонустық жүйені) енгізу әдістемесі әзірленеді.

Басқарудың шығындық тиімділігін арттыру үшін амбулаториялық және стационарлық ұйымдарда қазіргі заманғы ресурс үнемдегіш технологияларды: операциялық менеджмент технологиясын, үнемді өндіріс технологиясын (Lean), оңтайлы қаржыландыру тетіктерін, инновациялық медициналық және медициналық емес технологияларды кезең-кезеңімен енгізу көзделеді.

МЖӨ негізінде клиникалық, параклиникалық және медициналық емес қызметтердің, оның ішінде зертханалардың, радиологиялық қызметтердің, жекелеген клиникалық сервистердің (тамырларды катетерлеу зертханалары, гемодиализ және т.б.) аутсорсингі бағдарламалары әзірленеді. Бұл ретте, аутсорсинг қызметтері үшін ақы төлеу осы қызметтер сапасының индикаторлары негізінде жүзеге асырылатын болады.

Госпиталдық ақпараттық жүйелерді енгізу шеңберінде бөлімшелер деңгейінде, ал кейін – әр пациент деңгейінде шығындарды бөлек есепке алуды жүргізу үшін тиімді ақпараттық технологиялар мен бағдарламалар енгізіледі.

Медицина индустриясы нарықтарының жаһандануы, Қазақстанның өңірлік және жаһандық экономикалық одақтарға (БЭК, ШЫҰ және т.б) интеграциялануы жағдайларында еліміздің және өңірдің денсаулық сақтау макроэкономикасының дамуы жөнінде талдамалық зерттеулер жүргізіліп, болжамдар мен ұсынымдар әзірленеді.

Медициналық туризмді, шетелде емделуді және отандық денсаулық сақтау ұйымдарының медициналық қызметтерді экспорттауын мемлекеттік қолдау және дамыту шаралары әзірленеді.

5.6. Денсаулық сақтау саласындағы адами ресурстарды басқарудың тиімділігін арттыру

5.6.1. Адами ресурстарды стратегиялық басқару

Денсаулық сақтау жүйесіндегі еңбек нарығын мемлекеттік реттеу медициналық қызметкерлерді сапалы дайындау және халықтың мұқтаждықтарына сәйкес барабар бөлу мақсатында адами ресурстарды басқару жөніндегі бірыңғай саясат пен бағдарламаларды әзірлеуге және іске асыруға құрылатын болады.

Денсаулық сақтау жүйесінің орнықты дамуын қамтамасыз ету мақсатында саланың адами ресурстарын стратегиялық басқару (АРБ) жүзеге асырылады. Бұл АРБ бағдарламаларын саланы дамытудың стратегиялық мақсаттарымен: қоғамдық денсаулық сақтауды дамытумен, денсаулық сақтаудың МСАК басымдығының негізінде халық мұқтаждықтарының айналасына интеграциялануымен, медициналық және фармацевтикалық білім беруді жаңғыртумен, инновацияларды және медициналық ғылымды дамытумен үйлестіруді көздейді.

Денсаулық сақтаудың кадр ресурстарының қажеттіктерін айқындау, есепке алу және жоспарлау жүйесі жетілдіріледі, денсаулық сақтау саласының кадрлық ресурстарының тиімділігі мен қолжетімділігі жақсартылады, білім мен дағдыларды тәуелсіз бағалау жүйесі дамытылады.

Мыналар:

- 1) қажетті адами ресурстардың болуы (қолжетімділігі);
- 2) қызметкерлердің тиісті құзыреті;
- 3) адами ресурстардың халықтың сұрауларына ықыластылығы;
- 4) адами ресурстардың өнімділігі АРБ-ның негізгі қағидаттары ретінде айқындалуға тиіс.

Осы қағидаттарға сәйкес АРБ-ның ұлттық, өңірлік және корпоративтік саясаттары мен бағдарламалары әзірленіп, енгізіледі. Олар басқарудың мынадай кезеңдеріне негізделеді:

1. Адами ресурстарға қажеттікті жоспарлау.

Саланың адами ресурстармен сандық және сапалық қамтамасыз етілуін талдау, саладағы еңбек нарығын талдау және бағалау тұрақты негізде жүргізілетін болады.

Кейіннен денсаулық сақтаудың тиісті деңгейлеріндегі АР-ға жалпы қажеттілік, сондай-ақ саланың, өңірдің және ұйымның даму стратегиясына сәйкес қажетті мамандықтар мен біліктіліктердің құрылымы (дәрігерлер, мейіргерлер, кіші медициналық персонал, әкімшілік қызметкерлер, медициналық инженерлер және т.с.с.) айқындалатын болады.

Бұл ретте басымдық ескірген штаттық нормативтер мен стандарттарды қолдану қажеттілігінен қолданылатын технологияларға, стандартталған операциялық емшараларға және пациенттің қажеттіліктеріне сәйкес адами ресурстар мен еңбек шығындарын икемді жоспарлау мүмкіндігіне қарай ауысатын болады.

Персоналдың функциялық міндеттері мен оларға қойылатын біліктілік талаптарын айқындау тәсілдері қайта қаралады: шамадан тыс нақтылаудың орнына жалпы талаптарға сай болу қажеттілігі мен үйрену және жаңа технологиялары мен стандарттары бар еңбектің құбылмалы сыртқы жағдайларына сәйкес жаңа құзыреттерді дамыту қабілетіне көңіл аударылатын болады.

Атап айтқанда, медициналық көмекті ұйымдастырудың интеграцияланған моделін енгізу шеңберінде алғашқы буын қызметкерлерінің лауазымдық нұсқаулықтары қайта қаралатын болады. Ұлттық және өңірлік АРБ саясаттарында ЖПД мен мейіргерлердің рөлін арттыру, жекелеген денсаулық сақтау қызметтері (мысалы, қоғамдық денсаулық сақтау, медициналық оңалу қызметтері және т.б.) қызметкерлерінің функционалын кеңейту көзделеді.

Тұтастай алғанда, орта медициналық персоналдың білім беру және қайта даярлау стандарттарын өзгертумен қатар, олардың құзыреттерін кезең-кезеңімен кеңейту жүзеге асырылады.

Қажетті дағдылардың ең аз көлемін міндетті меңгеруді қоса алғанда, техникалық және кіші медициналық персоналдың даярлығы мен құзыреттерінің ең төменгі деңгейіне қойылатын нақты талаптар әзірленеді (мысалы, міндетті түрде алғашқы медициналық көмек көрсету дағдыларын меңгеру).

2. Қызметкерлерді жалдау.

Кадрларды, ең алдымен - басқарушы буын, басқару және қаржылық аппараттың қызметкерлерін конкурстық және алқалы негізде іздеу мен іріктеу қағидаты кезең-кезеңімен енгізілетін болады.

3. Еңбек өнімділігін арттыру.

Медицина ұйымдарында, әсіресе, жас мамандар үшін бейімдеу және менторлық (қамқорлық) қағидаттары мен тетіктері әзірленетін болады.

Нарық қағидаттарын, тариф қалыптастыру кезінде еңбек шығындары құнының барабар бағалануын, нәтижеліліктің нысаналы көрсеткіштеріне қол жеткізуге бағдарлануды ескере отырып, денсаулық сақтау жүйесі қызметкерлерін, оның ішінде санитариялық-эпидемиологиялық бейін мамандарын ынталандыру және еңбекақы төлеу, денсаулық сақтау жүйесі қызметкерлеріне, оның ішінде санитариялық-эпидемиологиялық бейін мамандарына, әсіресе ауылдық жерлердегі жас мамандарға әлеуметтік қолдау шараларын ұсыну тетіктері жетілдіріледі.

Материалдық емес ынталандыру ретінде түрлі тетіктерді: жұмыс берушінің есебінен оқу мүмкіндігін беру, үздіксіз мансаптық және кәсіби тұрғыдан өсуді қамтамасыз ету, қолайлы ұйымдық мәдениетті, жұмыс орындарының қауіпсіздігі мен жайлылығын қолдау белсенді түрде қолданылады.

Денсаулық сақтау жүйесі мамандарын үздіксіз кәсіби дамыту жүйесі жетілдіріліп, дамытылады, ол ұйымдардың стратегиялық даму мақсаттарымен интеграцияланып, барабар қаржыландырумен қамтамасыз етіледі.

Осы мақсатта медициналық қызметкерлердің құзыреттерін тәуелсіз бағалау жүйесімен өзара тығыз байланыста үздіксіз кәсіптік білім беру стандарттары әзірленетін болады.

4. Көші-қон, қайта бейіндеу.

АР дамуын тұрақты түрде мониторингтеу, болжау және жоспарлау негізінде қажет мамандықтар мен қызметтер бойынша кадрларды қайта бейіндеуді және қайта бөлуді мемлекеттік қолдау, оның ішінде жаңа құзыреттерге тегін оқыту,

басқа да материалдық және материалдық емес ынталандыру шаралары іске асырылады.

Жергілікті және өңірлік еңбек ресурстары нарықтарындағы медициналық қызметкерлердің көші-қонын басқару тетіктері енгізіледі.

Өңірлік және жаһандық экономикалық интеграция процестерін ескере отырып, денсаулық сақтау саласында отандық еңбек нарығына шетелдік жұмыс күшін тарту қағидалары мен тәртібі, оның ішінде өте тапшы мамандықтар бойынша шетелдік мамандар тартуды оңайлату шаралары жетілдіріледі.

5. Денсаулықты нығайту, қауіпсіздік және зейнетке шығу.

Медициналық қызметкерлердің қолайлы және қауіпсіз еңбек жағдайларын қамтамасыз ету жөніндегі шаралар кешені әзірленеді.

6. Мониторинг және болжау.

Денсаулық сақтау саласындағы еңбек нарығы мен адами ресурстардың дамуына тиімді мониторинг жүргізу және болжауды қамтамасыз ету, кадрлар даярлауды басқару мен жоспарлаудың заманауи әдістерін енгізу мақсатында міндеттерінің аясы кең институционалдық негіз ретінде Денсаулық сақтау саласының кадрлар ресурстарының ұлттық обсерваториясын одан әрі дамыту қамтамасыз етіледі.

Денсаулық сақтаудың кадр ресурстарының кәсіптік тіркелімі әзірленетін болады.

5.6.2. Медициналық білім беруді жаңғырту

Денсаулық сақтау жүйесінің кадрлар ресурстарын үздіксіз кәсіби дамыту жүйесінің негізі Ұлттық біліктілік шеңбері болмақ. Оны қалыптастыру мыналарды көздейді:

1) медициналық және фармацевтикалық білім беру ұйымдарына талапкерлерді іріктеу және қабылдау тәсілдерін жетілдіру;

2) Еуропалық біліктіліктерді тану директиваларына сәйкес медициналық және фармацевтикалық мамандықтар тізбесін оңтайландыру, денсаулық сақтау саласының кадр ресурстары жөніндегі статистиканы қалыптастыру қағидастары мен тетіктерін қайта қарау;

3) практикалық денсаулық сақтау ұйымдарының, дәрігерлер қауымдастығының, ғылыми ұйымдардың қатысуымен түлектер мен жұмыс істейтін мамандардың біліктілік деңгейін регламенттейтін денсаулық сақтау саласындағы кәсіптік стандарттарды әзірлеу;

4) құзыреттілік тәсіліне және кәсіптік стандарттарға негізделген интеграцияланған үлгінің негізінде денсаулық сақтау кадрларын базалық даярлаудың білім беру бағдарламаларын енгізу;

5) кәсіптік стандарттарға сәйкес резидентура бағдарламаларын жетілдіру;

6) кәсіптік стандарттарға сәйкес және халықаралық тәсілдерді (Maintenance of Certification рәсімі) енгізудің негізінде әрбір мамандық пен біліктілік деңгейі үшін біріздендірілген сертификаттау курстарын әзірлеу және енгізу;

7) фармация саласында дипломға дейінгі және дипломнан кейінгі дайындық бағдарламаларын жетілдіру, бұл дәрілік заттардың, оның ішінде биологиялық препараттардың өндірісі және сапасын бақылау саласындағы фармацевтикалық кадрлардың, сондай-ақ фармацевтикалық нарықты реттеу саласындағы мамандардың біліктілік деңгейін көтеруге мүмкіндік береді.

Түлектердің теориялық білімі мен практикалық дағдыларының деңгейін

бағалау үшін кәсіптік стандарттар мен үздік халықаралық тәжірибеге негізделген құзыреттерді тәуелсіз бағалау жүйесі енгізіледі.

