

The cover features a light blue background with a white rectangular area in the center. A thin blue border frames the white area. The title is centered within this white area.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОКЛАД
О РАЗВИТИИ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗА 2012-2022 ГОДЫ

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение благодарности.....	5
Рисунки.....	6
Таблицы.....	9
Введение.....	10
Глава 1. Система здравоохранения Республики Казахстан: социально-экономический и международный контекст. Реформы.....	11
1.1 Социально-экономический профиль.....	12
1.2 Реформы системы здравоохранения.....	14
1.2.1. Краткое описание ключевых реформ системы здравоохранения.. в динамике за последние 10 лет.....	14
1.2.2 Ресурсы здравоохранения.....	19
1.2.3 Внедрение системы ОСМС.....	26
1.3 Здравоохранение Казахстана в глобальном мире.....	29
1.3.1 Глобальный рейтинг целей устойчивого развития/ООН.. Выполнение Казахстаном ЦУР ООН №3 (Здравоохранение).....	29
1.3.2 Место Казахстана в международных рейтингах.....	30
Выводы и рекомендации.....	32
Глава 2. Состояние здоровья населения (Health Status).....	33
2.1 Основные показатели здоровья населения.....	34
2.1.1 Ожидаемая продолжительность жизни при рождении.....	34
2.1.2 Общая смертность.....	35
2.1.3 Показатель младенческой смертности.....	36
2.1.4 Показатель материнской смертности.....	38
2.2 Основные неинфекционные заболевания и факторы риска.....	39
2.2.1 Показатели заболеваемости (распространенность, первичная заболеваемость, смертность) по основным классам НИЗ.....	39
2.2.2 Динамика и структура заболеваемости детей 0-14 лет.....	40
2.2.3 Динамика и структура заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста (от 60 лет и старше).....	41
2.2.4 Динамика и структура заболеваемости лиц трудоспособного возраста.....	43
Выводы и рекомендации.....	44
2.2.5 Болезни системы кровообращения.....	44

2.2.6 Злокачественные новообразования	47
2.2.7 Травмы и отравления	54
2.2.8 ВИЧ/СПИД	59
2.2.9 Сахарный диабет	62
Выводы и рекомендации.....	64
2.2.10 Туберкулез.....	65
Выводы и рекомендации.....	68
Глава 3. Реализация политики здравоохранения за 10 лет.....	69
3.1 Развитие служб здравоохранения и оказание медицинской помощи	70
3.1.1. Служба общественного здравоохранения	70
3.1.2. Служба охраны психического здоровья.....	79
Выводы и рекомендации.....	79
3.1.3 Скорая медицинская помощь и санитарная авиация	83
3.1.4 Первичная медико-санитарная помощь	89
Выводы и рекомендации.....	96
3.1.5 Специализированная и высокоспециализированная медицинская помощь.....	96
3.1.5.1 Развитие кардиологической и кардиохирургической служб.....	96
3.1.5.2 Развитие нейрохирургической службы.....	99
3.1.5.3 Служба родовспоможения	102
3.1.5.4 Медицинская реабилитация	103
Выводы и рекомендации.....	109
3.1.5.5 Паллиативная помощь.....	110
3.1.5.6 Пандемия COVID-19.....	110
3.2 Организация и управление качеством медицинской помощи.....	112
3.2.1 Аккредитация в области здравоохранения.....	112
Выводы и рекомендации.....	119
3.2.2 Рациональная клиническая практика	119
3.3 Инфраструктура здравоохранения	120
3.3.1 Национальный оператор в области здравоохранения.....	123
3.4. Совершенствование политики обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями.....	124
3.4.1 История, динамика и перспективы политики обеспечения	

лекарственными средствами и медицинскими изделиями.....	124
3.4.2 Обеспечение населения лекарственными средствами и медицинскими изделиями.....	126
3.4.3 Развитие единой дистрибьюции.....	128
3.4.4 Совершенствование Формулярной системы.....	132
Выводы и рекомендации.....	133
3.5 Развитие человеческого капитала в системе здравоохранения.....	134
3.5.1. История развития человеческого капитала в системе здравоохранения.....	134
3.5.2. Анализ текущего состояния человеческого капитала в системе здравоохранения.....	137
3.5.2.1 Оценка существующих кадровых ресурсов в сфере здравоохранения.....	137
Выводы и рекомендации.....	143
3.5.3 Анализ требований и вызовов, стоящих перед системой здравоохранения в части КРЗ.....	145
3.5.3.1. Техническое и профессиональное образование (ТиПО) в здравоохранении.....	145
3.5.3.2 Высшее медицинское образование.....	146
3.5.3.3. Послевузовское образование.....	147
3.5.3.4. Непрерывное профессиональное развитие медицинских кадров.....	147
Выводы.....	149
3.5.3.5 Исследовательский потенциал здравоохранения.....	149
Выводы и рекомендации.....	159
3.6 Финансирование здравоохранения.....	152
ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ.....	160
Сокращения и аббревиатуры.....	165
Источники.....	169

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Национальный доклад о состоянии и развитии системы здравоохранения за 2012-2022 годы (далее – Доклад) подготовлен Национальным научным центром развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой при поддержке Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Целью настоящего документа является подведение итогов деятельности органов, организации и структур национальной системы охраны здоровья Республики Казахстан за прошедшие 10 лет, проанализировать обоснованность и результативность проведенных реформ, изучить международный опыт, определить место здравоохранения республики в мировых рейтингах оценки здоровья и системы здравоохранения и наметить пути дальнейшего совершенствования системы.

Все приведенные данные в Докладе получены из статистических отчетов субъектов здравоохранения, официальных данных государственных органов республики и международных организаций и независимых источников.

Выражаем признательность за особый вклад в подготовке Доклада государственным и иным организациям здравоохранения регионального и республиканского значения, а также независимым экспертам, в том числе ответственным сотрудникам Министерства здравоохранения.

Надеемся, что первый опыт публикации Доклада по здравоохранению найдет отклик среди организаторов здравоохранения, руководителей других ведомств и ежегодное подведение итогов года в виде Национального доклада о состоянии и развитии системы здравоохранения станет традицией в дальнейшем.

Уверены, что в эпоху глобального потока информации из самых различных, порой весьма сомнительных источников, наличие доступной, официальной и, главное, достоверной информации будет полезным для всех, кто интересуется вопросами здравоохранения.

РИСУНКИ

Рисунок 1 - Общие расходы государственного бюджета, в % от ВВП, в сравнении с ОЭСР в 2021 году [5]	13
Рисунок 2 - Текущие расходы на здравоохранение, в % от ВВП, в сравнении с ОЭСР	19
Рисунок 3 - Динамика агрегированных показателей расходов на здравоохранение за 2012 - 2022 годы, млрд.тенге	20
Рисунок 4 - Динамика уровня общих расходов (ОРЗ) и текущих расходов (ТРЗ) на здравоохранение, в % от ВВП за 2012 - 2022 годы	20
Рисунок 5 - Структура текущих расходов на здравоохранение в % от ТРЗ	21
Рисунок 6 - Структура расходов в разрезе схем финансирования, в сравнении с ОЭСР и странами группы сравнения	22
Рисунок 7 - Динамика доли карманных расходов, в % от текущих расходов на здравоохранение	22
Рисунок 8 - Государственные расходы на здравоохранение, в % ВВП и в долл. США по ИПС на душу населения, в сравнении со странами ОЭС [9]	23
Рисунок 9 - Динамика государственных расходов на здравоохранение, в % ВВП и в млрд. тенге	24
Рисунок 10 - Распределение текущих государственных расходов по услугам, %	24
Рисунок 11 - Структура государственных расходов как доля от текущих расходов на здравоохранение в динамике и в сравнении со странами ОЭСР	24
Рисунок 12 - Динамика доли частных расходов здравоохранения в % от текущих расходов на здравоохранение	25
Рисунок 13 - Номинальные и реальные (в ценах 2017 года) платежи населения в динамике, в тыс. тенге	25
Рисунок 14 - Распределение расходов домохозяйств по услугам здравоохранения	26
Рисунок 15 - Структура карманных расходов на здравоохранение как доля от текущих расходов в динамике	26
Рисунок 16 - Казахстан в рейтинге IMD	31
Рисунок 17 - Показатель ОПЖ в РК за 10 лет	34
Рисунок 18 - Динамика ожидаемой продолжительности жизни женщин и мужчин при рождении в Республике Казахстан за 2013-2022 годы	35
Рисунок 19 - Динамика показателя младенческой смертности в Республике Казахстан за 2013-2022 годы	37
Рисунок 20 - Динамика показателя материнской смертности в Республике Казахстан за 2013-2022 годы	38
Рисунок 21 - Динамика показателя первичной заболеваемости в Республике Казахстан за 2013 - 2022 годы	39
Рисунок 22 - Динамика показателя первичной заболеваемости детей от 0 до 14 лет в Республике Казахстан за 2013-2022 годы	41
Рисунок 23 - Динамика показателя первичной заболеваемости у лиц старше трудоспособного возраста в Республике Казахстан за 2013-2022 годы	42
Рисунок 24 - Динамика показателя первичной заболеваемости у лиц трудоспособного возраста в Республике Казахстан за 2013-2022 годы	43
Рисунок 25 - Динамика смертности от БСК	44
Рисунок 26 - Динамика первичной заболеваемости БСК (на 100 тыс. населения)	45
Рисунок 27 - Число больных 18 лет и старше, состоящих на диспансерном учете по БСК в разрезе регионов Республики на конец 2022 года	45
Рисунок 28 - Удельный вес смертности от БСК среди всех причин смертности	45
Рисунок 29 - Динамика смертности от БСК (на 100 тыс. населения)	47

