



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

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 2015 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 | Указ Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года»; Послание Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства»; Послание Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. народу Казахстана от 11 ноября 2014 года «Нурлы жол - путь в будущее»; Национальный план 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 реализации | 2016-2019 годы |
| Целевой индикатор | К 2020 году уровень ожидаемой продолжительности жизни достигнет 73 лет |
| Источники и объемы | На реализацию Программы в 2016-2019 годах будут направлены |

| | | | | |
|----------------|--|------------------------|----------------|-----------------------------|
| финансирования | 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 1 969 729 500 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 (ПК - 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 контролируется 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 завершена 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 категоризованных 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 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|---|---|----------------|---|--|-------|------|------|------|------|----|
| 1 | Уровень ожидаемой продолжительности жизни | Количество лет | Официальные данные Комитета по статистике МНЭ | МЗСР, МВД, МОН, МНЭ, МСХ, МКС, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 71,62 | 71,7 | 71,8 | 72,2 | 72,6 | 73 |

Программные цели

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

2. Модернизация национальной системы здравоохранения, ориентированной на эффективность, финансовую устойчивость и поддержку социально-экономического роста.

Программная цель 1: Внедрение новой политики по охране здоровья общества на основе интегрированного подхода к профилактике и управлению болезнями. Достижение данной цели будет измеряться следующим целевым индикатором:

| № 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 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | Количество ДТП с пострадавшими | абс. | Ведомственная статистическая отчетность МВД | МВД, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 20378 | 19970 | 19570 | 19178 | 18794 | 18418 |
| 2 | Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений | на 100 000 нас. | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР, МВД, МОН, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 87,8 | 87,5 | 84,9 | 82,3 | 79,8 | 77,5 |

| | | | | | | | | | | |
|----|---|-----------------------|---|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 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 | 17,2 | 17,0 | 16,9 | 16,7 |
| 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 | 0,26 | 0,33 | 0,41 | 0,51 |
| 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 | 6,2 | 5,9 | 5,6 | 5,3 |
| 6 | Заболеваемость туберкулезом | на 100 000 нас. | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР, МНЭ, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 66,4 | 64,7 | 63,1 | 61,5 | 59,9 | 57,0 |
| 7 | Заболеваемость туберкулезом среди осужденных | на 100 000 осужденных | Ведомственная статистическая отчетность МВД | МВД | 799,0 | 790,0 | 780,0 | 770,0 | 760,0 | 750,0 |
| 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 | 315,9 | 315,9 | 315,9 | 315,9 |
| 9 | Охват граждан, занимающихся физической культурой и спортом | % | Ведомственная статистическая отчетность МКС | МКС, МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 25,1 | 26,0 | 27,0 | 28,0 | 29,0 | 30,0 |
| 10 | Охват детей и подростков, занимающихся физической | % | Ведомственная статистическая | МКС, МОН, МЗСР, акиматы городов | 13,0 | 13,5 | 14,0 | 14,5 | 15,0 | 15,1 |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|-----------------|--|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | культурой и спортом на базе детско-юношеских спортивных школ | | отчетность МКС | Алматы и Астаны, областей | | | | | | | |
| 11 | Распространенность ожирения | на 100 000 нас. | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 278,3 | 270,0 | 256,5 | 243,6 | 231,4 | 220,0 | |
| 12 | Доля общеобразовательных учреждений, реализующих программы по профилактике наркомании и поведенческих болезней | % | Ведомственная статистическая отчетность МОН | МОН, МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 50,0 | 64,0 | 78,0 | 85,0 | 90,0 | 100,0 | |
| 13 | Количество лиц, состоящих на наркологическом учете с пагубным потреблением и зависимостью от наркотиков | на 100 000 нас. | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР, МВД | 194,3 | 193,0 | 192,0 | 191,0 | 190,0 | 189,0 | |