Медициналық және мейіргерлік білім беруді одан әрі дамыту клиникалық тәжірибенің, медициналық білім мен ғылыми қызметтің ұштұғырлығын көздейді, ол мыналарды:

- 1) стратегиялық мақсаттар мен міндеттердің біртұтастығы негізінде академиялық және өндірістік процестерді тиімді басқаруды;
- 2) университеттік клиникалар жағдайында заманауи теориялық білім мен нақты практикалық дағдыларды игерудің негізінде сапалы медициналық білім беруді;
- 3) озық технологиялар мен ғылыми әзірлемелерге қолжетімділік негізінде медициналық көмектің сапасын орнықты көтеруді;
- 4) нәтижелерін дереу практикалық денсаулық сақтауға трансферттей отырып, өзекті ғылыми зерттеулер жүргізуге арналған ауқымды клиникалық және зертханалық базаларды;

5) ресурстарды интеграциялау және бірлесіп пайдалану негізінде жүйелердің қаржылық орнықтылығы мен тиімділігін арттыруды қамтамасыз етеді.

Осы мақсатта медициналық қызметтер мен кадр даярлаудың толық оралымы қағидаты бойынша ғылыми ұйымдардың, медициналық ЖОО-ның, стационарлық және амбулаториялық ұйымдардың функциялық (консорциумдар) және ұйымдастырушылық (холдингтер) бірігуінің негізінде интеграцияланған академиялық медицина орталықтарын (университеттік клиникаларды) дамыту тұжырымдамасы әзірленеді. Жаңа клиникалық базалар мен университеттік клиникаларды құру халықаралық жетекші университеттермен және медициналық ұйымдармен стратегиялық әріптестікте жүзеге асырылады. Академиялық процеске шетелдің жетекші мамандарын, басшыларын (менеджерлерді), ғалымдары мен оқытушыларын тарту тәжірибесі кеңінен дамытылады.

Бұдан басқа, білім беру және ғылыми ізденістер процестеріне практиканың үздік мамандары ынталы түрде тартылып, ғылыми қызметкерлер мен оқытушылар практикалық жұмыс жасау және клиникалық зерттеулер жүргізу мүмкіндігін алады. Бұл дәрігер кадрларды (дәрігер, оқытушы, ғалым – бәрі бір тұлғада) ұтымды пайдалануға, кадрлардың жоғары материалдық және кәсіби ынтасын қамтамасыз етуге мүмкіндік береді және бүгінгі күні әлемдік денсаулық сақтаудағы кәсіби дамудың үздік стандарты болып табылатын медицина кадрларын ғылыми-педагогикалық мансаптық дамыту үлгісін қалыптастырады.

Қазақстан Республикасы ЖОО-лары мен колледждерінің мейіргерлік іс оқытушылары үшін Мейіргерлік іс бойынша магистрдің қазақстандық дипломы және ЖАМК (Финляндия) университетінің Master of Health дипломы берілетін бірлескен Қазақстан-фин ғылыми-педагогикалық магистратурасы енгізілетін болады.

«Назарбаев Университеті» ДБҰ-ның Жоғары білім мектебінің білім беру бағдарламасы бойынша медициналық және фармацевтикалық ЖОО-лардың менеджерлері мен оқытушыларының әлеуеті арттырылады.

Білім мен дағдыларды айқын және тиімді бақылау, оқу және ғылыми ақпараттық базаны шектеусіз кеңейту мүмкіндігімен онлайн сервистер, кітапханалар, дәрісханалар, студенттер мен оқытушылар құрамының жеке электрондық аккаунттарын құра отырып, оны толық ақпараттандыру медициналық білім беруді одан әрі дамытудың міндетті шарты болады. Қайта даярлау және біліктілікті арттыру үшін ЖОО орналасқан жерлерде ұзақ уақыт болу мүмкіндігі жоқ мамандар үшін өңірлерде білім беру жүйесіндегі қашықтықтан оқыту технологиялары енгізіледі.

Медициналық білім беру бағдарламаларын жетілдіру шеңберінде студенттердің заманауи әдептілік стандарттарын, коммуникациялық дағдыларды, білім алу және оны сақтап қалу үшін жеткілікті деңгейде ағылшын тілін міндетті түрде меңгеруін кезең-кезеңімен енгізу қамтамасыз етіледі.

ОМҚ оқыту МСАК басымдығын, оның көпфункционалылығы мен әмбебаптығын ескере отырып жүргізіледі. ОМҚ оқыту стандарттары да әзірленген кәсіптік стандарттарға сәйкестендірілетін болады.

Медициналық ЖОО-ның дербестігін кеңейту, университет инфрақұрылымын салу мен реконструкциялау кезінде мемлекеттік-жекешелік әріптестікті дамыту, корпоративті басқарудың үздік қағидаттарын енгізу жөніндегі шаралар білім беруді басқару тиімділігін арттырудың негізі болады.

5.6.3. Инновациялар мен медицина ғылымын дамыту

Халық денсаулығын сақтау және нығайту жөніндегі қойылған стратегиялық мақсаттардың негізінде осы Бағдарламаны іске асыру шеңберінде 2020 жылға дейінгі кезеңге медицина ғылымын дамытудың басым бағыттары айқындалатын болады.

Отандық медицина ғылымын дамытудың бірінші кезекті міндеті - әлемдік озық стандарттар мен тұжырымдамалар трансфертінің негізінде оның әдіснамалық тәсілдерін жаңғырту болмақ. Осы мақсатпен отандық ғылыми-зерттеу бағдарламалары мен жобалардың халықаралық бағдарламалармен және жобалармен интеграциясына баса назар аударылатын болады, отандық жобалардың халықаралық көп орталықты зерттеулер бағдарламаларына тартылуы ынталандырылады.

Перспективалы және бәсекеге қабілетті ғылыми-зерттеу жобаларын, оның ішінде стартап жобалар, инновациялық гранттар, венчурлік қордың қаржыландыруы нысанында мемлекеттік қолдау шараларын, оның ішінде қаржылай көмекті іске асыру жалғасады.

Ғылыми құзыреттерді дамыту, стратегиялық басым бағыттар бойынша оқыту мен ғылыми тағылымдамалардың орта мерзімді бағдарламасы әзірленеді. Ғылыми кадрлармен алмасу дамытылады және ғылыми жұмыстың халықаралық стандарттарына үйретуде, оның ішінде зерттеулердің дизайны мен әдіснамасын жасауда, ғылыми еңбектерді рәсімдеуде көмек көрсетіледі.

Ғылыми кадрлар тапшылығы жағдайында ғылыми мектепті дамыту:

1) ғылыми кадрларды дайындау мамандықтары мен бағыттарының санын көбейтуге;

2) білім және ғылым ұйымдарына дарынды мамандарды тартудың, оларды ғылыми зерттеулер жүргізуге ынталандырудың әлеуметтік-экономикалық тетіктерінің кешенді жүйесін құруға негізделеді.

Бұдан басқа, 2018 жылдан бастап отандық жетекші медициналық ЖОО-лар мен ғылыми ұйымдардың базасында пост-докторантура бағдарламаларын енгізу мәселесі пысықталатын болады.

Ғылыми құзыреттерді және әлемдік технологиялар трансфертін дамыту шеңберінде медициналық қызметкерлердің кәсіптік және ғылыми қоғамдастығын, кәсіптік бірлестіктер мен қауымдастықтарды дамытуды қолдау, сондай-ақ медициналық ғылым мен білімді дамытудағы олардың рөлін жоғарылату қамтамасыз етіледі.

Ғылыми-зерттеу жобалары мен бағдарламаларын барабар, тұрақты және ашық қаржыландыру қамтамасыз етіледі. Осы мақсатта жекелеген ғылыми зерттеулерді қаржыландыруды бағдарламалық-нысаналы және негізгі қаржыландырудан ғылыми-зерттеу қызметін тек гранттар негізінде қаржыландыруға кезең-кезеңімен

ауыстыру жүзеге асырылады. Бұл ретте, ғылыми қызметкерлердің мүддесі үшін қаржыландыру мен есептіліктің анықтығы және қарапайымдылығы қамтамасыз етіледі.

Ғылыми зерттеулер мен жобалардың да, ғылыми ұйымдардың да менеджментінің тиімділігін арттыру бойынша жұмыстар жалғасады. Әлемдік жетекші елдердің тәжірибесі бойынша медицина және фармацевтика ғылымының дамуы университеттер айналасына шоғырланады. Осы мақсатта ресурстарды (ғимараттарды, жабдықтарды, адами ресурстарды және өзгелерін) бірлесіп пайдалану үшін ғылыми, білім беру және медициналық ұйымдардың интеграциялануы ынталандырылады.

Ұжымдық пайдалану зертханаларын, клиникаға дейінгі және клиникалық зерттеулер жүргізу үшін ғылыми зертханалар мен базалардың материалдық-техникалық базасын нығайтуды одан әрі дамыту қамтамасыз етіледі. Медициналық технологиялардың клиникалық сынақтарының орналасуын жүйелі қолдау және ынталандыру жүзеге асырылады.

Халықаралық рецензияланатын басылымдардағы жарияланымдар көлемі, қазақстандық авторлардың жұмыстарынан үзінді келтіру саны, патенттеу көлемі және алынған нәтижелерді коммерциялау мен практикалық денсаулық сақтауға енгізу деңгейі ғылыми зерттеулердің бәсекеге қабілеттілігінің интегралдық көрсеткіштері болады.

Отандық медицина ғылымының деңгейін бағалау және сапасын арттыру мақсатында жыл сайын еліміздің ғылыми ұйымдарының Ұлттық рейтингі жарияланатын болады, бұл олардың ашықтығы мен бәсекеге қабілеттілігін жоғарылатуға мүмкіндік береді.

5.7. Мемлекеттік-жекешелік әріптестік және қазіргі заманғы ақпараттық-коммуникациялық технологиялар негізінде денсаулық сақтау инфрақұрылымын одан әрі дамытуды қамтамасыз ету

5.7.1. Денсаулық сақтау ұйымдарының желісін жетілдіру

Денсаулық сақтау жүйесін одан әрі реформалау халықтың қолжетімді, толыққанды, сапалы медициналық көрсетілетін қызметтерге мұқтаждығына икемді жауап беретін инфрақұрылымды қалыптастыруға негізделетін болады.

Тік және көлбеу интеграция мен медицина ұйымдарының бірігуі жолымен мемлекеттік денсаулық сақтау инфрақұрылымын оңтайландыру жүргізіледі.

Көлбеу интеграция қызметтердің сабақтастығын, толықтығын және сапасын арттыруға мүмкіндік береді (мәселен, аудандық аурухана мен емхананың бірігуі, бір бейінді клиникалардың көп бейінділермен бірігуі). Тік интеграция басқаруға икемділікті және тиімділікті көтеруге мүмкіндік береді (мәселен, облыстық және аудандық туберкулезге қарсы диспансерлердің бірігуі).

ЖОО мен ғылыми орталықтарды қоса алғанда, облыстық және республикалық ұйымдар деңгейінде «Назарбаев Университеті» ДБҰ тәжірибесі бойынша кезең-

кезеңімен дербес денсаулық сақтау ұйымдарына (ДДСҰ) трансформациялау мүмкіндігі қаралады.

Университеттік клиникаларды дамыту үшін стратегиялық әріптестер: шетелдік жетекші университеттер мен медицина орталықтары, оның ішінде сенімгерлікпен басқару негізінде тартылатын болады.

Тұтастай алғанда, мемлекеттік инфрақұрылымдарды оңтайландыру шеңберінде ауруханалық секторда тиімсіз пайдаланылып отырған ресурстарды босату мен қайта бөлуге басты назар аударылады, ол мыналарды көздейді:

1) емдеу-диагностикалық процестерін оңтайландыру, менеджменті жақсарту және тиімсіз жұмыс істейтін нысандар мен бөлімшелерді халықтың сұранысына ие медициналық қызметтерді (МСАК, оңалту, паллиативті көмек және өзгелерін) көрсету үшін трансформациялау; бұл ретте, халықтың денсаулығын сақтау мақсатында ескірген стандарттар мен желі нормативтерін қолданудан алшақтау қажет;

2) жоғары білікті мамандар мен күрделі технологиялық жабдықты қажетсізбейтін кейбір медициналық қызметтерді көрсетуді орталықтан алу; мұндай технологияларды трансферттеу және тиісті медициналық көмекті пациенттің тұрғылықты жеріне жақын орналасқан денсаулық сақтау ұйымдарында көрсету қажет;

3) ауданаралық, облыстық және республикалық деңгейлерде мамандандырылған орталықтар құра отырып, күрделі технологияларды және біліктілігі жоғары арнаулы мамандардың құзыреттерін талап ететін денсаулық сақтау қызметтерін орталықтандыру; бұл ретте жоғары технологиялық қызметтер көрсететін және бейінді бағыттар бойынша денсаулық сақтау ұйымдарының қызметін үйлестіретін ұйымдардың рөлі мен жауапкершілігін көтеру бойынша шаралар қабылданады.