Рисунок 30 – Динамика первичной заболеваемости населения Казахстана ЗНО (на 100 тысяч населения).....	48
Рисунок 31 – Контингенты больных, состоящих на диспансерном учете по ЗНО в разрезе регионов страны на конец 2022 года.....	49
Рисунок 32 – Динамика смертности населения Казахстана от ЗНО (на 100 тысяч населения).....	49
Рисунок 33 – Удельный вес умерших от ЗНО среди умерших от всех причин (в %).....	50
Рисунок 34 – Динамика пятилетней выживаемости больных ЗНО (%).....	51
Рисунок 35 – Охват населения подлежащих возрастным групп скрининговыми осмотрами на раннее выявление ЗНО.....	53
Рисунок 36 – Число впервые выявленных больных ЗНО I стадии.....	53
Рисунок 37 – Число впервые выявленных больных по визуально-доступным локализациям ЗНО на III-IV стадии.....	54
.....	55
Рисунок 38 – Удельный вес смертности от несчастных случаев, травм и отравлений среди всех причин смертности.....	55
Рисунок 39 – Число травм по локализации.....	55
Рисунок 40 – Динамика смертности от несчастных случаев, травм и отравлений.....	57
Рисунок 41 – Удельный вес смертности от несчастных случаев, травм и отравлений среди всех причин смертности.....	57
Рисунок 42 – Распространенность ВИЧ инфекции в возрасте 15-49 лет в странах ВЕЦА.....	59
Рисунок 43 – Динамика заболеваемости ВИЧ инфекцией.....	60
Рисунок 44 – Динамика регистрации случаев ВИЧ инфекции.....	61
Рисунок 45 – Динамика показателя смертности от СПИД.....	61
Рисунок 46 – Заболеваемость Сахарным диабетом (на 100 тысяч населения).....	62
Рисунок 47 – Основные эпидемиологические показатели по ТБ на 100.тыс населения.....	66
Рисунок 48 – Показатель заболеваемости, детской заболеваемости ТБ и смертности от ТБ, на 100 тысяч.....	66
Рисунок 49 – Показатель эффективности в % от пролеченных.....	66
Рисунок 50 – Целевые показатели Стратегии endTB на 2025 год.....	68
Рисунок 51 – Национальная скрининговая программа.....	71
Рисунок 52 – Информирование населения через ТВ.....	72
Рисунок 53 – Информация о молодежном Центре здоровья.....	72
Рисунок 54 – Охват вакцинацией целевых групп населения.....	74
Рисунок 55 – Контингенты больных.....	80
Рисунок 56 – Выполненные вылеты.....	84
Рисунок 57 – Количество пациентов, обслуженных по линии медицинская авиация.....	85
Рисунок 58 – Медицинские услуги.....	85
Рисунок 59 – Вылеты за рубеж.....	85
Рисунок 60 – Вылеты специалистов по изъятию донорских органов.....	86
Рисунок 61 – Дистанционные медицинские услуги.....	86
Рисунок 62 – Количество вызовов СМП за период 2012 - 2022 гг.....	87
Рисунок 63 – Доля опозданий СМП за период 2013-2022 гг. (%).....	87
Рисунок 64 – Структура догоспитальной смертности в присутствии бригад СМП за период 2015 - 2022 гг. (%).....	88
Рисунок 65 – Показатель успешной реанимации.....	88
Рисунок 66 – Структура организаций, оказывающих ПМСП.....	90
Рисунок 67 – Динамика изменения структуры врачебного приема участковой службы 2017-2022.....	91
Рисунок 68 – Динамика нагрузки на одного ВОП.....	91
Рисунок 69 – Национальный проект «Модернизация сельского здравоохранения».....	93

Рисунок 70 - Динамика расходов на ПМСП.....	94
Рисунок 71 - Динамика роста заработной платы участковой службы.....	94
Рисунок 72 - Коэффициенты изношенности зданий медицинских организаций.....	94
Рисунок 73 - Структура и объем оказания медицинских услуг мобильными службами и посредством дистанционных услуг.....	95
Рисунок 74 - Динамика кардиохирургических операций и интервенционных вмешательств.....	97
Рисунок 75 - Количество операций на открытом сердце.....	97
Рисунок 76 - Количество интервенционных вмешательств.....	97
Рисунок 77 - Количество операций детям при ВПС в разрезе возрастных групп.....	98
Рисунок 78 - Динамика рождаемости.....	103
Рисунок 79 - Количество детей с инвалидностью за 10 лет.....	105
Рисунок 80 - Структура первичной инвалидности.....	106
Рисунок 81 - Структура сети реабилитационных центров.....	108
Рисунок 82 - Динамика охвата медицинской реабилитацией детей с инвалидностью.....	108
Рисунок 83 - Охват медицинской реабилитацией в 2022 г.....	108
Рисунок 84 - Вовлеченность медицинских организаций Республики Казахстан в национальную аккредитацию в период с 2012 по 2022 годы.....	116
Рисунок 85 - Динамика вовлеченности медицинских организаций Республики Казахстан с частной формой собственности в национальную аккредитацию.....	117
Рисунок 86 - Участие медицинских организаций Республики Казахстан, предоставляющих стационарную и амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь в аккредитации.....	117
Рисунок 87 - Динамика вовлеченности медицинских организаций детского профиля в процесс аккредитации по Республике Казахстан.....	118
Рисунок 88 - Динамика участия стоматологий и офтальмологий в процессе аккредитации.....	118
Рисунок 89 - Состояние закупа ЛС и МИ.....	128
Рисунок 90 - Динамика закупа ЕД за 2010 - 2022 г (в млрд.тг.) по перечню ЕД.....	129
Рисунок 91 - Общая экономия средств.....	130
Рисунок 92 - Динамика закупа ЕД у ОТП за период 2010- 2022 года.....	131
Рисунок 93 - Динамика закупа ЕД у ОТП в рамках ДД за 2020 -2022 гг.....	131
Рисунок 94 - Покрытие ОТП наименований в разрезе АТХ групп.....	132
Рисунок 95 - Кадровые ресурсы.....	137
Рисунок 96 - Количество медицинских работников за 2013-2022 гг.....	138
Рисунок 97 - Динамика обеспеченности медицинскими работниками за 2013-2022 гг.....	138
Рисунок 98 - Динамика обеспеченности сельского населения медицинскими работниками за 2013-2022 гг.....	140
Рисунок 99 - Динамика дефицита медицинских кадров за 2013-2022 гг.....	140
Рисунок 100 - Миграция медицинских кадров за 2013-2022 гг.....	142
Рисунок 101 - Возрастной состав медицинских работников на 01.01.2023 г.....	142
Рисунок 102 - Врачи трудоспособного, предпенсионного и пенсионного возрастов.....	143
Рисунок 103 - Количество обученных медицинских работников в рамках РБП 005 за 2016-2022 гг.....	148
Рисунок 104 - Уровень текущих расходов на здравоохранение в Казахстане в 2022 году в сравнении со странами ОЭСР и СНГ.....	157

ТАБЛИЦЫ

Таблица 1- Основные показатели развития экономики Казахстана.....	13
Таблица 2 - Категории плательщиков.....	29
Таблица 3 - Показатели по индикаторам ЦУР 3 - Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте.....	30
Таблица 4 - Рейтинг стран по системе здравоохранения за 2021 год на основе данных CEOWORLD[10].....	31
Таблица 5 - ОПЖ в цифрах.....	34
Таблица 6 - Динамика показателя смертности в Республике Казахстан за 2013-2022 годы.....	36
Таблица 7 - Динамика и структура заболеваемости детей 0-14 лет с диагнозом, установленным впервые в жизни (на 100 тысяч человек соответствующего населения).....	40
Таблица 8 - Показатели смертности от БСК в разрезе регионов Республики Казахстан за 2013-2022 годы.....	46
Таблица 9 - Показатели смертности от ЗНО в разрезе регионов Республики Казахстан за 2013-2022 годы.....	50
Таблица 10 - Обеспеченность населения врачами травматологами-ортопедами (включая комбустиологов).....	56
Таблица 11 - Рейтинг стран мира по уровню самоубийств.....	58
Таблица 12 - Стратегия 95/95/95.....	59
Таблица 13 - Динамика достижения целей 90/90/90 и 95/95/95.....	61
Таблица 14 - Число больных, состоящих на диспансерном учете по сахарному диабету в разрезе регионов страны на конец 2022 года.....	63
Таблица 15 - Контингенты больных.....	80
Таблица 16 - Количество услуг, оказанных АПО за 2022 год.....	92
Таблица 17 - Распределение услуг ПМСП и КДУ между городским и сельским населением.....	95
Таблица 18 - Скрининговые осмотры БСК.....	98
Таблица 19 - Потребности в реабилитационных услугах во данным ВОЗ [16].....	104
Таблица 20 - Количество фактических коек восстановительного лечения и медицинской реабилитации за 2014-2022 годы.....	104
Таблица 21 - Численность детей с ЦП в РК за 2018-2022 гг.....	106
Таблица 22 - Количество организаций восстановительного лечения и медицинской реабилитации для детей.....	107
Таблица 23 - Перечень АЛО.....	126
Таблица 24 - ТОП 10 нозологий по сумме расходов.....	130
Таблица 25 -ТОП 10 нозологий по количеству больных*.....	131
Таблица 26 - обеспеченность медицинскими работниками на 10 000 населения в Странах ОЭСР.....	139
Таблица 27 - Коэффициент совместительства врачей за 2018-2022 гг.....	141
Таблица 28 - Характеристика основных моделей здравоохранения.....	155

ВВЕДЕНИЕ

Система здравоохранения, как один из важнейших приоритетов социальной политики государства, отражает уровень его экономического, политического и социального развития, а также уровень развития научного потенциала. Несомненно, принятие политических решений по улучшению ситуации в сфере охраны здоровья граждан зависит от финансово-экономических возможностей страны, и главной задачей государственной политики в области здравоохранения любой страны является обеспечение устойчивости системы в условиях макроэкономических и геополитических колебаний для сохранения необходимого уровня доступа всего населения к качественным медицинским услугам.

Национальная система здравоохранения Республики Казахстан, несмотря на все сложности этапа становления, сохранила принцип бесплатности и всеобщей доступности медицинской помощи и ее развитие сопровождалось трансформационными реформами на разных этапах модернизации экономики и в каждом последующем десятилетии принимался и был реализован ряд национальных программ, нацеленных на комплексное улучшение здравоохранения.

Так, в условиях жесткого экономического кризиса в 1998 году была утверждена первая Государственная Программа «Здоровье Народа», ставшая отправной точкой дальнейшего развития здравоохранения республики. Важно помнить, что в тот период активно обсуждался вопрос разгосударствления всей системы с передачей большей части объектов здравоохранения в конкурентную среду и принятие данной государственной программы сохранило государственную сеть, обеспечивая население минимальным объемом медицинских услуг соразмерных объему финансирования того периода. И впоследствии дальнейшее развитие отрасли неоднократно подтвердило правильность данного решения.