Задача 2. Совершенствование профилактики и управления заболеваниями

Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

| № 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 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 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 | 6,97 | 6,8 | 6,28 |
| 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 | 11,4 | 11,3 | 11,2 |
| 3 | Младенческая смертность | на 1000 родившихся живыми | Официальные данные Комитета по статистике | МЗСР, акиматы городов Алматы и | 9,72 | 9,7 | 9,6 | 9,5 | 9,4 | 9,1 |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | | | | Астаны, областей | | | | | | | |
| 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 | 203,1 | 201,7 | 200,2 | 200,0 | |
| 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 | 4,3 | 4,1 | 4,0 | |
| 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 | 93,3 | 93,1 | 92,9 | |
| 7 | 5-летняя выживаемость больных с злокачественными и новообразованиями | % | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 50,2 | 50,6 | 50,8 | 51,0 | 51,2 | 51,4 | |
| 8 | Ранняя выявляемость злокачественных новообразований (1-2 стадия) | % | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 55,8 | 56,6 | 57,4 | 58,2 | 59,0 | 59,8 | |
| 9 | Число прикрепленного населения на 1 ВОП | чел. | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 2303 | 2194 | 1954 | 1791 | 1672 | 1577 | |
| 10 | Доля финансирования ПМСР в рамках ГОБМП ² | % | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 26 | 28 | 30 | 32,5 | 35 | 40,0 | |
| 11 | Уровень потребления стационарной помощи, | Число койко-дней на 1000 | Ведомственная статистическая | МЗСР, акиматы городов Алматы и | 1176 | 1172 | 1170 | 1160 | 1140 | 1130 | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------|----------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| финансируемой в условиях ЕНСЗ | населения | отчетность МЗСР, МИО | Астаны, областей | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------|----------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|

²Далее по всему тексту с 2017 года - в системе ОСМС

Программная цель 2: Модернизация национальной системы здравоохранения, ориентированной на эффективность, финансовую устойчивость и поддержку социально-экономического роста.

Достижение данной цели будет измеряться следующим целевым индикатором:

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

Для решения поставленной цели предусматривается решение следующих задач:

Задача 1: Повышение эффективности управления и финансирования системы здравоохранения.

Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

| № | Показатели результатов | ед. изм. | Источники информации | Ответственные за исполнение | 2014 (факт) | 2015 (оценка) | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|--|----------|--|---|-------------|---------------|------|------|------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | Доля населения, за которое ФСМС получены отчисления и взносы на СМС | % | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР, МФ, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | - | - | - | 80 | 80 | 81 |
| 2 | Соотношение средней заработной платы врачей к средней заработной плате в экономике | | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 1,0 | 0,9 | 1,0 | 0,9 | 0,9 | 1,1 |
| 3 | Доля медицинских организаций, имеющих высокий рейтинг по уровню менеджмента | % | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 6,5 | 6,8 | 7,1 | 7,4 | 7,7 | 8,0 |
| 4 | Доля частных поставщиков | % | Ведомственная статистическая | МЗСР, акиматы городов | 27,4 | 28,5 | 29,3 | 30,5 | 31,6 | 32,0 |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|-----------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| медицинских услуг в рамках ГОБМП | | отчетность МЗСР | Алматы и Астаны, областей | | | | | | | |
|----------------------------------|--|-----------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

Задача 2. Повышение эффективности использования ресурсов и совершенствование инфраструктуры отрасли.

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 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 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 | 23,9 | 25,2 | 26,6 |
| 2 | Доля выпускников резидентуры, успешно прошедших независимую экзаменацию с первого раза | % | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР | - | 60 | 70 | 77 | 85 | 90; |
| 3 | Удельный вес внедренных новых медицинских технологий от числа разрешенных к применению в РК | % | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР | 30 | 45 | 50 | 50 | 50 | 52 |
| 4 | Доля публикаций в международных рецензируемых изданиях в общем количестве международных публикаций | % | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР, МОН | 9,56 | 10,5 | 12 | 13,5 | 15 | 17 |
| 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 | 57 | 58 | 60 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 6 | Обеспеченность амбулаторно-поликлиническим и организациями | на 10 тыс. населения | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР акиматы, городов Алматы и Астаны, областей | 4,5 | 4,5 | 4,8 | 5,5 | 6,0 | 6,5 |
| 7 | Охват населения электронными паспортами здоровья | % | Ведомственная статистическая отчетность МЗСР | МЗСР, акиматы городов Алматы и Астаны, областей | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 50 |
| 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 | 16 | 16 | 16 |

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 С03.

Основными направлениями деятельности С03 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 С03 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 С03 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 С03 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 С03 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 С03 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 С03 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 (врачи 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 участковыми врачами.

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, акушеров

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 СМП, 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 СМП 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 надлежащей 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 CPP.

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 социального 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 ОСМС и государственными органами по обеспечению медицинской помощи 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 приоритизации 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 клинко-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 ОСМС, 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 ОСМС потребует разработки и внедрения более эффективных и прозрачных механизмов контроля и управления объемами потребляемых медицинских услуг. Совместно с местными исполнительными органами будет продолжена политика недопущения необоснованного роста общей коечной мощности стационарных медицинских услуг.

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 ОСМС 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;

б) 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 запуску 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*;

б) 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 сроком 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*

© 2012. РГП на ПХВ Республиканский центр правовой информации Министерства юстиции Республики Казахстан