Осы шараларды іске асыру емдеу қарқындылығына қарай төсек қорын саралауды және басқаруды және, тиісінше, амбулаториялық, стационарды алмастыратын, стационарлық және оңалту медициналық көмегін үйлесімді дамытуды қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Стратегиялық даму мақсаттарының, денсаулық сақтау объектілерін жобалаудың, салудың, жарақтандырудың халықаралық стандарттарын бейімдеудің және медициналық көрсетілетін қызметтер сапасын қамтамасыз етудің негізінде денсаулық сақтау жүйесінің біртұтас инфрақұрылымын дамытуға ұзақ мерзімді қажеттілікті айқындау бойынша жұмыс жалғасады.

Осы мақсатта денсаулық сақтау саласының инфрақұрылымын дамытудың өңірлердің ерекшелігін және тұрғындардың медициналық көмектің нақты түрлеріне мұқтаждығын ескеретін, өңірлер мен медициналық көмек көрсету деңгейлері бойынша бірыңғай перспективалық жоспар (шеберлік-жоспары) пысықталып, бекітіледі. Оның негізі бірыңғай құрылымға сай болатын, денсаулық сақтау ұйымдарының қолда бар желісі, жоспарланып отырған қайта құрылымдау (ашу, біріктіру, жабу, қайта бейіндеу) жөніндегі ақпаратты, объектілерге қажеттілікті (қосымша объектілерді салу және орнына салу) және т.б. көрсететін өңірлерді дамыту жоспарлары болады.

Шеберлік-жоспардың негізінде денсаулық сақтау желісін, ең алдымен, жеке инвестицияларды ынталандыру және тарту, МЖӘ-ні басымдықпен дамыту негізінде инвестициялық жоспарлау және дамыту жүзеге асырылады.

Осы мақсатта БҰҰ Еуропалық экономикалық комиссиясының (UNECE) Денсаулық сақтау саласындағы МЖӘ жөніндегі мемлекеттік саясат стандартының ұсынымдары негізінде Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы МЖӘ-нің жол картасы әзірленетін болады.

Мемлекеттік инвестициялар концессия мен МЖӨ қолданысы шектелген, МЖӨ-ні дамыту экономикалық тұрғыдан орынсыз болатын салаларда, сондай-ақ саланың дамуы үшін стратегиялық маңызы бар секторларда (ана болу, туберкулез, АИТВ және т.с.с) денсаулық сақтау желісін дамытуға жоспарланады және бағыттталатын болады.

Жекеше секторды және МЖӨ-ні дамытуды ынталандыру мақсатында МЖӨ жобаларын дайындау мен консультациялық сүйемелдеуді қаржылық қамтамасыз ету шараларының кешені әзірленеді, үлгілік жобалық құжаттарды әзірлеу жүзеге асырылады, тариф қалыптастыру және медициналық қызметтерді тұтыну көлемдерін кепілдендіру, мемлекеттік органдардың шарт бойынша, оның ішінде денсаулық сақтау объектілерінің қолжетімділігі үшін ақы төлеу негізінде ұзақ мерзімді концессиялық міндеттемелер қабылдауы бойынша арнайы нормативтік актілер жасалады.

МЖӨ тетіктері бойынша, оның ішінде мемлекеттік меншік нысандарын сенімгерлікпен басқаруға беру, жекешелендіру, объектілерді концессия үлгісі бойынша салу немесе реконструкциялау негізінде сату үшін объектілердің нақты тізбесі қалыптастырылады.

Бұл ретте МЖӨ-нің мыналарды көздейтін түрлі нысандары іске асырылады:

- 1) ТМҚҚК және МӘМС-ге кіретін бүкіл көрсетілетін қызметтер аясын ұсынуда жекеше медицина ұйымдарының қатысуын кеңейту;
- 2) медициналық және медициналық емес көрсетілетін қызметтердің жекелеген түрлерін (зертханалар, радиология қызметтері, тазалау, тамақтандыру, материалдық және материалдық емес құндылықтарды сатып алу, медициналық техниканы күтіп-ұстау және өзгелерін) ұзақ мерзімді аутсорсингке беру;
- 3) республикалық және жергілікті денсаулық сақтау ұйымдарын жекеше компанияларға, оның ішінде шетелдік компанияларға сенімгерлікпен басқаруға беру;
- 4) мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарын жекешелендіру; бәсекелес ортаға берілетін ұйымдардың, көрсетілетін қызметтердің тізбесі жаңартылады;
- 5) концессияның әртүрлі үлгілері бойынша денсаулық сақтау объектілерін салуға жекеше инвестициялар тарту;
- 6) медициналық техниканың, зертханалық қызметтің және денсаулық сақтаудағы ақпараттық жүйелердің жарақтандырылуын және тиімді жұмыс істеуін қамтамасыз ету үшін жекеше компанияларды тарту.

Бұл ретте мемлекеттік және жекеше көрсетілетін қызметті берушілер үшін тең экономикалық жағдай жасалады.

Сонымен қатар инфрақұрылымды сәтті дамыту және шеберлік-жоспарын іске асыру үшін жекеше медицина ұйымдарын, оның ішінде шетелдік қатысуы бар ұйымдарды мемлекеттік қолдау, олар үшін даму стимулдарын жасау жөнінде жүйелі сектораралық жұмыс жүргізіледі. Бұл шаралар:

- 1) нормативтік құқықтық реттеуді жетілдіруді және денсаулық сақтау саласындағы жеке сектор үшін әкімшілік кедергілерді азайтуды;
- 2) қолжетімді қаржыландыруды, оның ішінде Бизнестің жол картасы 2020, Қазақстан Республикасын индустриялық-инновациялық дамытудың 2015-2019 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасына денсаулық сақтау секторын қосу арқылы қамтамасыз етуді;
- 3) негізгі құралдарды жаңартуға кететін шығыстарды және қымбат медициналық жабдықтың сервисіне жұмсалатын шығындарды қосу арқылы барабар және әділ тарифтік саясатты қамтамасыз етуді қамтиды*.

ЭДНҰ стандарттарының негізінде денсаулық сақтау инфрақұрылымы

стандарттарының (сәулет, инженерлік, технологиялық және т.б.) жаңа жүйесін кешенді әзірлеу және енгізу, сондай-ақ денсаулық сақтау объектілерінің ресурс үнемдеуі, энергия тиімділігі және экологиялығы саласындағы стандарттар жүзеге асырылады.

5.7.2. Жарақтандырудың және медициналық техниканы пайдаланудың тиімділігін арттыру

Денсаулық сақтау ұйымдарын жарақтандырудың, олардың медициналық техниканы пайдалануы мен қалпына келтіруінің тиімді жүйесін құру мынадай кешенді шаралардың жүргізілуін көздейді:

1) медициналық техникаға, жөндеуге және техникалық қызмет көрсетуге қажеттіліктерді жоспарлау жүйесін жетілдіру, ол:

белгілі бір мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдары үшін медициналық техникамен жарақтандырудың үлгілік стандарттарын, медициналық көмекті көрсетуді өңірлендіру есепке ала отырып, әзірлеу мен енгізуді;

медициналық техника үлгісін оңтайлы таңдаудың бірыңғай әдіснамасын және оған техникалық қызмет көрсету бойынша көрсетілетін қызметтерге баға қалыптастыру әдіснамасын әзірлеуді және енгізуді;

бағасын, тиісті мемлекеттік стандарттарға сәйкес келетін техникалық сипаттамаларын, мүмкін болатын барлық жиынтықтарын көрсете отырып, бүкіл тіркелген медициналық техниканың дерекқорын (анықтамалық жүйесін) құруды қамтиды;

2) МЖӘ негізінде орталықтандырылған сатып алу жолымен денсаулық сақтау ұйымдарын медициналық техникамен жарақтандыру бағдарламаларын әзірлеу.

Медициналық және сервистік қызметтер көрсетуге, шығыс материалдарын жеткізуге арналған ұзақ мерзімді келісімшарттардың негізінде жекеше компаниялардың медициналық техниканы жеткізуінің негізінде сервистік МЖӘ тетіктері енгізіледі. Бұл медициналық ұйымдардың инвестициялық бағдарламаларын ұтымды етуге, көрсетілетін қызметтердің сапасын жақсартуға, сондай-ақ сатып алынған техникаға өнім берушілер мен өндірушілер тарапынан тұрақты сервистік қызмет көрсетуді қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Бұл ретте медициналық техниканы сатып алу және оның лизингі функциясын жүзеге асыратын ұйымдар тиісті көрсетілетін қызметтер нарығында конкурстық жолмен анықталатын болады;

3) медициналық техниканы сатып алудың лизингтік жүйелерін дамыту, оның ішінде ұлттық даму институттары арқылы дамыту*. Негізгі құралдарды жаңарту мақсатында медициналық техниканы сатып алудың сервистік және лизингтік моделін дамыту тетігі жетілдірілетін болады.

Медициналық техниканы өндірушіден соңғы тұтынушыға дейін қадағалау үшін деректер базасын жүйелендіру мақсатында бірыңғай Медициналық техниканың ұлттық деректер базасы (өндіруші, тіркелуі, жинағы, құны және т.б. туралы мәліметтер) құрылады;

4) өңірлерде МЖӘ негізінде орталықтандырылған медициналық сервистік қызметтерді және медициналық ұйымдармен ұзақ мерзімді келісімшарттар жасасу негізінде медициналық жабдықтың жұмысқа жарамдылығын қамтамасыз ететін медициналық және техникалық мамандарды үздіксіз оқыту орталықтарын құру;

5) денсаулық сақтау ұйымдарын ресурсты үнемдеуге ынталандыру және уәждеу жүйесін қалыптастыру. Бұл мақсатта негізгі құралдарды жаңартуға

кететін шығыстарды өтеу үшін тарифке шығындарды қоса отырып, медициналық қызметке тарифті айқындау әдістемесі қайта қаралатын болады*;

б) негізгі білімі бар, медициналық техникаға қызмет көрсету жөніндегі инженерлер мен медициналық техниктерді дайындауды қамтамасыз ету, емдеу ұйымдарында медициналық техника жөніндегі сервистік қызметкерлердің штат бірліктерін енгізу.

Бұл ретте, негізгі құралдарды тиімді басқаруға бағытталған бірыңғай амортизациялық саясат әзірленеді, ол кейіннен негізгі құралдарды жаңартуға қайта инвестициялау мақсатында тиісті тарифтік алымдарды шоғырландыру үшін медициналық ұйымдарда амортизациялық қорлар құруды көздейді.

Бұдан басқа, медициналық техника сатып алуды ұзақ мерзімді жоспарлау тетігі енгізіледі және бәсекеге қабілетті отандық өндірушілерді қолдау шаралары көрсетіледі.

Көрсетілген кешенді шаралар медициналық ұйымдарға өздеріне қажетті жабдықты сатып алуға мүмкіндік береді, тікелей сатып алу жүйесінен ұзақ мерзімді лизингтік жүйеге өту орын алады.

5.7.3. Ақпараттық-коммуникациялық технологияларды (АКТ) дамыту

Осы Бағдарламаны іске асыру шеңберінде жүйені пайдаланушылармен өзара тығыз іс-қимыл жасау негізінде жүйенің талап етілетін функционалы бөлігінде бірыңғай стандарттарды, технологиялық ерекшеліктерді және түрлі ақпараттық жүйелердің сипаттамаларын әзірлеу бөлігінде денсаулық сақтау саланы ақпараттандыру дамыту жалғасатын болады.

Белгіленген талаптар мен стандарттарға сәйкес кейіннен денсаулық сақтау саласындағы АКТ нарығына шығу үшін түрлі бағдарламалық өнімдерді электрондық денсаулық сақтау талаптарына сәйкестігі тұрғысынан сертификаттау рәсімі ұйымдастырылады және енгізіледі.

Бұл ретте жекеше сектордың қатысуын кеңейту, МЖӨ және денсаулық сақтау объектілерін жекешелендіруді дамыту шеңберінде денсаулық сақтау ұйымдарына АКТ нарығында госпитальдық және басқа да медициналық ақпараттық жүйелерді таңдау еркіндігі ұсынылатын болады.

МӘМС үшін электрондық денсаулық сақтаудың, салық органдарының, әлеуметтік сақтандыру және әлеуметтік қорғау ұйымдарының ресурстарына негізделген ақпараттық негіз жасалады.