В дальнейшем по мере роста экономических возможностей страны принимались Государственные программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы, «Саламатты Қазақстан 2011–2015 годы» и «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина “Здоровая нация”»

с задачами и мерами по комплексному обновлению и улучшению всех составляющих национального здравоохранения.

Указанные программы позволили существенно увеличить ресурсное наполнение отрасли, привлечь в систему дополнительные финансовые вливания и за короткий промежуток времени здравоохранению Казахстана удалось сделать заметный прогресс в своем развитии, осваивая и внедряя современные методы диагностики и лечения заболеваний с использованием новейших технологий и лекарственных средств.

Вместе с тем, здравоохранение является отраслью, требующей перманентного развития ввиду своей востребованности и наукозависимости. Успехи определенного этапа развития могут оказаться устаревшими за короткий промежуток времени.

Кроме того, определенное давление на систему накладывает и постоянно растущий спрос населения на инновационные и дорогостоящие виды услуг и лекарственных средств, что связано с глобализацией отношений и доступом населения к информационным технологиям. В этих условиях ситуация требует постоянного анализа происходящих изменений в мире и адаптации имеющейся модели здравоохранения к мировым трендам, что в свою очередь должно заставить руководство отрасли своевременно принимать соответствующие управленческие решения на высшем уровне для удовлетворения потребностей населения в условиях постоянного бюджетного дефицита.

Поэтому для обеспечения поступательного движения вперед нужна историческая память и постоянный анализ пройденного пути для сохранения и развития успешных опытов и недопущения ошибочных решений в будущем.

Настоящий Доклад впервые подводит итог десятилетнему развитию здравоохранения Республики Казахстан и ставит задачу определить дальнейшие ориентиры для устойчивого развития отрасли, основанных на статистическом, научном и экспертном анализе.

Все приведённые данные в Докладе являются официальными и при публикации аналогичных материалов в любых источниках данные настоящего Доклада считаются достоверными.



ГЛАВА 1.

**СИСТЕМА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН:**

**СОЦИАЛЬНО-
ЭКОНОМИЧЕСКИЙ И
МЕЖДУНАРОДНЫЙ
КОНТЕКСТ.
РЕФОРМЫ**

ГЛАВА 4. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН: СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ И МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНТЕКСТ. РЕФОРМЫ

1.1 Социально-экономический профиль

Казахстан – государство Центральной Азии, занимает площадь в 2,7 млн. квадратных километров и является 9-й страной в мире по территории с численностью постоянно проживающего населения всего 19,8 млн. человек (6,2 чел. на 1 кв. км), что влияет на организацию системы оказания медицинской помощи. Казахстан – многонациональная страна, в которой проживают представители более 100 этносов и 18 конфессий.

Республика находится на шестом месте в мире по запасам природных ресурсов. Согласно данным Доклада о человеческом развитии 2021/2022, Казахстан входит в список стран с очень высоким значением Индекса человеческого развития (0,811), занимая 56-е место среди 191 стран мира [1].

Несмотря на сокращение численности населения в 90-ых годах на 1 млн. 600 тысяч человек, или на 9,7% с 1992 по 2001 год, республике удалось выправить ситуацию в относительно короткий срок и добиться стабильного роста населения за счёт снижения миграционной убыли и увеличения естественного прироста населения.

Этому способствовала выверенная государственная политика в области народонаселения и принятый ряд ключевых решений. Так, несмотря на трудности начального этапа становления, Казахстан одним из первых среди стран бывшего СССР принял решение о возврате в страну этнических казахов, живущих за рубежом с созданием финансовых и социальных условий для их переезда на историческую родину. С момента принятия данного решения в 1991 году в республику вернулись свыше 1 миллионов казахов, значительно смягчив тем самым «демографическую яму», образовавшуюся после отъезда на историческую родину лиц других национальностей, насильно депортированных на территорию страны в прошлом столетии.

Вторым важным компонентом решения вопроса демографического кризиса стало стимулирование рождаемости путем создания различных экономических и социальных стимулов, позволивших обеспечить стабильно высокий рост рождаемости на протяжении последних двадцати лет. За период 2003–2022 годов естественный прирост составил 4 млн 209 тыс. человек и Казахстан является одной из немногих стран в мире, добившейся решения демографической проблемы за такой короткий промежуток времени.

Естественный прирост населения страны в среднем за 2019–2022 годы составил 1,4% ежегодно.

Население на 1 июля 2023 года составляет 19 899 377 человек, в том числе городское – 12 317 671 человек (61,9%) и сельское – 7 581 706 человек (38,1%). Численность женщин – 10 183 785 человек (51,2%), мужчин – 9 715 592 человек (48,8%). Казахстан является страной, находящейся в «преддверии старения» населения: доля населения в возрасте 63 и старше лет, достигает 11,4%. В то же время средний возраст казахстанцев составляет 32 года, что является благоприятным показателем для экономического роста страны, доля возрастной группы 0–15 лет составляет 30,3%.

При сохранении нынешних темпов роста население Казахстана продолжит увеличиваться, среднегодовая численность населения к 2050 году вырастет на 8,2 млн человек и достигнет 27,8 млн человек [2].

Казахстан является унитарным, светским государством с президентской формой правления. Административно-территориальная структура страны включает 17 областей и 3 города республиканского значения (Алматы, Шымкент и Астана) с различными экономическими возможностями и климатогеографическими условиями.

Поэтому при анализе затраченных средств и экономических показателей в определенной отрасли, а также формировании последующих заключений, необходимо учитывать не только происходящие изменения в отрасли, но и тенденции экономики в стране в целом в анализируемом временном промежутке.

ТАБЛИЦА 1– ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ КАЗАХСТАНА

Казахстан	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Население	16 910 246	17 160 855	17 415 715	17 669 896	17 918 214	18 157 337	18 395 567	18 631 779	18 879 552	19 503 159
ВВП, в текущих ценах, млн долл. США	236 633,3	221 417,7	184 387,0	137 278,3	166 806,3	179 337,8	181 665,9	171 083,7	197 055,6	220 472,1
ВВП на душу населения, в текущих ценах, долл. США	13 890,8	12 806,7	10 509,9	7 714,8	9 247,6	9 812,5	9 812,5	9 121,7	10 369,9	11 229,0
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет ⁽²⁰²⁰⁾	70,62	71,44	71,97	72,41	72,95	73,15	73,18	71,37		

После заметного снижения экономического роста, на который повлияли карантинные меры в 2020 году, в 2021-2022 годах мировая экономика показала положительную динамику, как и экономика Казахстана. Так, рост реального ВВП Казахстана восстановился уже в третьем квартале 2020 года и продолжился в первом квартале 2021 года с ростом на 1,9% по отношению к четвертому кварталу 2020 года.

По итогам 2022 года размер внутреннего валового продукта в Республике Казахстан составил 103 765 518,2 млн. тенге, индекс физического объема ВВП к уровню 2021 года составил 103,2%. Уровень благосостояния населения, выраженный в удельном показателе ВВП на душу населения в 2022 году, составил 5 284 727 тенге на 1 жителя страны.

Ход пандемии COVID-19 оказал существенное влияние на баланс и скорость восстановления экономики, которое происходит неравномерно – отрасли промышленности восстанавливаются быстрее, чем сектор услуг, который обеспечивает рабочие места для большей части населения и пострадал от пандемии больше других отраслей.

Таким образом, стимулирующие меры правительства, приток пенсионных сбережений и рост стоимости сырьевых товаров оказали существенную поддержку экономике, которая перешла от спада к росту в 2021-2022 годах. Более быстрому восстановлению экономики препятствовало сохранение карантинных мер, а также ограничительные квоты в рамках соглашения ОПЕК+ и сохранившийся спад инвестиций в нефтегазовом секторе.

Национальная экономика адаптировалась к неблагоприятным внешним условиям и вышла на путь стабильного роста. Вместе с тем обострение санкционной политики в мире, разрыв логистических цепочек, рост инфляции и цен на продукты питания продолжают оказывать большое влияние на замедление мировой экономики. В частности, Международный валютный фонд повысил прогноз мировой инфляции до 7% в 2023 году, а прогноз роста мировой экономики снизился до 2,8%.

В 2022 году валовый внутренний продукт составил 103,57 трлн. тенге (23,3% к 2021 году) или 11 393 долл. США на душу населения. Согласно классификации, применяемой международными институтами, Казахстан относится к числу стран с высоким-средним уровнем дохода [3,4].

Общие расходы государственного бюджета составили 21 232,4 млрд. тенге или 23,2% от ВВП. В странах ОЭСР этот показатель, по последним актуальным данным, в 2021 году составил в среднем 47,5% (рис. 1).

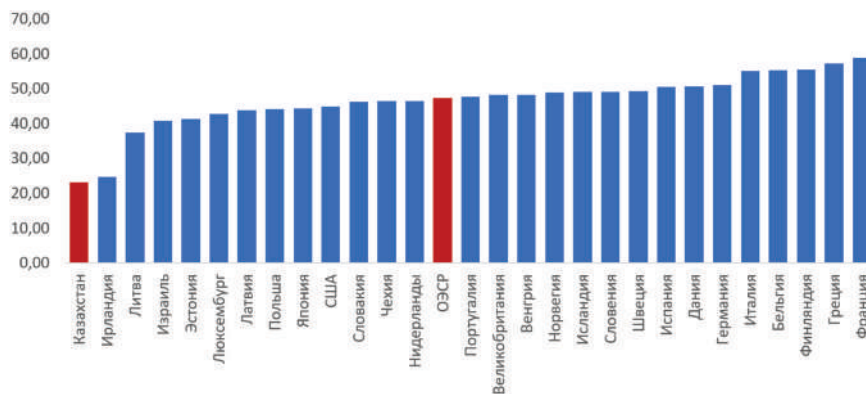


РИСУНОК 1 - ОБЩИЕ РАСХОДЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТА, В % ОТ ВВП, В СРАВНЕНИИ С ОЭСР В 2021 ГОДУ [5]
(ДАННЫЕ ПО КАЗАХСТАНУ – ЗА 2022 ГОД, ПО СТРАНАМ ОЭСР - ЗА 2021 ГОД)

По отчетам правительства республики, принятые меры позволили обеспечить стабилизацию развития экономики в целом. Так, в январе-марте 2023 года реальный рост ВВП составил 4,9%. Положительная динамика формируется по всем основным направлениям: в строительстве зафиксирован рост на 16%, в торговле – на 12%, в транспортной сфере – на 8%, в обрабатывающей промышленности – на 5,4%.