Электрондық денсаулық сақтау ресурстарына қолжетімділік және қажетті ақпараттың тұрақты түрде енгізілуі медициналық және фармацевтикалық қызмет субъектілерін лицензиялау мен аккредиттеу үшін міндетті шарт болады.

Денсаулық сақтау сапасы қызметкерлерінің дипломға дейінгі және дипломнан кейінгі білім беру деңгейінде электрондық денсаулық сақтаудың негіздері бойынша әлеуеттері арттырылатын болады.

Медициналық ақпараттық жүйелердің халықаралық стандарттары негізінде бірыңғай стандартталған талаптар пысықталатын болады, олар барлық клиникалық ақпараттық жүйелер үшін міндетті түрде талап етілетін болады.

МЖӨ негізінде денсаулық сақтаудың жекелеген ұйымдарын, қызметтерін, өңірлік жүйелерін ақпараттандыру жөніндегі инвестициялық жобаларды іске асырудың сервистік үлгісі енгізіледі. Осыны ескере отырып, мемлекеттің атынан орталық және жергілікті атқарушы органдар бюджеттік АТ-жобаларын дайындау және іске асыру мерзімдері ақпараттық технологиялардың даму және

ескіру мерзімдеріне сай келмейтіндіктен, жаһандық және өңірлік ақпараттық жүйелерді құру мен енгізу жөніндегі жобаларға тікелей бюджеттік инвестицияларды жоспарлы түрде азайтатын болады.

Саладағы өндірістік процестерді ақпараттандырудың дәстүрлі тәсілдерімен қатар, пациенттердің денсаулық жағдайын ұтқыр медициналық құрылғылардың көмегімен алыстан автоматтандырылған мониторингтеу секілді инновациялық АКТ енгізуді қолдау жүзеге асырылатын болады.

Медициналық көмектің интеграцияланған үлгісін іске асыру шеңберінде пациенттердің медициналық қызметкерлердің қабылдауына өз бетінше онлайн жазылуы, нақты уақыт режимінде консультация беру және пациенттерді жеке стационарлық компьютерлер мен смартфондарды пайдалана отырып бақылау кезең-кезеңімен енгізіледі.

Кластерлік жүйенің жұмысын басқару және үйлестіру үшін ұлттық телемедицина желісі кеңейтіліп*, қолданыстағы ақпараттық жүйелер шеңберінде ақпараттық технологиялар жетілдіріледі.

Көзделген шараларды сәтті іске асыру және ақпараттық жүйелердің тиімді пайдаланылуын қамтамасыз ету үшін денсаулық сақтау жүйесі мамандарын ақпараттандыру мәселелері жөнінде оқыту бойынша кең ауқымды іс-шаралар іске асырылады.

6. Бағдарламаны іске асыру мерзімдері

Мембағдарламаны іске асыру 2016-2019 жылдарға есептелген және:

- 1) қоғамдық денсаулық сақтау қызметін құруды;
- 2) медициналық-санитариялық алғашқы көмекті басымдықпен дамытуды;
- 3) медициналық көмектің барлық деңгейлерінің интеграциясын дамытуды;
- 4) денсаулық сақтау саласындағы менеджменттің тиімділігін дамытуды, корпоративтік басқару элементтерін енгізуді;
- 5) денсаулық сақтау саласында жекеше секторды және бәсекелестікті әрі қарай дамытуды: денсаулық сақтау объектілерін сенімгерлік басқаруды және жекешелендіруді, жеке отбасылық практиканы дамытуды;
- 6) адами ресурстарды стратегиялық басқаруды дамытуды;
- 7) медициналық білім беруді жаңғыртуды, медицина ғылымын, білім беруді және практиканы интеграциялауды;
- 8) мектеп медицинасын денсаулық сақтау жүйесінде одан әрі дамытуды;
- 9) халықаралық стандарттардың негізінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді жетілдіруді;
- 10) міндетті элеуметтік медициналық сақтандыруды енгізуді;
- 11) мемлекеттің, кәсіптік қоғамдастықтар мен пациенттердің әріптестігі арқылы медициналық көрсетілетін қызметтер сапасын басқару жүйесін дамытуды;
- 12) денсаулық сақтау саласы инфрақұрылымының тиімділігін арттыруды және оңтайландыруды;
- 13) денсаулық сақтау саласындағы ақпараттық технологияларды одан әрі дамытуды көздейді.

7. Қажетті ресурстар

Бағдарламаны іске асыруға 2016-2019 жылдары мемлекеттік бюджет қаражаты, сондай-ақ Қазақстан Республикасының заңнамасында тыйым салынбаған басқа да қаражат бағытталатын болады.

Бағдарламаны іске асыруға жұмсалатын жалпы шығындар 1 969 729 500 мың теңгені құрайды.

Бюджет қаражатынан қаржыландырудың жалпы көлеміне кейіннен МӘС қорының қаражаты қосылады.

Бағдарламаны қаржыландыру көлемі Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес тиісті қаржы жылдарына арналған республикалық және жергілікті бюджеттерді бекіту кезінде және республикалық және жергілікті бюджеттердің, Медициналық әлеуметтік сақтандыру қорының кіріс бөлігі мүмкіндіктері тұрғысынан, сондай-ақ басқа да баламалы көздердің тартылуымен нақтыланатын болады.

Ескертпе:

**- іс-шараларды іске асыру жекеше инвестициялар және басқа да баламалы қаржыландыру көздерін тарту арқылы жүзеге асырылатын болады;*

*** - іс-шараларды іске асыру Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының кіріс бөлігі тұрғысынан жүзеге асырылатын болады.*

Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016 - 2019 годы и внесении дополнения в Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 957 "Об утверждении Перечня государственных программ"

Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176

- [Текст](#)
- Официальная публикация
- [Информация](#)
- [История изменений](#)
- [Ссылки](#)
- [Скачать](#)
- Прочее

Примечание РЦПИ!

Вводится в действие с 01.01.2016.

В соответствии с [Указом](#) Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года» **ПОСТАНОВЛЯЮ:**

1. Утвердить прилагаемую [Государственную программу](#) развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы (далее – Программа) .

2. Правительству Республики Казахстан:
1) в месячный срок разработать и утвердить План мероприятий по реализации Программы по согласованию с Администрацией Президента Республики Казахстан;

2) представлять в Администрацию Президента Республики Казахстан результаты мониторинга и оценки реализации Программы в сроки и порядке, определяемые Указом Президента Республики Казахстан от 4 марта 2010 года № 931 «О некоторых вопросах дальнейшего функционирования Системы государственного планирования в Республике Казахстан».

3. Центральным государственным органам и местным исполнительным органам принять меры по реализации Программы.

4. Внести в Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 957 «Об утверждении Перечня государственных программ» (САПП Республики Казахстан, 2010 г., № 25-26, ст. 185) следующее дополнение:

Перечень государственных программ, утвержденный вышеназванным Указом, дополнить строкой, порядковый номер 13, следующего содержания:

«

13.	Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан	до 15 ноября 2015 года	2016-2019 годы	до 31 декабря 2019 года
-----	---	--	------------------------	----------------	-------------------------

».

5. Контроль за исполнением настоящего Указа возложить на Администрацию Президента Республики Казахстан.

6. Настоящий Указ вводится в действие с 1 января 2016 года.

*Президент
Республики Казахстан*

Н.Назарбаев

УТВЕРЖДЕНА
Указом Президента
Республики Казахстан
от 15 января 2016 года № 176

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 и соответствующие меры

6. Сроки реализации Программы

7. Необходимые ресурсы

1. Паспорт Программы

Наименование программы	Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы (далее – Программа)
Основания для разработки	<u>Указ</u> Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года»; <u>Послание</u> Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства»; <u>Послание</u> Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. народу Казахстана от 11 ноября 2014 года «Нурлы жол – путь в будущее»; <u>Национальный план</u> Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. «100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ»
Государственный орган, ответственный за разработку Программы	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан
Государственные органы, ответственные за реализацию Программы	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, Министерство внутренних дел Республики Казахстан, Министерство 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, акиматы городов Астаны и Алматы, областей
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; повышение эффективности использования ресурсов и совершенствование инфраструктуры отрасли
Сроки	2016-2019 годы

реализации

Целевой индикатор К 2020 году уровень ожидаемой продолжительности жизни достигнет 7 лет

Источники и объемы финансирования На реализацию Программы в 2016-2019 годах будут направлены средства государственного бюджета и фонда обязательного социального медицинского страхования, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан. Общие затраты из государственного бюджета на реализацию Программы составят 1 967 299 500 тыс. тенге.

По годам	Всего	Республиканский бюджет	Местный бюджет	Другие источники (ФСМС, НФ)
2016 г.	128 034 799	92 389 291	34 945 508	700 000
2017 г.	408 080 865	69 309 875	19 035 944	319 735 046
2018 г.	709 797 105	46 769 024	2 244 785	660 783 296
2019 г.	723 816 732	46 701 636	2 259 174	674 855 922
Итого:	1 969 729 500	255 169 825	58 485 411	1 656 074 264

Объем финансирования Программы будет уточняться при утверждении республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан и исходя из возможности доходной части республиканского и местных бюджетов, Фонда социального медицинского страхования, а также с привлечением других альтернативных источников.

2. Введение

Для достижения стратегической цели, поставленной Главой государства Назарбаевым Н.А. 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-ти 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 улучшение качества и доступности предоставляемых медицинских услуг, повышение эффективности системы управления и финансирования системы здравоохранения, а также рациональное

использование 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 политики Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ) «Здоровье-2020».

3. Анализ текущей ситуации

Согласно отчету Глобального индекса конкурентоспособности (далее - ГИК) за 2015-2016 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-е 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:

- 1) увеличение численности населения в республике до 17 417,7 тыс. человек (на 01.01.2015 года) с ежегодным темпом прироста населения на 1,4%;
- 2) рост ожидаемой продолжительности жизни до 71,62 лет (2010 год - 68,45 лет);
- 3) снижение общей смертности населения почти на 15,3% (2010 год - 8,94 на 1000 населения, 2014 год - 7,57);
- 4) увеличение рождаемости на 2,6% (2010 год - 22,54 на 1000 населения, 2014 год - 23,13);
- 5) снижение материнской смертности в 1,9 раза (2010 год - 22,7 на 100 000 родившихся, 2014 год - 11,7);
- 6) снижение младенческой смертности в 1,7 раза (2010 год - 16,58 на 1000 родившихся живыми, 2014 год - 9,72);
- 7) снижение заболеваемости населения туберкулезом на 30,3% (2010 год - 95,3 на 100 000 населения, 2014 год - 66,4) и смертности более чем в 2 раза (2010 год - 10,6 на 1000 населения, 2014 год - 4,9);
- 8) удержание распространенности вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (далее - ВИЧ/СПИД) на концентрированной стадии (2010 год - 0,118, 2014 год - 0,169).

Снижение показателей материнской, младенческой и детской смертности по подтверждению Межведомственной группы агентств Организации Объединенных Наций (далее - ООН) позволило Казахстану достичь 4-ой и 5-ой (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, повышенный уровень холестерина, табакокурение и употребление алкоголя).

По данным ВОЗ годовой уровень потребления алкоголя в Казахстане (в эквиваленте литров чистого спирта/душа населения 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 с 7,7% ориентировочно 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-е 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-е место, по уровню первичного устойчивого туберкулеза - 2-ое, а в ГИК по распространенности туберкулеза - 102-е 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. Отсутствует возможность проведения мониторинга санитарно-эпидемиологической ситуации в онлайн-режиме.

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.

Основы охраны общественного здоровья регламентированы Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» и реализуются организациями здравоохранения, в том числе центрами формирования здорового образа жизни, организациями первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП), службами инфекционного контроля в медицинских организациях, а также другими государственными органами и организациями в рамках межведомственного взаимодействия.

Продолжается реализация мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Приняты меры по сокращению административных барьеров, улучшению условий для предпринимательской деятельности. Оптимизирована выдача санитарно-эпидемиологических заключений с четырех до одного вида. Впервые в Казахстане внедрены механизмы альтернативы проверкам (аудит, НАССР (анализ рисков и критические контрольные точки), мониторинг безопасности продукции посредством отбора проб и камерального контроля). Создан и функционирует обучающий Центрально-Азиатский центр по пищевой безопасности.

Совместно с ответственными государственными органами продолжается реализация мероприятий по обеспечению питания школьников, привитию навыков ведения здорового образа жизни, сокращению смертности от ДТП и травматизма, оказанию медицинской помощи больным туберкулезом в учреждениях уголовно-исполнительной системы, предупреждению и снижению последствий чрезвычайных ситуаций, обеспечению медико-спасательной помощи и развитию санитарной авиации. Также совместно 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, введена норма 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.