Кроме того, за три месяца инвестиции в основной капитал увеличились на 16%, а доходы государственного бюджета – на 24%. В свою очередь, при уточнении республиканского бюджета на текущий год это позволило выделить дополнительно 2,2 трлн тенге на социальные выплаты, развитие здравоохранения, образования, реального сектора экономики и инфраструктуры.

Вместе с тем международные резервы Казахстана составили \$94 млрд. В частности, активы Национального Фонда благосостояния выросли с начала прошлого года на \$3 млрд и достигли \$58 млрд.

При этом международные рейтинговые агентства подтвердили инвестиционный рейтинг Казахстана, а агентство Standard&Poor's в марте текущего года улучшило свой прогноз касательно экономики Казахстана [6].

Приведенные факты наглядно доказывают тесную связь развития здравоохранения от экономического роста страны, а также пережитая пандемия COVID-19 продемонстрировала всем экономикам стран мира, насколько ситуация в сфере охраны здоровья влияет на экономику и социальное благополучие. Кроме того, пандемия показала, насколько важна роль государства, межсекторального, межстранового сотрудничества и международных институтов в решении острых проблем охраны здоровья.

Только благодаря совместным усилиям и принятию беспрецедентных мер по международному сотрудничеству, обмену информации, а главное – доступу к эффективным лечебным технологиям, удалось остановить пандемию.

Вместе с тем, пандемия показала, что мир изменился и при организации собственной системы здравоохранения отныне всегда следует учитывать эффект глобализации и проводить анализ заболеваемости не только собственной страны, но и всех стран мира.

Помимо этого, отныне всем государствам так или иначе придется учитывать эффект Глобального потепления и воздействия изменения климата на здоровье людей, и в недалеком будущем это наверняка станет одной из важных проблем мирового здравоохранения.

1.2 РЕФОРМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.2.1. Краткое описание ключевых реформ системы здравоохранения

в динамике за последние 10 лет

Для более лучшего понимания процессов, происходящих в системе здравоохранения, необходимо провести анализ всех реформ, проведенных с момента обретения независимости страны.

Как указывалось выше, в первые годы независимости, в целях перестройки экономики на рыночные механизмы и привлечения дополнительных источников финансирования, в 1995 году Президентом был подписан указ «О медицинском страховании граждан», который предусматривал внедрение обязательного медицинского страхования для граждан с созданием Фонда ОМС. За три года в систему здравоохранения были внесены средства в размере 24,5 миллиарда тенге. В эти годы были внедрены меры по контролю качества медицинской помощи, развитию договорных отношений в здравоохранении, созданию информационной базы и другие.

Однако эти масштабные реформы были внедрены на фоне спада экономики и практической остановки производства, что стало причиной того, что первоначальные надежды, возложенные на ОМС, не оправдались. Долг Фонда перед больницами и поликлиниками нарастал, а из-за нехватки налоговых поступлений местные исполнительные органы перестали платить фонду взносы за социально уязвимые категории населения. Ситуация становилась социально-напряженной.

Поэтому для оперативного решения нарастающей проблемы, правительство приняло решение об упразднении Фонда ОМС и финансирование системы было возвращено на бюджетную модель с постатейным финансированием, что способствовало стабилизации

ситуации, и обеспечило сохранение имеющихся ресурсов отрасли.

Для дальнейшего развития системы Указом Президента в 1998 году была принята Государственная программа «Здоровье народа», ставившая целью улучшение состояния здоровья граждан путем разработки и осуществления планов мероприятий на разные периоды (краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные). Эти мероприятия позволили перевести систему здравоохранения на консолидированный бюджет, внедрив систему программно-целевого финансирования с учреждением государственного заказа.

При этом необходимо отметить, что в этот период происходила трансформация самого Министерства здравоохранения, которое было упразднено и передано в организационной форме комитета в ведение Министерства здравоохранения, образования, культуры и спорта.

После стабилизации положения, важным этапом развития отрасли стала «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы», направленная на создание эффективной системы оказания медицинской помощи с фокусом на улучшение здоровья населения. Программа строилась на принципах солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за здоровье. Особое внимание уделялось развитию первичной медицинской помощи (ПМСП). Предусматривалось годичное увеличение финансирования отрасли с целью достижения уровня в 4% от ВВП к 2010 году.

В этот период комитет здравоохранения сначала был выделен в самостоятельное агентство, а потом вновь преобразован с Министерством здравоохранения, так как для реализации масштабной реформы требовалось значительное усиление роли центрального уполномоченного органа.

Принятая государственная программа позволила существенно улучшить материально-техническое состояние государственной системы здравоохранения, дополнительно влив в систему финансов в сумме более 45 млрд. тенге.

Следующей задачей перед отраслью стало создание Единой национальной системы здравоохранения, так как децентрализация финансирования сохраняла фрагментарность, зависящую от финансовых возможностей регионов. Дисбаланс выделяемых финансов в расчёте на одного жителя стал нарастать и для жителей дотационных областей многие виды медицинских услуг оставались недоступными.

В рамках реализации данной государственной программы была принята Концепция Единой национальной системы здравоохранения (далее – ЕНСЗ), основанная на принципе свободного выбора поставщика медицинских услуг пациентом, развитии конкуренции и обеспечении прозрачности в здравоохранении. Задачами по внедрению ЕНСЗ являлись:

- дальнейшее совершенствование оказания стационарной помощи на основе свободного выбора пациента;
- развитие конкурентной среды;
- обеспечение доступности высокоспециализированной медицинской помощи;
- улучшение качества медицинских услуг;
- развитие дифференцированной оплаты для медицинских работников стационара и включение стимулирующих механизмов в амбулаторно-поликлиническом секторе.

В ходе реформы 2005-2010 гг. был создан единый плательщик гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) в лице Комитета оплаты медицинских услуг (далее – КОМУ) Министерства здравоохранения Республики Казахстан с территориальными департаментами в рамках стационарной и стационарно замещающей помощи при лечении заболеваний, за исключением психиатрических, инфекционных и туберкулезных.

Помимо этого, были созданы комитеты по контролю за качеством медицинских услуг и санитарно-противоэпидемического контроля.

Таким образом, в результате внедрения ЕНСЗ стало возможным создание конкурентной среды между медицинскими организациями путем внедрения принципа свободного выбора пациентом врача и медицинской организации. В свою очередь, это повышало уровень мотивации медицинских организаций (как поставщиков медицинских услуг) к оказанию доступной и качественной медицинской помощи.

Кроме того, в рамках ЕНСЗ впервые была создана единая электронная информационная

база, которая позволила повысить прозрачность процесса оказания медицинских услуг. Также внедрены эффективные международные стандарты управления качеством медицинских услуг (внедрение протоколов диагностики и лечения с единым подходом возмещения затрат и клинического ведения больного, проведение аккредитации медицинских организаций), что в свою очередь, повысило эффективность использования ресурсов государства на здравоохранение.

Важность проведенных реформ заключалась еще и в том, что впервые бюджетные средства стали распределяться среди поставщиков медицинских услуг по рыночным принципам, которые открыли перспективы для развития конкурентоспособных медицинских организаций.

Для дальнейшего развития отрасли была принята Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы», основной целью которой было укрепление здоровья граждан Республики Казахстан и создание эффективной системы здравоохранения для поддержания социально-демографического развития страны, путём улучшения межсекторального и межведомственного взаимодействия в области охраны здоровья граждан.

Программа «Саламатты Қазақстан 2011–2015» состояла из 2 этапов, разделенных на 2 временных промежутка 2011–2013 и 2014–2015 годы. Первый этап (2011–2013) ставил следующие задачи:

- Улучшение нормативно-правовой базы в области здравоохранения и ее адаптация к требованиям Таможенного союза и Всемирной торговой организации (ВТО).
- Повышение эффективности управления системой государственного санитарно-эпидемиологического надзора.
- Совершенствование системы дистрибуции лекарств и медицинских изделий.
- Интеграция института социальных работников в систему здравоохранения с разработкой соответствующей методики внедрения.
- Создание механизмов привлечения инвестиций в здравоохранение.
- На втором этапе (2014–2015 годы) предусматривались следующие задачи:
- Внедрение стратегий и методик, разработанных в первом этапе Программы.
- Расширение перечня предоставляемых медицинских услуг и лекарственных средств в рамках Государственной Обязательной Бесплатной Медицинской Помощи (ГОБМП).
- Создание социально ориентированной модели первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).
- Внедрение системы управления и финансирования здравоохранения, ориентированной на качество медицинских услуг.

Для достижения поставленных задач было выделено 359 358,9 млн. тенге. К концу программы планировалось достичь 25% охвата граждан, занимающихся физической культурой и спортом; снизить на 15% табакокурение, наркоманию и злоупотребление алкоголем среди населения; снизить материнскую и младенческую смертность в 1,5 раза; увеличить ожидаемую продолжительность жизни населения до 70 лет.

В результате реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан 2011–2015» на период 2011–2015 годов, был достигнут значительный прогресс в здравоохранении.

Успешное снижение материнской и младенческой смертности стало возможным благодаря внедрению эффективных перинатальных технологий. Так же следует отметить, что смертность от болезней системы кровообращения удалось снизить почти в два раза, а показатель смертности от злокачественных новообразований снизился на 11% по сравнению с уровнем 2009 года.

За счет эффективного использования ресурсов на стационарном уровне с 2010 года было сокращено более 10 тыс. коек, а перепрофилировано – более 12 тысяч и высвобожденные средства были направлены на развитие инновационных технологий в стране. В результате принятых мер снизилось число направлений на лечение за пределами Казахстана.

В период реализации государственной программы были успешно произведены первые операции по пересадке донорского сердца и печени, отечественные научные центры внедрили 4 из 8 технологий (эндоваскулярное лечение при мальформации сосудов; трансоральное удаление опухолей; трансплантация сердца, искусственного левого желудочка, печени, почек, поджелудочной железы, костного мозга, костей, стенозы гортани), по которым граждане

страны исторически могли получить лечение только в зарубежных клиниках.