Наряду с этим, в настоящее время в уполномоченном органе в области здравоохранения и местных исполнительных органах (управления здравоохранения г.г. Астаны и Алматы, областей) отсутствуют структурные подразделения, осуществляющие реализацию политики охраны общественного здоровья, что создает пробел в управлении и координации деятельности по охране общественного здоровья. Особо остро данный пробел проявился после выведения санитарно-эпидемиологической службы из структуры системы здравоохранения. Служба СЭС, наряду с контрольно-надзорными функциями, осуществляла и профилактические меры, включая координацию инфекционного контроля, санитарно-гигиенического обучения населения.

Для устранения описанной проблемы целесообразно формирование институциональной основы в виде службы общественного здоровья (далее – СОЗ) в соответствии с лучшим международным опытом.

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

- 1) в 2011 году внедрена Национальная скрининговая программа по 11 видам заболеваний;
- 2) создан институт социальных работников (2014 год – 1,2 на 10 тысяч населения);
- 3) увеличилось количество врачей общей практики (далее – ВОП) на 30%;
- 4) с 2014 года внедрен комплексный подушевой норматив (далее – КПН), финансирование первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) в общем объеме финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) увеличилось до 28% (2010 год – 23,4%), в результате выравнен уровень финансирования ПМСП между регионами с увеличением тарифа в расчете на 1 жителя (с 169 до 486 тенге).

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 на 1 жителя 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 недостаточна. Требуют решения вопросы улучшения преемственности между амбулаторно-поликлиническим, стационарным уровнем и службой скорой медицинской помощи. Сохраняется перепотребление консультативно-диагностических услуг. Недостаточно 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, в результате уменьшилась разница в финансировании между регионами, внедрен принцип «деньги следуют за пациентом», финансирование по клинико-затратным группам (далее - КЗГ). Это способствовало интенсификации использования ресурсов стационара и развитию стационарозамещающих технологий, внедрению и развитию высоких медицинских технологий в регионах (по сравнению с 2010 годом средняя длительность пребывания в стационаре сократилась на 27%, количество пролеченных больных в условиях дневного стационара увеличилось на 23,5%, 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), недостаточна 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 отсутствуют 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 секторах, в онкологической службе и медицинских организациях села - глобальный бюджет.

Объем финансирования отрасли вырос в 1,5 раза: с 562,8 млрд. тенге в 2010 году до 869,7 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. Так, в 2013 году доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП в Казахстане составила 2,3%, ОЭСР – 6,5%.

Вследствие недостаточного финансирования здравоохранения в Казахстане сохраняется высокий уровень частных расходов на получение медицинской помощи (РК – 35,4%, ОЭСР – 19,6%, Европейский Союз – 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, тарифная политика в системе здравоохранения недостаточно эффективны, 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 в большей степени на системе контроля, 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 том числе без учета ведомств 124,9 тысяч (71,7 на 10 тыс. населения, ОЭСР – 91 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 стимулирующего компонента подушевого норматива, соотношение средней заработной платы ВОП в Казахстане к среднемесячной заработной плате в экономике составляет 1,0. 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 остаются низкими практическая направленность подготовки кадров, несовершенство образовательных программ, особенно по направлениям клиническая фармакология, менеджмент, экономика.

Продолжают оставаться актуальными вопросы низкой конкурентоспособности научных исследований, их неудовлетворительной практической значимости, недостаточного финансирования прикладных научных исследований в области здравоохранения и дефицита кадров с ученой степенью (более 650 специалистов).

На основе международного опыта создана Единая система дистрибуции лекарственных средств. Внедряются международные стандарты качества (GMP, GDP, GPP и др.), созданы фарминспекторат и государственный орган в сфере обращения лекарственных средств. 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, Кыргызстан, Армения) о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств и медицинских изделий.

В целях информированности медицинских, фармацевтических работников и населения республики создан лекарственный информационно-аналитический центр с филиалами в регионах. Совершенствуются 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.

Сохраняются высокий уровень отпуска рецептурных лекарственных средств без рецептов врача, бесконтрольное использование антибиотиков, полипрагмазия, использование лекарственных средств с недоказанной клинической эффективностью, неэтичное продвижение лекарственных средств ассоциациями с привлечением пациентов, а также врачами при выписывании лекарственных препаратов конкретного производителя, также остается проблема с качеством лекарственных средств и присутствием на рынке контрафактной продукции.

Отсутствует система фармаконадзора за лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и медицинской техникой, 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 медицинской техникой увеличилась на 25,5% (2010 – 43,2%, 2014 год – 67%): сельских – 72,6%, городских – 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 информатизация отрасли здравоохранения, 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) 1-е направление «Повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья» – очень успешная;
- 2) 2-е направление «Усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм» – довольно успешная;
- 3) 3-е направление «Совершенствование санитарно-эпидемиологической службы» – довольно успешная;

4) 4-е направление «Совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения» – очень успешная;

5) 5-е направление «Совершенствование медицинского, фармацевтического образования, развитие и внедрение инновационных технологий в медицине» – успешная;

6) 6-е направление «Повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой» – успешная.

SWOT-анализ здравоохранения

Сильные стороны:

1) политическая поддержка государства на самом высоком уровне и гарантия исполнения взятых социальных обязательств;

2) стабильная эпидемиологическая ситуация по большинству инфекционных болезней с высоким охватом иммунизацией детского населения;

3) эффективная система санитарной охраны границ от завоза и распространения особо опасных инфекционных заболеваний и опасных грузов;

4) развитая инфраструктура организаций, оказывающих медицинскую помощь;

5) успешный опыт трансферта современных медицинских технологий;

6) внедрение системы управления качеством медицинской помощи на основе стандартизации и аккредитации;

7) современная тарифная система финансирования здравоохранения;

8) создание условий для развития отечественных производителей лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Слабые стороны:

1) низкая ожидаемая продолжительность жизни, высокий уровень общей смертности в сравнении со средним уровнем стран ОЭСР;

2) низкий уровень финансирования здравоохранения;

3) высокий уровень частных расходов на здравоохранение;

4) недостаточный уровень финансирования ПМСП;

5) устаревшая инфраструктура системы здравоохранения;

6) недостаточное материально-техническое обеспечение органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы;

7) слабый уровень информатизации в отрасли;

8) отсутствие механизмов солидарной ответственности за здоровье;

9) недостаточное участие частного сектора в оказании ГОБМП;

10) недостаточный уровень качества подготовки кадров до- и последипломного образования;

11) низкий уровень эффективности управления в системе здравоохранения;

12) низкая мотивация труда медицинского персонала;

13) недостаточное лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне.

Возможности:

1) положительная динамика основных демографических показателей;

2) создание единого рынка в рамках Евразийского экономического пространства;

3) привлечение прямых инвестиций (в том числе зарубежных) в здравоохранение и развитие государственно-частного партнерства;

4) локализация производства лекарственных средств, изделий

медицинского назначения и медицинской техники;

5) внедрение социального медицинского страхования на основе внедренных рыночных механизмов (создан Единый плательщик, внедрены современные методы оплаты на основе конечного результата);

6) поддержка международных финансовых институтов;

7) повышение конкурентоспособности на региональном рынке здравоохранения;

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

Угрозы:

1) дальнейшее ухудшение глобальной и региональной экономической ситуации;

2) возникновение новых и возврат ранее известных инфекционных заболеваний;

3) наличие природных очагов особо опасных инфекций на территории страны;

4) рост неинфекционных заболеваний;

5) повышение спроса на медицинские услуги;

6) рост импорта медицинских услуг и товаров;

7) растущие государственные и частные затраты на здравоохранение;

8) устаревшие малоэффективные технологии управления;

9) быстро изнашиваемая и устаревающая инфраструктура и медицинская техника;

10) неэффективное развитие и использование человеческих ресурсов отрасли;

11) 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 следующим целевым индикатором:

№ п/п	Показатели результатов	ед. изм.	Источники информации	Ответственные за исполнение	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Уровень ожидаемой продолжительности жизни	Количество лет	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ	МЗСР, МВД, МОН, МНЭ, МСХ, МКС, акиматы городов Алматы и Астаны,	71,62	71,7	71,8	72,0

					областей					
--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--

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:

№ п/п	Целевой индикатор	Ед. изм.	Источники информации	Ответственные за исполнение	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019
1	Индекс здоровья населения	%	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, МВД, МОН, МНЭ, МСХ, МКС, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	-	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:

№ п/п	Показатели результатов	ед. изм.	Источники информации	Ответственные за исполнение	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019
1	2	3	4	5	6	7				
1	Количество ДТП с пострадавшими	абс.	Ведомственная статистическая отчетность МВД	МВД, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	20378	19970				
2	Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений	на 100 000 нас.	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, МВД, МОН, акиматы городов Алматы и Астаны,	87,8	87,5				

				областей			
3	Уровень суицидов среди детей от 15-17 лет	на 100 000 нас.	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ	МОН, МВД, МЗСР	19,3	17,4	17
4	Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2-0,6%	%	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, МНЭ, акиматы, городов Алматы и Астаны, областей	0,168	0,21	0,
5	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 городов Алматы и Астаны, областей	6,9	6,5	6
6	Заболеваемость туберкулезом	на 100 000 нас.	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, МНЭ, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	66,4	64,7	63
7	Заболеваемость туберкулезом среди осужденных	на 100 000 осужденных	Ведомственная статистическая отчетность МВД	МВД	799,0	790,0	78
8	Удержание показателя заболеваемости инфекционными и паразитарными заболеваниями на уровне не более 315,9	на 100 000 нас.	Ведомственная статистическая отчетность МНЭ	МНЭ, МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	295,6	315,9	31
9	Охват граждан, занимающихся физической	%	Ведомственная статистическая	МКС, МЗСР, акиматы городов	25,1	26,0	27

1	Общая смертность населения	на 1000 населения	Официальные данные Комитета по статистике	МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	7,57	7,57	7,56
2	Материнская смертность	на 100 000 родившихся живыми	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	11,7	11,6	11,5
3	Младенческая смертность	на 1000 родившихся живыми	Официальные данные Комитета по статистике	МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	9,72	9,7	9,6
4	Смертность от болезней системы кровообращения (БСК)	На 100 000 нас.	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	207,7	204,5	203,5
5	Смертность от туберкулеза	на 100 000 нас.	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	4,9	4,7	4,5
6	Смертность от злокачественных новообразований	на 100 000 нас.	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	92,8	93,7	93,5
7	5-летняя выживаемость больных с злокачественными новообразованиями	%	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	50,2	50,6	50,8
8	Ранняя выявляемость злокачественных новообразований	%	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны,	55,8	56,6	57,4

1	Доля врачей ПМСП в общем числе врачей	%	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	19,5	21,0	22,5	2
2	Доля выпускников резидентуры, успешно прошедших независимую экзаменацию с первого раза	%	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР	-	60	70	
3	Удельный вес внедренных новых медицинских технологий от числа разрешенных к применению в РК	%	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР	30	45	50	
4	Доля публикаций в международных рецензируемых изданиях в общем количестве международных публикаций	%	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, МОН	9,56	10,5	12	1
5	Доля амбулаторного лекарственного обеспечения в общем объеме лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП	%	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	55	55	56	
6	Обеспеченность амбулаторно-поликлиническими организациями	на 10 тыс. населения	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР акиматы, городов Алматы и Астаны, областей	4,5	4,5	4,8	1

7	Охват населения электронными паспортами здоровья	%	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	0	0	0
8	Количество реализуемых проектов государственно-частного партнерства, доверительного управления и приватизации в здравоохранении	Ед.	Ведомственная статистическая отчетность МЗСР	МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей	2	10	8

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

Основными направлениями данной Программы являются:

- 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. Формирование службы общественного здоровья

Укрепление и охрана здоровья населения требуют не только развития соответствующих стратегий и мобилизации ресурсов в различных сферах жизнедеятельности, но и создания устойчивой и эффективной основы для обеспечения интеграции деятельности государства, общественности и населения

в этом направлении. В соответствии с лучшим международным опытом основой дальнейшего развития системы здравоохранения станет формирование СОЗ.

Основными направлениями деятельности СОЗ станут управление общественным здоровьем, изменения в направлении поддержания здоровья и поведенческих стереотипов населения через просвещение, консультации, пропаганду, поощрение здорового образа жизни на основе межведомственного взаимодействия ПМСП с заинтересованными государственными органами (санитарно-эпидемиологической, экологической, ветеринарной служб).

Основными функциями СОЗ станут:

- 1) повышение информированности населения и его вовлечение в мероприятия по профилактике и снижению вредного воздействия различных факторов окружающей среды, нездорового питания и поведенческих рисков;
- 2) обеспечение эпидемиологического мониторинга за инфекционными и основными неинфекционными заболеваниями, в том числе нарушениями психического здоровья и травматизмом;
- 3) обеспечение, координация и расширение межсекторального взаимодействия, направленного на охрану и укрепление здоровья населения страны;
- 4) обеспечение контроля за соблюдением законодательства и других правовых норм в области охраны здоровья;
- 5) 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.

На республиканском уровне будут осуществляться функции эпидемиологического мониторинга факторов риска инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также:

- 1) разработка и реализация государственной политики и межсекторальных программ, направленных на развитие общественного здравоохранения;
- 2) научные исследования в области общественного здравоохранения, в том числе мероприятий по формированию здорового образа жизни;
- 3) мониторинг состояния здоровья населения для установления проблем общественного здравоохранения и прогнозирования их динамики;
- 4) оценка эффективности, доступности и качества услуг и программ общественного здравоохранения.

В рамках СОЗ на местном уровне будут обеспечены разработка, планирование, реализация и мониторинг мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, в том числе скринингов и диспансеризации совместно с ПМСП.

Одной из ключевых целей СОЗ на местном уровне станет повышение информированной ответственности населения за свое здоровье на основе рационализации питания и стимулирования здорового образа жизни, развития санитарной и физической культуры. Это будет обеспечено мероприятиями по информированию и просвещению граждан, расширению их возможностей в вопросах укрепления персонального здоровья, общественного здоровья, пропаганде правильного питания.

Для этого в 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 медиаресурсов и сетей.

Приоритетной задачей СОЗ станет активизация мероприятий по профилактике и мониторингу за основными социально значимыми неинфекционными заболеваниями (НИЗ).

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 ВОЗ и Европейской стратегией по борьбе против табака, Планом действий ВОЗ в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 годы. Будут разработаны концепция обеспечения здорового школьного питания, усилена пропаганда потребления здоровых продуктов питания (свежих и экологичных, с низким содержанием жира, соли, сахара). Будет проводиться непрерывный мониторинг и надзор за факторами риска, снижения профессиональных, экологических и социальных рисков.

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.

Данное направление возможно при взаимодействии СОЗ с уполномоченным органом в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Система общественного здравоохранения в среднесрочном периоде станет основой межсекторального взаимодействия, направленного на охрану и укрепление здоровья населения. С этой целью совместно с заинтересованными государственными органами будет проведена работа по разграничению функций и полномочий в сфере охраны общественного здоровья. В результате в структуре Министерства здравоохранения и социального развития РК и управлений здравоохранения городов Астаны и Алматы, областей будут сформированы структурные подразделения, осуществляющие реализацию политики в сфере охраны общественного здоровья, что внесет весомый вклад в укрепление здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны.

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 инфекционных и неинфекционных заболеваний и предусматривать комплексные меры, направленные на:

- 1) повышение уровня образованности населения, в том числе в вопросах ведения и формирования здорового образа жизни;
- 2) формирование новых поведенческих установок, снижающих распространенность факторов риска (табакокурение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность);
- 3) здоровое сбалансированное питание;
- 4) рост числа регулярно занятых физической культурой и спортом;
- 5) снижение дорожно-транспортных происшествий;
- 6) создание безопасных условий труда и быта;
- 7) обеспечение безопасных условий жилья;
- 8) обеспечение инвалидов равным доступом к услугам здравоохранения;
- 9) обеспечение постоянного доступа к питьевой воде, уменьшение

загрязнения воздуха, воды и почвы, снижение уровня шума с учетом данных мониторинга их влияния на состояние заболеваемости населения.

Охрана и укрепление здоровья человека будут нацелены на профилактические мероприятия по снижению внешних и поведенческих факторов риска возникновения заболеваний и их последствий с учетом возрастных и социальных особенностей человека, которые начнутся с первых дней жизни ребенка и будут продолжены во всех возрастных периодах. Будут предприняты меры по поддержанию здорового старения, направленные на сохранение трудовой активности, перераспределение работы в течение жизни и социальную поддержку.

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.

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

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

Кроме того, совместно с местными исполнительными органами разработаны и реализованы комплексные меры по социальной мобилизации, предусматривающие внедрение механизмов взаимодействия с населением, особенно с молодежью, организованными коллективами, образовательными учреждениями для реализации программ по укреплению здоровья, а также приняты меры по передаче штатов медицинских работников школ из системы образования в систему здравоохранения.

Приоритетной задачей межсекторального взаимодействия станут реализация комплексных мер по охране материнства и детства, в том числе снижение детского травматизма, укрепление ментального и репродуктивного здоровья детей и молодежи.

Будут определены и реализованы мероприятия, направленные на формирование физического и психического здоровья детей и подростков, обучение родителей и преподавателей распознаванию признаков неустойчивости психики, угрожающего суицидального поведения детей и подростков, тактике дальнейшей работы с ними с привлечением социальных работников, профильных служб здравоохранения (противотуберкулезная, наркологическая, психиатрическая) с представителями участковых служб МВД и других заинтересованных государственных органов (психологов и инструкторов по делам несовершеннолетних системы МВД и др.).

Будут продолжены мероприятия по предупреждению ДТП путем обеспечения системности профилактики и информационной работы с населением по безопасности дорожного движения, повышению уровня соблюдения норм и правил в сфере дорожного движения, в том числе с использованием автоматических систем фиксации нарушений правил дорожного движения, устранению аварийно-опасных участков на дорогах. Будет обеспечено дальнейшее развитие системы трассовых медико-спасательных пунктов на аварийно-опасных участках дорог республики.

В рамках межсекторального взаимодействия будет обеспечена реализация комплексных мер, направленных на обеспечение населения полноценными услугами жилищно-коммунального хозяйства (обеспечение постоянного доступа населения к питьевой воде, системам водоотведения, утилизация бытовых отходов, тепло, 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. При этом будет разработана Карта рисков влияния окружающей среды на здоровье населения с последующим мониторингом здоровья населения в разрезе регионов.

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 том числе работающего населения через широкое привлечение работодателей, через систему школьного образования - вовлечение детей и подростков в занятия физической культурой и спортом на базе детско-юношеских спортивных школ.

Будут разработаны и внедрены рекомендации, проведен мониторинг и контроль качества и безопасности производимых и ввозимых пищевых продуктов, включая фальсифицированные и генетически модифицированные продукты.

В рамках межведомственной работы будет обеспечено принятие системных мер, направленных на уменьшение масштабов чрезвычайных ситуаций, травматизма, несчастных случаев и отравлений, 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.

Будет расширяться внедрение программ по профилактике наркомании и поведенческих болезней в общеобразовательных учреждениях, в том числе путем обучения инспекторов по делам несовершеннолетних технологиям раннего выявления групп риска по наркологическому профилю среди детей и подростков, а также будут обучены сотрудники МВД (полицейские, участковые инспектора) навыкам определения степени опьянения (алкогольного, наркотического, токсического).

Будут продолжаться межведомственные мероприятия по снижению уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза, в том числе в пенитенциарной системе, путем совершенствования оказания медицинской помощи больным туберкулезом и ВИЧ/СПИД в учреждениях уголовно-исполнительной системы (далее - УИС), повышение информированности всего населения и контингента пенитенциарной системы по вопросам распространения туберкулеза и ВИЧ/СПИД.

Особое внимание будет уделено профилактическим мероприятиям среди подростков и населения репродуктивного возраста по снижению распространенности ВИЧ-инфекции, профилактике заболеваемости ИППП среди детей в возрасте 15-17 лет.

В рамках развития межсекторального взаимодействия будет продолжено

тесное сотрудничество с международными объединениями и организациями (ВОЗ, ООН, ЮНИСЕФ, в том числе с целью продвижения и обмена опытом 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 возможностью поэтапного увеличения 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.

Основой указанных мероприятий будет эффективное управление потреблением медицинских услуг.

Продолжатся 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, который 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.

Семейный принцип обслуживания будет осуществляться врачами ПМСП (врач

общей практики (ВОП), участковыми врачами (терапевт, педиатр) и мультидисциплинарными командами из числа узких специалистов с координацией со стороны врачей ПМСП. По мере роста обеспеченности ВОП и их компетенций, они поэтапно будут замещать участковых врачей.

На базе действующих поликлиник/центров ПМСП будут созданы центры of excellens (центры лучших практик).

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.

Будет продолжено развитие геронтологической помощи.

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.

Также будут совершенствованы формы оказания паллиативной помощи и ухода на дому с учетом потребности семьи путем размещения госзаказа на НПО, в условиях реабилитационных центров, дневных стационаров, стационаров на дому, создания центров, отделений паллиативной помощи и т.д.

Будет продолжено дальнейшее развитие реабилитационного и восстановительного лечения в условиях дневного стационара.

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

Продолжится работа по совершенствованию соответствующих стандартов оказания медицинской помощи, обеспечения ее полноты и преемственности. Будут внедряться программы интегрированного управления заболеваниями (ПУЗ) на основе протоколов диагностики и лечения на всех уровнях и мониторинга при центральной координирующей роли работников ПМСП. Для этого ПУЗ по трем заболеваниям (артериальная гипертония, сахарный диабет, хроническая недостаточность кровообращения) будут внедрены во всех регионах. При этом будет совершенствоваться система индикаторов в механизме финансового стимулирования ПМСП за конечный результат. 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 будут обеспечены социальная и психологическая поддержка и мультипрофильный патронаж.

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 будут осуществляться:

- 1) поэтапное разукрупнение участков ВОП;
- 2) поддержка создания групповых и индивидуальных семейных практик;
- 3) совершенствование оснащения ПМСП медицинской техникой, а также специальным автотранспортом*;
- 4) дальнейшее развитие мобильной (транспортной) медицины, дистанционного наблюдения пациентов*;
- 5) государственная поддержка развития частного сектора, малого и среднего бизнеса в системе оказания ПМСП;
- 6) развитие государственно-частного партнерства (далее – ГЧП), сети ПМСП, передача государственных объектов в доверительное управление с возможностью последующей приватизации при условии постоянного сохранения профиля деятельности.

С целью повышения качества ПМСП будут приняты меры по обеспечению и стимулированию полноценного свободного выбора организации и врача ПМСП, в том числе 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 прием к врачу через Интернет, современных технологий управления очередями.

Будут проводиться мероприятия 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 заболеваниями, 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 потребует от СМР большей самостоятельности, чем в других секторах здравоохранения. Стандарты обучения СМР также будут приведены в соответствие с разработанными профессиональными стандартами.

Для обеспечения устойчивого развития ПМСП, повышения ее полноты и привлекательности будут совершенствоваться мотивационные механизмы привлечения специалистов, будет поэтапно расширяться перечень лекарственных средств, обеспечиваемых государством на амбулаторном уровне. Будут обеспечены дальнейшее развитие ключевых скрининговых программ по раннему выявлению заболеваний с наибольшим бременем воздействия на здоровье населения, а также постоянный мониторинг и оценка их эффективности.

5.2.2. Развитие скорой и неотложной медицинской помощи (СНМП)

Будут продолжены 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 образовательные программы на основе международных стандартов и созданы центры подготовки кадров для всех уровней здравоохранения, включая парамедиков, при этом будут приняты меры по повышению их роли в оказании доврачебной помощи. Будет продолжено обеспечение населения республики медицинской помощью в форме санитарной авиации в рамках ГОБМП.

Будет разработана и начата реализация мероприятий по дальнейшему развитию системы медицинской воздушной транспортировки (санитарной авиации) на основе ГЧП. Привлечение негосударственных источников финансирования обеспечит эффективную реализацию нескольких основных задач:

- 1) оказание СНМП на месте происшествия и транспортировка пациентов в стационары в экстренных случаях и ЧС;
- 2) перетранспортировка пациентов между уровнями оказания медицинской помощи;
- 3) оказание медицинской помощи в труднодоступных местах, в том числе путем доставки необходимых специалистов для оказания полноценной медицинской помощи.

5.2.3. Развитие специализированной медицинской помощи (СМП)

с интеграцией всех служб здравоохранения

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

Данная модель будет охватывать основные социально значимые, неинфекционные заболевания и состояния, существенно влияющие на демографию населения страны:

- 1) острый инфаркт миокарда;
- 2) острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт);

- 3) злокачественные новообразования;
- 4) травмы;
- 5) беременность и родовспоможение.

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

В рамках этой модели будут разработаны и реализованы 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. Население Республики Казахстан будет обеспечено качественными компонентами и препаратами донорской крови.

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.

Лечение больных в отечественных клиниках будет обеспечено, в том числе и с привлечением зарубежных специалистов с использованием мастер-классов.