Принцип свободного выбора врача и медицинской организации, внедренный на стационарном уровне в 2010 году, позволил сформировать конкурентную среду среди стационаров, добиться прозрачности оказания медицинских услуг и финансирования медицинских организаций по конечному результату в соответствии с системой государственного планирования, ориентированного на результат. Важно, что руководители больниц приобрели огромный опыт адаптации к современным требованиям в новых условиях государственного планирования, что стимулировало эффективное использование ресурсов и повышение качества управления.

Опыт работы в рамках ЕНСЗ показал, что принцип самостоятельного выбора поликлиники, стационара, врача безальтернативен. Пациент сам вправе сделать выбор. Прикрепление к той или иной поликлинике происходит по месту постоянного или временного проживания, работы, учебы с учетом права свободного выбора врача и медицинской организации.

Для обеспечения успешного развития ПМСП был проведен ряд существенных изменений: организации ПМСП с 2014 г. стали получать средства по комплексному подушевому нормативу, а также право самостоятельно выбирать субподрядные организации в зависимости от потребностей, нужд населения, структуры и показателей здоровья.

В условиях государственного планирования, ориентированного на результат в амбулаторном секторе здравоохранения внедрены две основные модели финансирования: в ПМСП – на основе подушевого норматива, а в клинично-диагностической помощи (КДП) – оплата по тарификатору. Это дало возможность повысить заинтересованность медработников в здоровом населении, а также стимулировало медицинский персонал внедрять современные эффективные методы профилактики, обеспечивать оказание качественной медицинской помощи в рамках разрабатываемых стандартов, протоколов и алгоритмов. Акцент был сделан на стимулирование развития общей врачебной практики.

Внедрен также стимулирующий компонент для ПМСП. Если гарантированный компонент КПН включал в себя базовый КПН (с 2016 года базовый КПН установлен единый на всю страну – 800 тенге), учитывающий различия в уровне потребления медицинской помощи разными половозрастными категориями населения, то стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива (СКПН) – стимулирующая составляющая, направленная на стимулирование медицинского персонала, оказывающего услуги ПМСП, за достижение установленных индикаторов деятельности (конечного результата).

Кроме того, если в 2013 году на выплату СКПН на каждого прикрепленного пациента предусматривалось 50 тенге, то в 2018 году СКПН составлял 150 тенге на 1 прикрепленного жителя с дифференциации выплат в зависимости от достигнутого результата, где были установлены следующие индикаторы:

- материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП;
- детская смертность в возрасте от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП;
- своевременное диагностирование туберкулеза легких;
- раннее выявление случаев злокачественных новообразований визуальной локализации 1-2 стадии (рак шейки матки, рак молочной железы, колоректальный рак, рак кожи, рак ротоглотки);
- отсутствие жалоб со стороны пациентов;
- удельный вес пролеченных больных в стационаре из числа прикрепленного населения с осложнением болезней системы кровообращения (инфаркт миокарда, инсульт).

Внедрение СКПН способствовало тому, что поликлиники начали зарабатывать в зависимости от полученных результатов, участковые врачи почувствовали реальную возможность получения дополнительных средств, чего никогда не было на уровне ПМСП.

Таким образом, по итогам программы «Саламатты Қазақстан», было положено начало развитию первичного сектора в оказании медицинской помощи, усилены меры по профилактическому направлению, усовершенствована санитарно-эпидемиологическая служба. Кроме того, были реализованы национальные скрининговые программы по 9 нозологиям.

В 2015 году была принята новая государственная программа в сфере здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 гг., декларированная как логическое продолжение программы «Саламатты Қазақстан» и направленная на закрепление достигнутых результатов, а также

на дальнейшее формирование конкурентоспособного здравоохранения путем повышения доступности и качества медицинских услуг, и решение проблем в соответствии с новыми вызовами.

Главной задачей данной государственной программы было создание финансово устойчивой модели здравоохранения путем внедрения многоканальной системы финансирования и внедрения обязательного медицинского страхования на современном этапе развития экономики страны.

16 ноября 2015 года принят Закон «Об обязательном социальном медицинском страховании», заложивший основу дальнейшего развития системы. В рамках реализации данного закона создан Фонд социального медицинского страхования с централизацией всех средств на здравоохранение, утверждением обязательных взносов государства, работодателей, работников и самозанятых на охрану здоровья.

Для качественной реализации требований Закона, постановлением правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года, утверждена Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020–2025 годы. Целью программы являлось обеспечение качественного и доступного здравоохранения, включавшее задачи по повышению качества медицинской помощи; устойчивому развитию системы здравоохранения. К концу программы ожидалось достичь следующих показателей:

- Рост ожидаемой продолжительности жизни граждан до 75 лет;
- Снижение уровня риска преждевременной смертности от 30 до 70 лет от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и диабета до 15,43%;
- Снижение материнской смертности до 14,5 на 100 тысяч живорожденных;
- Снижение младенческой смертности до 8,3 на 1000 живорожденных;

Планировалось выделение бюджета на реализацию программы в размерах 3,2 триллионов тенге.

Однако, пандемия COVID-19 внесла свои коррективы в развитие отрасли и практически все мероприятия государственной программы были свёрнуты, а все ресурсы здравоохранения были направлены на борьбу с ней.

12 октября 2021 года Правительство Республики Казахстан утвердило национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация», главной целью которого ставится обеспечение качественного и доступного здравоохранения для каждого гражданина. Программа подразумевает экономические и социальные эффекты, которые должны быть осуществлены с 2021 по 2025 годы. Так в ожидаемые экономические эффекты входят:

- Увеличение частных инвестиций в сферу здравоохранения с 121,5 млрд тенге в 2020 году до 783,3 млрд тенге в 2025 году
- Создание около 13 тыс. новых рабочих мест (постоянных)
- Доведение доли отечественной фармацевтической продукции с 17 % в 2020 году до 50 % в 2025 году
- В социальные эффекты в ходе реализации программы ожидаются:
- Увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан до 75 лет в 2025 году;
- Повышение уровня удовлетворенности населения качеством медицинских услуг с 53,3 % в 2020 году до 80 % в 2025 году;
- Для достижения поставленных задач и реализации национального проекта объем финансирования составил 3,6 триллионов тенге. Программа имеет 4 направления:
- Доступная и качественная медицинская помощь для охвата населения услугами здравоохранения
- Формирование современной системы эпидемиологического прогнозирования и реагирования с переходом на современную модель
- Доступные лекарственные средства и медицинские изделия отечественного производства
- Увеличение доли населения, ведущего здоровый образ жизни, и развитие массового спорта

Таким образом, на различных этапах развития государства, принимались соответствующие экономическим возможностям страны меры по реформированию и развитию здравоохранения,

направленные на обеспечение граждан страны доступными и качественными медицинскими услугами, приближающими качество услуг к международным стандартам.

Однако, несмотря на достигнутые заметные успехи в ходе проводимых реформ, в сфере здравоохранения остаются множество нерешенных проблем. Это проблемы недостаточного финансирования и неэффективного менеджмента, некачественной цифровизации, лекарственного обеспечения и многие другие, требующие оперативного и комплексного решения.

Мировой тренд развития национальных систем здравоохранения показывает, что для полномасштабного формирования конкурентоспособного здравоохранения необходимы новые технологии, особенно в части цифровизации здравоохранения, так как она является необходимым условием для развития не только данной отрасли, но и основным фактором экономического и общественного прогресса страны.

В настоящее время Казахстан вступил в новый этап институциональных изменений – внедрение обязательного социального медицинского страхования.

Любые реформы напрямую связаны с определенными расходами. Рассматривая конкурентоспособность здравоохранения невозможно обойти вниманием вопрос его финансирования. Опыт стран с наиболее эффективными моделями здравоохранения показывает, что эффективность системы не всегда зависит от количества и объема выделенных средств, а их успешным администрированием, нацеленным на конечный результат.

Поэтому, выстраивая новые экономические отношения в здравоохранении, крайне важно наладить работу институтов, обеспечивающих прозрачность и справедливость в распределении выделенных ресурсов, и созданный Фонд ОСМС, как стратегический закупщик услуг всей отрасли, призван решить эту наиболее важную задачу сегодняшнего дня.

1.2.2 Ресурсы здравоохранения

На 1 января 2023 года медицинскую помощь населению Республики Казахстан оказывают 838 больничных (482 государственных, 40 ведомственных и 316 частных) и 3234 амбулаторно-поликлинических организаций (1958 государственных 62 ведомственных 1214 частных).

Сельскому населению республики медицинскую помощь оказывают 146 больниц (7 межрайонных, 40 центральных и 99 районных больниц), 4 самостоятельных сельских участковых и сельских больниц, 182 (4 самостоятельных поликлиник, 178 консультативно-диагностических и поликлинических отделений), 1 173 врачебных и семейных врачебных амбулаторий, 50 центров ПМСП, самостоятельных и входящих в состав больничных и АПО организаций, 3 622 фельдшерско-акушерских и медицинских пунктов.

Текущие расходы здравоохранения РК составили в 2022 году 3 трлн. 855 млрд. тенге или 3,7% от ВВП (424 долл. США на душу населения) (рис. 2).