Кроме того, для реализации этих мероприятий будут продолжены разработка и внедрение:

- 1) клинических протоколов диагностики и лечения, основанных на принципах доказательной медицины, для всех уровней организаций здравоохранения;
- 2) стандартов организации деятельности профильных служб;
- 3) профессиональных стандартов для медицинских работников;
- 4) технологий мониторинга, управления и координации мероприятий.

Будут усилены 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 обеспечения финансовой устойчивости системы здравоохранения, с другой стороны, будет проведен всесторонний анализ и выработаны новые подходы к дальнейшему развитию специализированной

медицинской помощи, включая высокотехнологичные услуги, на основе клинических протоколов. 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.

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 продолжатся разработка и совершенствование клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний на основе внедрения наиболее эффективных и современных технологий и достижений медицинской науки.

Разработка клинических протоколов диагностики и лечения будет осуществляться на основе системы оценки медицинских технологий (health technology assessment) с привлечением профессиональных объединений медицинских работников. В основе этой системы будут обеспечены 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.

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 рассмотрен вопрос внедрения национальной системы учета и анализа медицинских ошибок на основе применения конфиденциального аудита.

Будет обеспечено повышение ответственности медицинских работников и организаций за нарушение утвержденных стандартов.

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, а также результатов социологических исследований уровня удовлетворенности населения качеством медицинских услуг, проводимых независимыми организациями.

Новым институциональным механизмом по повышению качества медицинских услуг станет создание консультативно-совещательного органа при МЗСР – Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг, деятельность которой будет направлена на выработку рекомендаций по совершенствованию клинических протоколов, стандартов медицинского образования, лекарственного обеспечения, стандартов системы контроля качества и доступности услуг в области здравоохранения.

В состав комиссии войдут представители всех заинтересованных сторон системы здравоохранения, включая представителей государственных органов, общественных организаций, профессиональных объединений медицинских работников, международных экспертов и др.

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.

Будет продолжена работа по совершенствованию стандартов аккредитации организаций здравоохранения для определения соответствия отдельных медицинских услуг установленным требованиям и стандартам в области здравоохранения. Это снизит риски некачественного оказания услуг в неподготовленных организациях, а также перегрузки стационаров чрезмерным количеством пациентов с несложной патологией, которые могут быть пролечены в стационаре нижестоящего уровня или дневном стационаре. При этом национальный орган по аккредитации в сфере здравоохранения пройдет международную аккредитацию в области обеспечения качества и будет поэтапно передан в форму саморегулируемой организации. 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 стимулы. Параллельно будут развиваться обучающие программы по подготовке специалистов аккредитации. Будет изучен вопрос трансформации обязательной сертификации медицинских работников в институт обязательного лицензирования.

Для проведения оценки компетенций медицинских работников и выпускников медицинских вузов и колледжей будут развиваться соответствующие

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

Основными целями аккредитованных профессиональных объединений станут развитие соответствующих направлений медицинской науки и практики, укрепление профессиональных компетенций специалистов и улучшение качества медицинской помощи населению.

5.4. Реализация Национальной лекарственной ПОЛИТИКИ

В целях обеспечения высокого качества и безопасности медицинской помощи, финансовой устойчивости системы здравоохранения, развития отечественного фармацевтического производства будет реализована Национальная лекарственная политика (далее – НЛП).

Развитие фармацевтической отрасли определяется НЛП в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, основанной на принципах доступности, качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, которая будет направлена на создание пациентоориентированной модели лекарственного обеспечения с учетом современных требований системы здравоохранения, казахстанского общества, фармацевтических рынков в условиях происходящих интеграционных процессов.

Реализация НЛП 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, изделий медицинского назначения и медицинской ТЕХНИКИ

Доступность лекарственных средств будет обеспечиваться комплексной системой отбора лекарственных средств для разрешения дальнейшего использования на территории Республики Казахстан и стран ЕАЭС.

В этих целях будет усовершенствована система государственной регистрации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, упрощены процедуры регистрации для лекарств, произведенных по стандартам надлежущей производственной практики (далее – GMP).

С целью обеспечения экономической и физической доступности лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники в государственных организациях здравоохранения будут совершенствоваться механизмы закупа.

Для повышения доступности лекарственных средств для населения в отдаленных районах будет развиваться система мобильных передвижных аптечных

пунктов.

С целью повышения доступности, снижения импортозависимости и обеспечения финансовой устойчивости системы здравоохранения будут оказываться системные меры государственной поддержки обращению лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники отечественного производства.

Будут реализованы комплексные меры по обеспечению экономической доступности лекарственных средств для населения.

Будут внедрены эффективные механизмы сдерживания роста государственных затрат путем совершенствования государственного регулирования цен на лекарственные средства с использованием лучшего мирового опыта, основанного на внешнем и внутреннем референтном ценообразовании, совершенствовании планирования системы закупа лекарственных средств и их рационального использования.

Также, в рамках расширения бесплатного обеспечения лекарственными средствами на амбулаторном уровне (АЛО) будет рассмотрена возможность выбора населением более дорогостоящих препаратов на основе сооплаты гражданами разницы в стоимости этих лекарственных средств и установленной предельной ценой возмещения.

5.4.2. Обеспечение качества и безопасности лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники

Будут приняты меры по внедрению системы обеспечения качества лекарственных средств путем внедрения надлежащих фармацевтических практик (далее - GXP).

Производство отечественных лекарственных средств, качество логистики и хранения лекарственных средств будут обеспечены обязательным переходом в 2018 году на стандарты GMP и надлежащей дистрибьюторской практики (далее - GDP).

Будут созданы и оснащены референс-лаборатории, отвечающие международным требованиям в области экспертизы качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Обеспечение качества и безопасности лекарственных средств будет также обеспечиваться проведением клинических испытаний по стандартам надлежащей клинической практики (далее - GCP). Будет разработан комплекс мер по поддержке проведения клинических испытаний новых лекарственных средств в Республике Казахстан с целью повышения качества лекарственных средств, 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 с проведением постоянного обучения. Будет завершено вступление Казахстана в Международную систему сотрудничества фармацевтических инспекций (далее - PIC/S).

Будет осуществлено вступление Казахстана в систему сертификации ВОЗ для выхода отечественных производителей лекарственных средств на внешний рынок и выдачу сертификата СРР.

Также будут осуществлены гармонизация международных стандартов GS1, обучение руководителей и специалистов в области здравоохранения по автоматической идентификации в международной системе GS1.

Будут приняты меры по повышению эффективности государственного регулирования обращения и обеспечения качества и безопасности лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

В законодательном порядке будут усилены полномочия и ответственность государственных органов в сфере обеспечения качества и безопасности лекарственных средств и медицинских изделий, применяемых на территории Республики Казахстан.

5.4.3. Обеспечение рационального применения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники

Основой для обеспечения рационального применения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники станет дальнейшее развитие доказательной медицины.

С этой целью будут продолжены развитие и совершенствование формулярной системы путем внедрения и поддержания Казахстанского национального лекарственного формуляра (далее – КНФ).

Лекарственные формуляры организаций здравоохранения будут формироваться на основе КНФ, постоянно совершенствоваться на основе регулярного проведения мониторинга и оценки эффективности применения в отношении отдельных, наиболее дорогостоящих лекарственных средств.

В организациях здравоохранения будут обеспечены полноценный мониторинг и анализ рационального применения лекарственных средств с учетом клинико-экономического анализа расходования финансовых средств.

Будут реализованы меры по обеспечению медицинских организаций специалистами по клинической фармакологии. Для обеспечения устойчивости НЛП будет разработана и реализована полномасштабная программа обучения специалистов медицинских организаций рациональному использованию лекарственных средств независимо от формы собственности организаций.

Будут внедрены этические нормы продвижения лекарственных средств с повышением ответственности всех участвующих сторон.

Будут проводиться мероприятия по повышению лекарственной грамотности медицинских и фармацевтических работников и населения через Лекарственный информационный центр, который будет преобразован в Центр рационального использования лекарственных средств.

Для эффективной реализации вышеуказанных мер будут проанализированы и пересмотрены задачи и функции уполномоченного органа в области здравоохранения.

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 трехуровневой системы предоставления медицинской помощи, где ответственность за здоровье граждан распределяется между государством, работодателями и работниками, при этом:

- 1) первый уровень представляет базовый пакет или ГОБМП, финансируемый за счет республиканского и местных бюджетов;
- 2) второй уровень будет включать в себя дополнительный пакет или перечень медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан, финансируемый за счет взносов государства, отчислений работодателей, работников и иных поступлений, не запрещенных законодательством Республики Казахстан;
- 3) 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 устранения финансовых рисков вследствие растущих государственных и частных затрат на здравоохранение будет внедрена система обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС).

Система ОСМС будет построена на отчислениях работающего населения, работодателей и самозанятого населения. За отдельные категории граждан, предусмотренные в Законе Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании», взносы будут оплачиваться государством из средств республиканского бюджета. При этом будет проведено разграничение обязательств между ФСМС и государственными органами по обеспечению медицинской помощью отдельных категорий граждан.

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 сверхпотребления.

При этом государство сохранит за собой обязательства по финансированию ГОБМП, т.е. базового пакета медицинских услуг, включающего: услуги скорой помощи и санитарной авиации, вакцинации, медицинскую помощь при некоторых социально значимых заболеваниях (туберкулез, ВИЧ, наркология и психиатрия),

стационарной помощи по экстренным показаниям и до 2020 года амбулаторно-поликлинической помощи для лиц, не имеющих права на медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования в соответствии с [Законом](#) Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании».

В целом внедрение ОСМС будет сопровождаться доведением финансирования системы здравоохранения РК до стандартов ОЭСР на основе приоритезации следующих направлений расходов:

- 1) развитие службы общественного здравоохранения;
- 2) на уровне ПМСП – увеличение числа ВОП и расширение амбулаторного лекарственного обеспечения**;
- 3) программное повышение заработных плат медицинских работников**;
- 4) расширение услуг по реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода;
- 5) увеличение расходов на непрерывное дополнительное медицинское образование;
- 6) включение в тарифы затрат на обновление основных средств*.

В рамках развития системы ОСМС будет создан Фонд социального медицинского страхования (ФСМС), который будет аккумулировать отчисления и взносы на обязательное медицинское страхование 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.

Будут введены учет и мониторинг отчислений и взносов в Фонд социального медицинского страхования.

Будет изучена необходимость введения сооплаты 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 будут 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 совершенствоваться 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 стимулирующим компонентом, будет изучено формирование

комбинированных тарифов услуг для обеспечения комплексности и преемственности медицинских услуг в интересах пациентов.

В рамках внедряемой концепции управления болезнями в некоторых случаях также будут рассмотрены тарифы с объединением всех уровней оказания медицинской помощи: от ПМСП до стационарного лечения и последующей реабилитации, особенно в случаях применения дорогостоящих технологий диагностики и лечения.

На стационарном уровне также будут совершенствоваться тарифы на основе клинико-затратных групп с учетом международных практик их расчета.

Поэтапно на основе информатизации учета расходов и внедрения электронных историй болезней будет внедрена система мониторинга затрат в медицинских 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 ОМС, в тарифы на медицинские услуги будут поэтапно включены расходы на обновление основных средств*. Это повысит привлекательность сектора для привлечения частных инвестиций и развития ГЧП.

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

Внедрение ОМС 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.

Тарифная политика будет направлена на стимулирование частных инвестиций и ГЧП. С этой целью будут изучены и предложены соответствующие методы формирования тарифов на медицинские услуги.

При этом будут совершенствованы механизмы планирования и контроля объемов медицинских услуг в рамках ОМС 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:

- 1) региональные приоритеты в области охраны и укрепления здоровья населения на уровне местных исполнительных органов и дополнительные источники финансирования для реализации местных социальных программ;
- 2) 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;
- 3) потребности в развитии инфраструктуры регионального здравоохранения, в том числе потребности государственных объектов

здравоохранения в капитальных инвестициях;

4) планирование и выделение в местных бюджетах достаточных средств на развитие и поддержание сети объектов здравоохранения, в том числе по механизмам ГЧП;

5) 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;

6) внедрение социальных, финансовых и материальных стимулов для поддержки работников здравоохранения на местном уровне с соответствующими источниками финансирования;

7) усиление роли местных исполнительных органов в управлении отраслью на основе внедрения корпоративного управления в медицинских организациях на региональном уровне;

8) внедрение единых правил назначения менеджеров – руководителей организаций здравоохранения в строгом соответствии с их профессиональной компетентностью, опытом работы, практическими навыками в управлении;

9) установление солидарной ответственности региональных организаций здравоохранения вне зависимости от ведомственной принадлежности и источников финансирования за показатели здоровья населения региона.

5.5.4. Развитие лидерства и современного менеджмента в системе здравоохранения

Нормативной правовой основой дальнейшего повышения эффективности управления государственными организациями здравоохранения в современных условиях станет развитие операционной автономности этих организаций.

Это позволит создать прогрессивные мотивации у менеджеров и работников медицинских организаций для стабильного развития производства и повышения качества услуг.

Будет рассмотрена возможность направления полученной прибыли государственными предприятиями на развитие самой организации.

Будут разработаны предложения по совершенствованию системы корпоративного управления в сфере здравоохранения путем расширения полномочий наблюдательных советов и внедрения коллегиальных исполнительных органов (правление).

Кроме того, в целях совершенствования управления медицинскими организациями и развития инфраструктуры здравоохранения предусматриваются оптимизация путем объединения медицинских организаций по профилям, а также создание университетских клиник с участием вузов в корпоративном управлении.

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, стимулированию и поддержке обучения менеджмента клиники, в том числе по программам MBA.

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 затратоэффективности 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, параклинических 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 раздельного 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 (ЕЭП, ШОС и др.).

Будут разработаны меры государственной поддержки и развития медицинского туризма, лечения за рубежом 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.

Будут совершенствоваться система определения потребности, учета и планирования кадровых ресурсов здравоохранения, улучшаться эффективность и доступность кадровых ресурсов здравоохранения, развиваться система независимой оценки знаний и навыков.

Основными принципами УЧР должны быть определены:

- 1) наличие (доступность) необходимых человеческих ресурсов;
- 2) надлежащая компетенция работников;
- 3) отзывчивость человеческих ресурсов на запросы населения;
- 4) продуктивность человеческих ресурсов.

В соответствии с этими принципами будут разработаны и внедрены национальная, региональные и корпоративные политики и программы УЧР, которые 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 будут 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 системы здравоохранения, в том числе специалистов санитарно-эпидемиологического профиля, с учетом рыночных принципов, адекватной оценки стоимости трудозатрат при тарифообразовании, ориентированности на достижение

целевых показателей результативности, предоставления мер социальной поддержки работникам системы здравоохранения, в том числе специалистам санитарно-эпидемиологического профиля, особенно молодым специалистам 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, которая 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 человеческих ресурсов 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.

6. Мониторинг и прогнозирование.

С целью обеспечения эффективного мониторинга и прогнозирования развития рынка труда и человеческих ресурсов, внедрения современных методов управления и планирования подготовки кадров в здравоохранении будет обеспечено дальнейшее развитие Национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения как институциональной основы с широким спектром задач.

Будет разработан профессиональный регистр кадровых ресурсов здравоохранения.

5.6.2. Модернизация медицинского образования

Основой системы непрерывного профессионального развития кадровых ресурсов системы здравоохранения станет Национальная рамка квалификаций, формирование которой предусматривает:

- 1) совершенствование подходов к отбору и приему абитуриентов в организации медицинского и фармацевтического образования;
- 2) оптимизацию перечня медицинских и фармацевтических специальностей, пересмотр принципов и механизмов формирования статистики по кадровым ресурсам здравоохранения в соответствии с Европейскими директивами по

признанию квалификаций;

3) разработку профессиональных стандартов в области здравоохранения, регламентирующих уровень квалификации выпускников и действующих специалистов, с участием организаций практического здравоохранения, ассоциации врачей, научных организаций;

4) внедрение образовательных программ базовой подготовки кадров здравоохранения на основе интегрированной модели, основанной на компетентном подходе и профессиональных стандартах;

5) совершенствование программ резидентуры в соответствии с профессиональными стандартами;

6) 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);

7) 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.

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:

1) эффективное управление академическими и производственными процессами на основе единства стратегических целей и задач;

2) качественное медицинское образование на основе получения современных теоретических знаний и реальных практических навыков в условиях университетских клиник;

3) устойчивое повышение качества медицинской помощи на основе доступа к передовым технологиям и научным разработкам;

4) широкие клинические и лабораторные базы для проведения актуальных научных исследований с немедленным трансфертом их результатов в практическое здравоохранение;

5) 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 стратегическом партнерстве с ведущими международными университетами и медицинскими организациями. Получит широкое развитие практика привлечения ведущих зарубежных специалистов, руководителей (менеджеров), ученых и преподавателей в академические процессы.

Кроме того, в процессы образования и научных изысканий будут мотивированно вовлечены лучшие специалисты практики, а научные работники и преподаватели получат возможность практической работы и проведения клинических исследований. Это позволит рационально использовать врачебные

кадры (врач, преподаватель, ученый в одном лице), обеспечить высокую материальную и профессиональную мотивацию кадров и сформировать модель научно-педагогического карьерного развития медицинских кадров, являющуюся на сегодняшний день лучшим стандартом профессионального развития в мировом здравоохранении.

Будет внедрена совместная казахстанско-финская научно-педагогическая магистратура для преподавателей сестринского дела вузов и колледжей Республики Казахстан с выдачей казахстанского диплома Магистра по сестринскому делу и диплома университета JAMK (Финляндия) Master of Health.

Повышение потенциала менеджеров и преподавателей медицинских и фармацевтических вузов по образовательной программе Высшей школы образования АОО «Назарбаев Университет».

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, 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.

В рамках совершенствования программ медицинского образования будет обеспечено поэтапное обязательное овладение студентами современными этическими стандартами, коммуникативными навыками, английским языком на уровне, достаточном для получения и поддержания знаний.

Обучение СМР будет проводиться с учетом приоритетности ПМСР, 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 ГЧП 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 2020 года.

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 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 стартап-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 и 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:

- 1) расширении количества специальностей и направлений подготовки научных кадров;
- 2) создании комплексной системы социально-экономических механизмов привлечения одаренных специалистов в организации науки и образования, их стимулирования к проведению научных исследований.

Кроме того, будет проработан вопрос по внедрению с 2018 года программ пост-докторантуры на базе ведущих отечественных медицинских вузов и научных организаций.

В рамках развития научных компетенций и трансферта мировых технологий будут обеспечены 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 финансирования отдельных научных исследований от программно-целевого и базового к финансированию научно-исследовательской деятельности только на основе грантов. При этом будут обеспечены 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. Будут 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.

С целью оценки уровня и повышения качества отечественной медицинской науки ежегодно будет публиковаться Национальный рейтинг научных организаций страны, что позволит повысить их прозрачность и конкурентоспособность.

5.7. Обеспечение дальнейшего развития инфраструктуры здравоохранения на основе государственно-частного партнерства

и современных информационно-коммуникационных технологий

5.7.1. Совершенствование 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.

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).

На уровне областных и республиканских организаций, включая вузы и научные центры, будет рассмотрена возможность поэтапной трансформации в автономные организации здравоохранения (АОЗ) по опыту АО «Назарбаев Университет».

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, которая 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, созданием на межрайонном, областном и республиканском уровнях специализированных центров; при этом будут предприняты меры по повышению роли и ответственности организаций, оказывающих высокотехнологичные услуги и координирующих деятельность организаций здравоохранения по профильным направлениям.

Реализация этих мер позволит обеспечить дифференциацию и управление коечным фондом в зависимости от интенсивности лечения и, соответственно, слаженное развитие амбулаторной, стационарозамещающей, 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 будут 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 разработаны комплекс мер финансового обеспечения 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:

- 1) расширение участия частных медицинских организаций в предоставлении всего спектра услуг, входящих в ГОБМП и ОСМС;
- 2) 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;
- 3) передачу республиканских и местных организаций здравоохранения в доверительное управление частным компаниям, в том числе зарубежным;
- 4) приватизацию государственных организаций здравоохранения; будет обновлен перечень организаций, услуги которых будут переданы в конкурентную среду;
- 5) привлечение частных инвестиций на строительство объектов здравоохранения по различным моделям концессии;
- 6) привлечение частных компаний для обеспечения оснащения и

эффективного функционирования медицинской техники, лабораторной службы и информационных систем в здравоохранении.

Будут созданы равные экономические условия, как для государственных, так и 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:

- 1) совершенствование нормативно-правового регулирования и снижение административных барьеров для частного сектора в здравоохранении;
- 2) обеспечение доступного финансирования, в том числе путем включения сектора здравоохранения в [Дорожную карту бизнеса 2020](#), [Государственную программу](#) индустриально-инновационного развития Республики Казахстан на 2015–2019 годы;
- 3) обеспечение адекватной и справедливой тарифной политики путем включения расходов на обновление основных средств и затрат на сервис дорогостоящего медицинского оборудования*.

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

5.7.2. Повышение эффективности оснащения и использования медицинской техники

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, которое включает:
 - разработку и внедрение типовых стандартов оснащения медицинской техникой для определенных государственных организаций здравоохранения, с учетом регионализации оказания медицинской помощи;
 - 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 медицинской техникой путем централизованного закупа на основе ГЧП.

Будут внедрены механизмы сервисного ГЧП на основе поставки частными компаниями медицинской техники 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 закупленной техники со стороны поставщиков и производителей.

При этом организации, осуществляющие функции по закупу и лизингу медицинской техники, будут определяться конкурсным путем на рынке соответствующих услуг;

3) развитие лизинговых систем приобретения медицинской техники, в том числе через национальные институты развития*. В целях обновления основных средств будет усовершенствован механизм развития сервисной и лизинговой модели приобретения медицинской техники.

Будет создана единая Национальная база данных медицинской техники с целью систематизации базы данных (сведения о производителе, регистрации, комплектации, цене и т.д.) для прослеживания медицинской техники от производителя к конечному потребителю;

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 расходов на обновление основных средств*;

6) обеспечение подготовки инженеров и медицинских техников по обслуживанию медицинской техники с базовым образованием, внедрение штатных единиц сервисных работников по медицинской технике в лечебных организациях.

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

Кроме того, будет внедрен механизм долгосрочного планирования закупа медицинской техники и оказаны меры поддержки конкурентоспособным отечественным производителям.

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 информатизации отрасли здравоохранения) 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, организаций социального страхования и социальной защиты.

Доступ к ресурсам электронного здравоохранения и регулярное введение необходимой информации станут обязательным условием для лицензирования, аккредитации субъектов медицинской и фармацевтической деятельности.

Будет повышен потенциал работников отрасли здравоохранения по вопросам 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 сервисная 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.

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 будут поэтапно внедряться самостоятельная онлайн-запись пациентов на прием к медицинским работникам, консультирование в режиме реального времени и наблюдение пациентов с использованием персональных стационарных компьютеров и смартфонов.

Будет расширена национальная телемедицинская сеть*, совершенствованы информационные технологии в рамках существующих информационных систем для управления и координации работы кластерной системы.

Для успешной реализации предусмотренных мер и обеспечения эффективного использования информационных систем будут реализованы широкомасштабные мероприятия по обучению специалистов системы здравоохранения по вопросам информатизации.

6. Сроки реализации Программы

Реализация Программы рассчитана на 2016–2019 годы и предусматривает:

- 1) формирование службы общественного здоровья;
- 2) приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи;
- 3) развитие интеграции всех уровней медицинской помощи;
- 4) развитие эффективности менеджмента в здравоохранении, внедрение элементов корпоративного управления;
- 5) дальнейшее развитие частного сектора и конкуренции в здравоохранении: доверительное управление и приватизация объектов здравоохранения, развитие частной семейной практики;
- 6) развитие стратегического управления человеческими ресурсами;
- 7) модернизацию медицинского образования, интеграцию медицинской науки, образования и практики;
- 8) дальнейшее развитие школьной медицины в системе здравоохранения;

- 9) совершенствование лекарственного обеспечения на основе международных стандартов;
- 10) внедрение обязательного социального медицинского страхования;
- 11) развитие системы управления качеством медицинских услуг через партнерство государства, профессиональных сообществ и пациентов;
- 12) повышение эффективности и оптимизацию инфраструктуры здравоохранения;
- 13) дальнейшее развитие информационных технологий в здравоохранении.

7. Необходимые ресурсы

На реализацию Программы в 2016-2019 годах будут направлены средства государственного бюджета, а также другие, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.

Общие затраты на реализацию Программы составят 1 969 729 500 тыс. тенге.

В дальнейшем к общему объему финансирования из средств бюджета будут добавлены средства Фонда СМС.

Объем финансирования Программы будет уточняться при утверждении республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан и исходя из возможности доходной части республиканского и местных бюджетов, Фонда социального медицинского страхования, а также привлечением других альтернативных источников.

Примечание:

** - реализация мероприятий будет осуществляться путем привлечения частных инвестиций и других альтернативных источников финансирования;*

*** - реализация мероприятий будет осуществляться исходя из доходной части Фонда социального медицинского страхования*