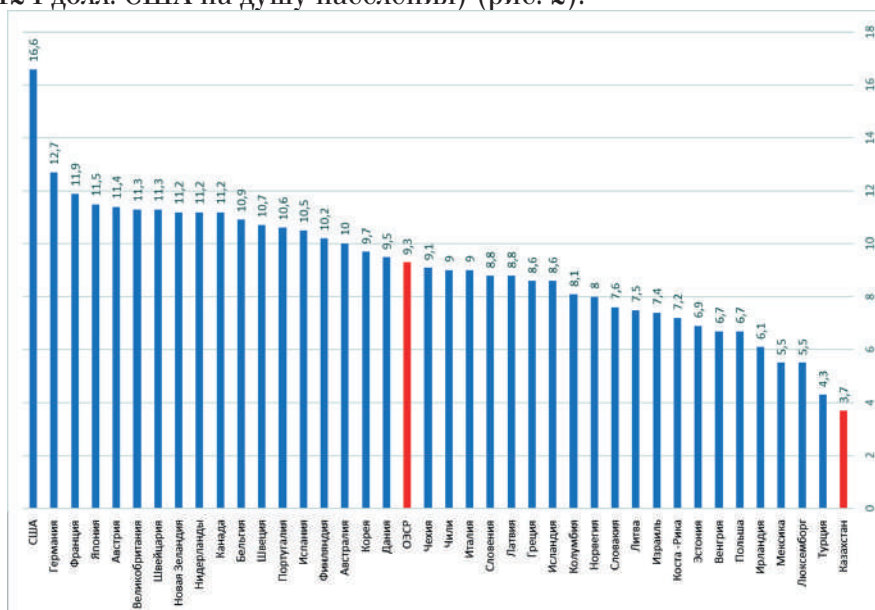


РИСУНОК 2 – ТЕКУЩИЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, В % ОТ ВВП, В СРАВНЕНИИ С ОЭСР

Аналогичный показатель в странах ОЭСР составил 9,3% от ВВП. Следует отметить, что в 2022 году текущие расходы на здравоохранение (3 трлн. 855 млрд.) выросли по сравнению с предыдущим годом (3 трлн. 294 млрд.) на 17%. Однако процентные доли от ВВП сократились с 3,9% в 2021г. до 3,7% в 2022 г.



РИСУНОК 3 – ДИНАМИКА АГРЕГИРОВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЗА 2012 – 2022 ГОДЫ, МЛРД.ТЕНГЕ

Капитальные расходы, в свою очередь, составили 170 млрд. тенге или 0,2% от ВВП, или 4,4% от общих расходов на здравоохранение. Капитальные расходы, которые состоят из государственных расходов на капиталообразование, в 2022 году практически не изменились по сравнению с 2021 годом.

Рисунок ниже иллюстрирует динамику долей общих и текущих расходов на здравоохранение в % от ВВП.

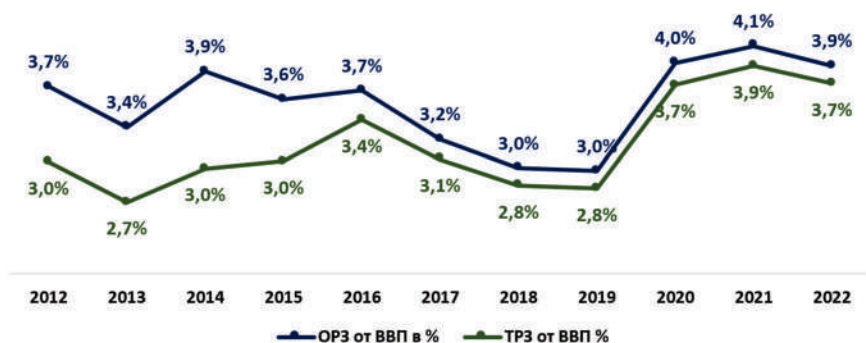


РИСУНОК 4 – ДИНАМИКА УРОВНЯ ОБЩИХ РАСХОДОВ (ОРЗ) И ТЕКУЩИХ РАСХОДОВ (ТРЗ) НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, В % ОТ ВВП ЗА 2012 – 2022 ГОДЫ

Развитие здравоохранения, как неотъемлемой части экономической системы государства, происходит в закономерном соответствии с экономическими и социальными процессами, отражающими общие тенденции формирования рыночных отношений в стране. Поэтому имеющиеся проблемы в обществе, так или иначе, обязательно затрагивают здравоохранение и нельзя требовать искоренения отдельных проблем в охране здоровья без оздоровления всего общества.

Кроме того, возникшее несоответствие между реальными потребностями системы здравоохранения и уровнем её финансирования, с объективной необходимостью требует поиска путей преодоления этого несоответствия с целью обеспечения равновесия между медицинской и экономической составляющими.

В настоящее время здравоохранение республики финансируется из нескольких источников: большая часть из государственного бюджета (общих налоговых поступлений, в том числе и социальный налог), средств обязательного социального медицинского страхования, прямых выплат населения (официальных, неофициальных) и в незначительном размере за счет средств добровольного медицинского страхования. Действующая система формирования ресурсов на здравоохранение отвечает мировым тенденциям развития, о чем свидетельствует объем выделяемых ресурсов, который ежегодно увеличивается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и пакета обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС).

Однако, несмотря на ежегодный рост объемов финансирования отрасли, средств для полного обеспечения населения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи всё ещё недостаточно.

О росте благосостояния государства свидетельствуют данные макроэкономических показателей, в частности, как показатель ВВП, приведенный в динамике, в номинальном выражении за период с 2012 по 2022 годы (см. Таблицу 2). Соответственно наблюдается рост общих расходов на здравоохранение, в том числе государственных и частных расходов. Повышение общих расходов на здравоохранение говорит о стремлении государства улучшить ситуацию в сфере здравоохранения и повысить его конкурентоспособность. Однако, несмотря на постоянный рост номинальных расходов, инфляционные процессы оказывают существенное негативное влияние на общую сумму финансирования здравоохранения, что сказывается на снижении реальных расходов на охрану здоровья.

Финансирование здравоохранения включает и частные расходы.

Высокий уровень частных расходов обычно связывают с тем, что уровень государственного финансирования не обеспечивает достаточный объем спроса на бесплатной основе, и населению приходится обращаться к частному сектору, который предоставляет платные медицинские услуги.

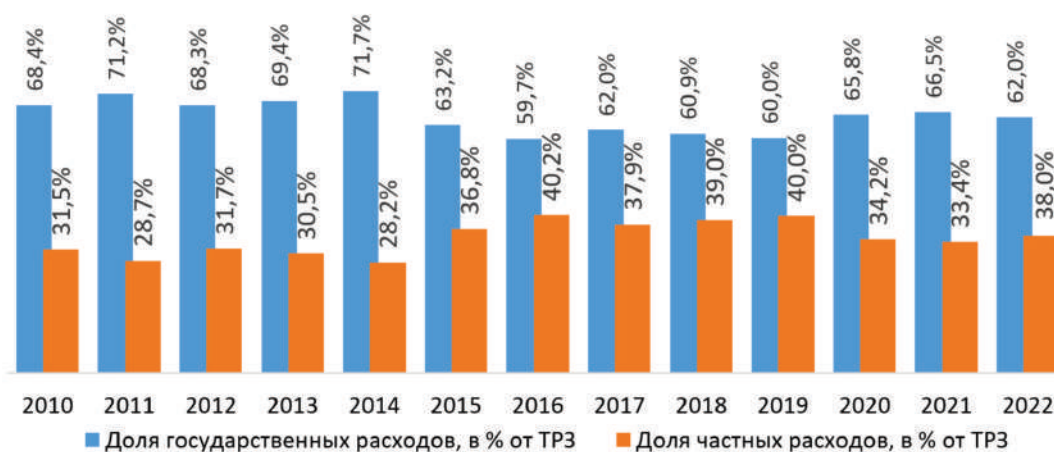


РИСУНОК 5 – СТРУКТУРА ТЕКУЩИХ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В % ОТ ТРЗ

Структура расходов на здравоохранение показывает следующую картину:

Наибольшая доля расходов на здравоохранение в 2022 году приходится на государственные: 62% (2 трлн. 389 млрд тнг.) (рис. 6).

Доля частных расходов составляет 38% (1 трлн. 466 млрд тнг.).

Среди частных расходов прямые платежи населения занимают 31,1% (1 трлн. 198 млрд тнг.), расходы предприятий 5,9% (228 млрд. тнг), средства ДМС составляют 1% (38,7 млрд. тнг.).

При этом в среднем в ОЭСР показатель карманных расходов составляет 16,9%, расходы на ДМС – 5,5%.

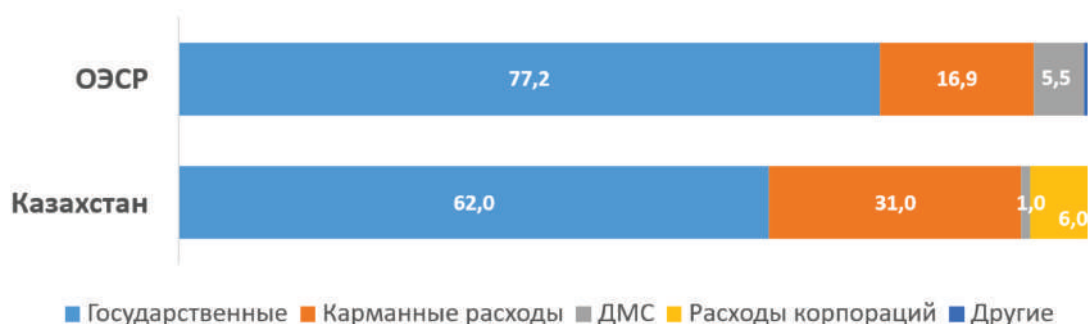


РИСУНОК 6 – СТРУКТУРА РАСХОДОВ В РАЗРЕЗЕ СХЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ, В СРАВНЕНИИ С ОЭСР И СТРАНАМИ ГРУППЫ СРАВНЕНИЯ

Рисунок 7 иллюстрирует динамику удельного веса карманных расходов домохозяйств на здравоохранение от текущих расходов на здравоохранение в Казахстане.

С 2017 до 2019 года отмечается постепенный рост выплат из кармана с 33,1% от ТРЗ до 33,8% от ТРЗ. Однако, с 2020 года мы видим снижение удельного веса выплат из кармана до 27,7%. Это можно объяснить тем, что с 2020 года начало функционировать ОСМС, тем самым увеличив общий пул денежных средств, что повлекло за собой снижение доли карманных расходов. Вместе с тем, в номинальном выражении отмечается постоянный рост карманных расходов на здравоохранение.

В 2022 г. доля карманных расходов в ТРЗ составила 31%.

Несмотря на снижение этого показателя, он все еще остается на достаточно высоком уровне. По оценкам ВОЗ, устойчивой считается такая система здравоохранения, в которой на долю частных расходов приходится не более 20%.

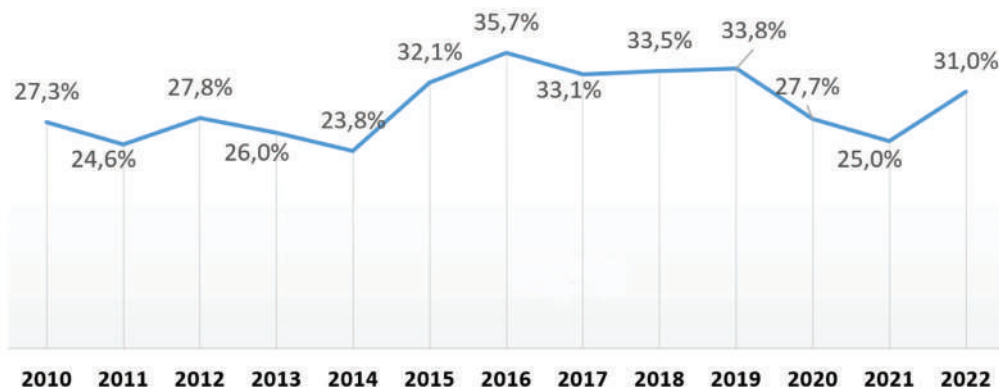


РИСУНОК 7 – ДИНАМИКА ДОЛИ КАРМАННЫХ РАСХОДОВ, В % ОТ ТЕКУЩИХ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Наблюдаемые в Казахстане высокие частные расходы создают угрозу доступности услуг здравоохранения, усиливают неравенство в уровне получения медицинских услуг и возлагают дополнительное бремя на беднейшие слои общества, связанные с необходимостью приобретения дорогостоящего лечения, с вытекающими последствиями для экономического роста.

Повышенный уровень частных расходов принято объяснять недостаточностью государственного финансирования и вызванной ею невозможностью получить необходимую помощь бесплатно, в рамках общественной системы здравоохранения, но в действительности круг факторов, определяющих структуру расходов, может быть значительно шире.

На уровень частных расходов также влияет ряд внешних социально-экономических параметров, таких как:

- доход и его распределение (уровень дифференциации). По мере роста ВВП и реальных доходов населения, размер расходов из личных средств увеличивается. Дифференциация дохода может оказывать двойственное влияние на соотношение государственных и частных расходов. Сравнительный анализ ряда стран ОЭСР показал, что увеличение дифференциации по доходу обычно сопровождается ростом доли частных расходов;
- уровень здоровья и возрастная структура населения. Следствием ухудшения состояния здоровья или увеличения доли пожилого населения становится увеличение спроса на медицинскую помощь. Способность общественной системы здравоохранения в удовлетворении новых объемов потребностей может приводить к росту государственного или частного финансирования;
- уровень образования. Исследования, проведенные в ряде европейских стран, показывают, что люди с высоким уровнем образования склонны расходовать больший объем личных средств на медицинские нужды, что объясняется лучшей информированностью о здоровье и необходимой медицинской помощи и готовностью инвестировать в здоровье.

Государственные расходы и схемы на основе обязательных отчислений на здравоохранение в 2022 году составили 2 трлн. 389 млрд. тенг. или 2,3% ВВП. Аналогичный средний показатель среди стран ОЭСР в 2021 году (согласно последним актуальным данным) – 7,6% ВВП [7].

Государственные расходы на здравоохранение на душу населения в 2022 году в Казахстане составили 121 тыс. тенге или 263 долл. США (786 долл. по ППС) [8].

В свою очередь, в странах ОЭСР в среднем этот показатель в 2021 году составил 4023 долл. по ППС (рис. 8).

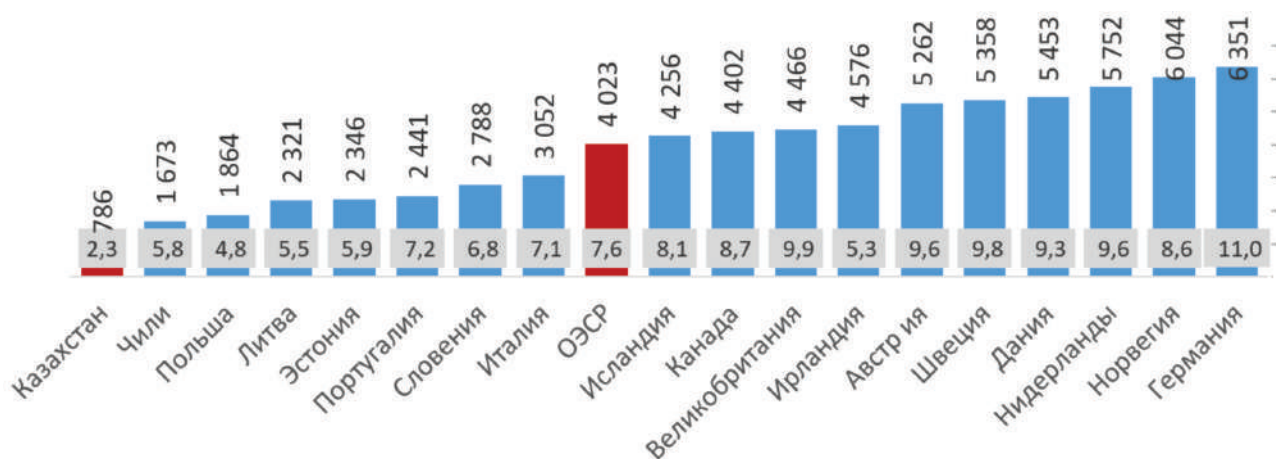


РИСУНОК 8 – ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, В % ВВП И В ДОЛЛ. США ПО ППС НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ, В СРАВНЕНИИ СО СТРАНАМИ ОЭС [9]

Государственные расходы в 2022 году (2 трлн. 389 млрд. тенге) выросли по сравнению с предыдущим годом (2 трлн. 189 млрд. тенге) на 9,1%. Процентные доли государственных расходов от ВВП в 2017 – 2022 гг. колебались вокруг значения в 1,7–2,6%. В 2021 году значения обязательных схем финансирования составили 2,6% от ВВП, против 1,7% от ВВП в 2019 году. Это является максимальным значением за рассматриваемый период. Однако, после роста в 2020 году этот показатель начал сокращаться и в 2022 году пришел к значению 2,3%. Такой рост связан, в первую очередь, с финансовыми вливаниями в период пандемии Covid-19 в 2020 году, а также с началом функционирования системы ОСМС, что образовало дополнительный пул денежных средств в системе здравоохранения. (рис. 9).



РИСУНОК 9 – ДИНАМИКА ГОСУДАРСТВЕННЫХ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, В % ВВП И В МЛРД. ТЕНГЕ

В структуре текущих государственных расходов на здравоохранение 39,2% занимает стационарная помощь (Рисунок 10). 33 % государственных расходов направлялись в 2022 году на амбулаторно-поликлиническую помощь. Лекарственное обеспечение обходится в 9,6% государственных расходов. На вспомогательные услуги направлялось 5,6% средств, 1,5% на административные услуги, и 1,2% на прочие услуги. На реабилитационную помощь расходовалось 2,6% государственных средств в 2022 году.

Текущие государственные расходы в 2022 году распределились следующим образом:

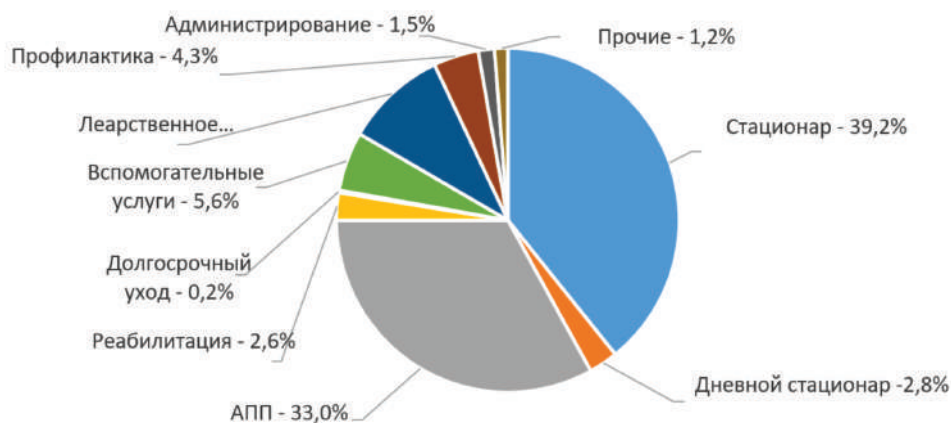


РИСУНОК 10 – РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕКУЩИХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ РАСХОДОВ ПО УСЛУГАМ, %

В динамике картина выглядит следующим образом:

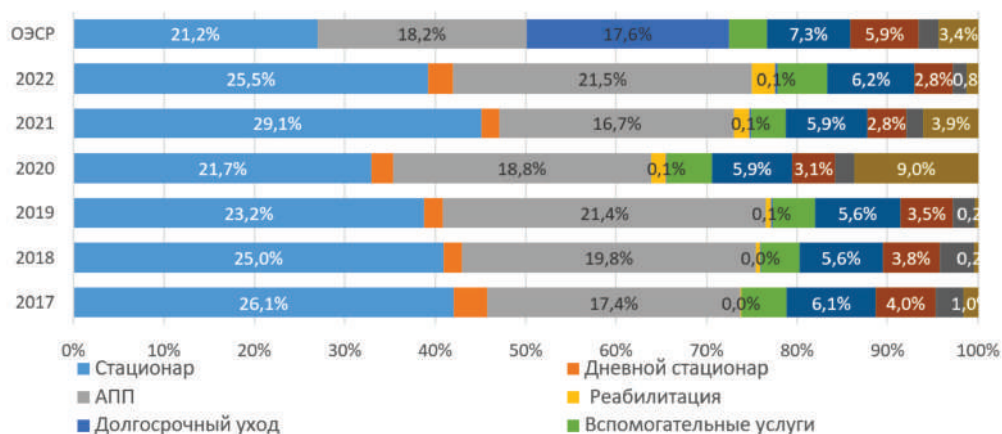


РИСУНОК 11 – СТРУКТУРА ГОСУДАРСТВЕННЫХ РАСХОДОВ КАК ДОЛЯ ОТ ТЕКУЩИХ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ДИНАМИКЕ И В СРАВНЕНИИ СО СТРАНАМИ ОЭСР

При анализе структуры государственных расходов как доля от текущих расходов на здравоохранение в разрезе услуг в 2017-2022 гг. отмечается преобладание расходов на стационарную помощь, на которые были направлены 25,5% средств (рис. 11). Стоит отметить, что за 10 лет наблюдается стойкое сокращение доли расходов на оказание стационарной помощи, а также увеличение доли расходов на оказание амбулаторно-поликлинической помощи с 16,7% году до 21,5% в 2022 году.

Для сравнения, в странах ОЭСР на стационарную помощь в среднем направляется 24,2% государственных расходов от текущих расходов, 18,2% на амбулаторную помощь, и 17,6% на оказание долгосрочной медицинской помощи.

Частные расходы в 2022 году составили 1 трлн. 466 млрд. тенге или 1,4% ВВП и 38% от Текущих расходов на здравоохранение (рис. 12).

В структуре частные расходы включают: прямые платежи населения – 31% (1 трлн 198 млрд. тенге), расходы предприятий – 6% (228 млрд. тенге), средства ДМС – 1% (38 млрд. тенге).

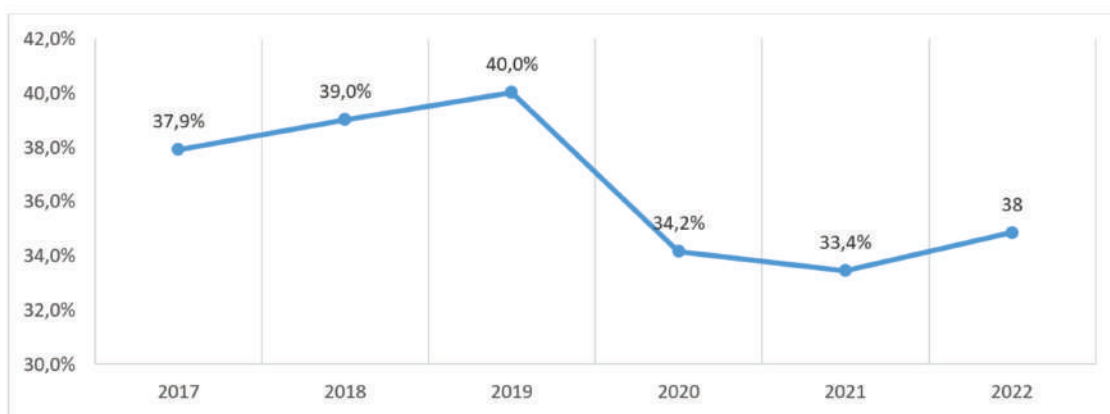


РИСУНОК 12 – ДИНАМИКА ДОЛИ ЧАСТНЫХ РАСХОДОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В % ОТ ТЕКУЩИХ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Прямые платежи показывают непосредственную нагрузку медицинских расходов, обременяющих семейный бюджет в момент получения услуг. Это основная часть частных расходов на здравоохранение (82% от частных расходов в 2022 г.).

По данным НСЗ прямые платежи населения на здравоохранение в 2022 году составили 1 трлн. 198 млрд. тенге (1,2% ВВП или 31% от текущих расходов на здравоохранение). По сравнению с предыдущим годом (824 млрд тенге), данный показатель увеличился на 45% (рис. 13).

Хотя в номинальном выражении в 2022 году наблюдается рост в 45% по сравнению с 2021 годом, в реальном выражении данный рост составляет 30%. За период 2017 – 2022 годы рост в номинальном выражении составил 2,2 раза, а в реальном выражении – 1,8 раз.

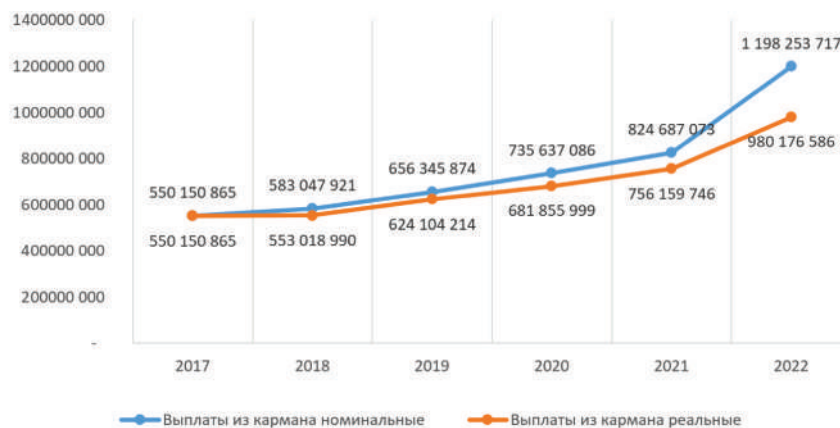


РИСУНОК 13 – НОМИНАЛЬНЫЕ И РЕАЛЬНЫЕ (В ЦЕНАХ 2017 ГОДА) ПЛАТЕЖИ НАСЕЛЕНИЯ В ДИНАМИКЕ, В ТЫС. ТЕНГЕ

В структуре видов услуг здравоохранения расходы распределились следующим образом: в структуре затрат преобладают расходы на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения (58,2%), 23,8% от всех расходов домохозяйств идут на амбулаторную помощь, 11,6% - на стоматологическое лечение, 8,3% от платежей домохозяйств идут на оказание стационарной помощи (рис. 14).

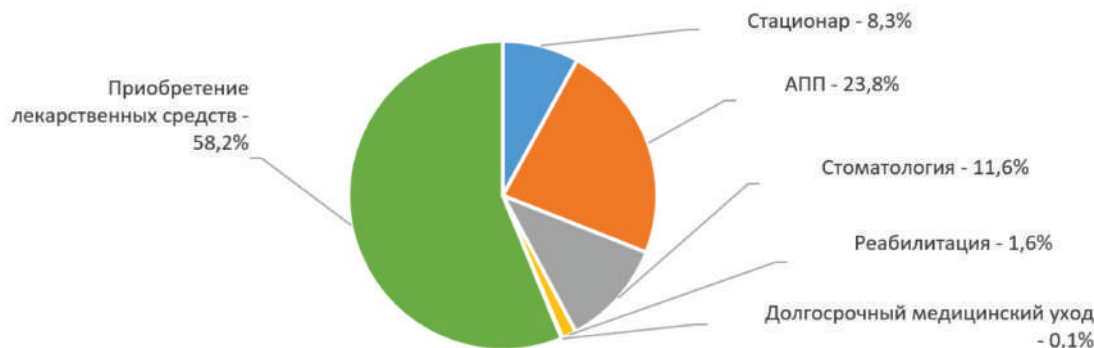


РИСУНОК 14 – РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РАСХОДОВ ДОМОХОЗЯЙСТВ ПО УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Согласно структуре расходов, на услуги здравоохранения в Казахстане в динамике наблюдается сокращение расходов на приобретение лекарственных средств и изделия медицинского назначения - с 21,1% от текущих расходов на здравоохранение в 2017 году до 18,1% в 2022 году. Также, отмечается небольшой рост расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь - с 8,4% в 2017 году до 9,9% в 2022 году, и снижение доли расходов на стационарную помощь - с 3,1% в 2017 году до 2,6% в 2022 году (рис. 15).

Структура карманных расходов от текущих расходов на здравоохранение в динамике и в сравнении с ОЭСР:

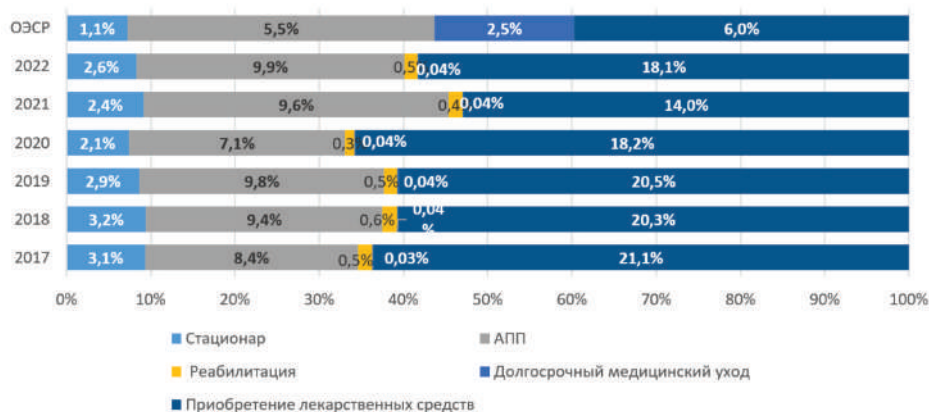


РИСУНОК 15 – СТРУКТУРА КАРМАНЫХ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК ДОЛЯ ОТ ТЕКУЩИХ РАСХОДОВ В ДИНАМИКЕ

1.2.3 Внедрение системы ОСМС

На сегодняшний день в мировой практике существуют множество моделей здравоохранения, которые можно разделить на четыре основные модели, в зависимости от способа и источников финансирования, с преимущественным превалированием того или иного вида:

- Бюджетная модель: основным источником финансирования является общее налогообложение (Великобритания, Канада, страны Северной Европы).
- Социальное медицинское страхование: за счет обязательных солидарных взносов государства, работодателей и работников (Германия, Франция, Япония, Корея).
- Частное медицинское страхование: за счет добровольных взносов, которые платят либо работодатели, либо сами работники (США).
- Накопительные счета здравоохранения: население формирует добровольные взносы (Сингапур).

Несмотря на единые принципы функционирования, универсальной модели здравоохранения не существует и выбор конкретной модели зависит в первую очередь от особенностей и возможностей экономики, а также от уровня жизни, исторических, культурных и иных факторов каждой страны.

В развитых странах, включая страны ОЭСР, текущие расходы на здравоохранение составляют около 10,2% от ВВП. Минимальный показатель среди стран ОЭСР в Польше - 6,6% от ВВП.

Для устойчивости систем здравоохранения, ВОЗ рекомендует направлять в здравоохранение от 5% до 8% от ВВП в странах с развивающейся экономикой, в развитых странах – не менее 9%.

Государственные расходы на здравоохранение составляют большую часть текущих расходов в странах ОЭСР, что примерно составляет 77,2% от общей суммы. В Литве этот показатель составляет 70,1%, в России - 70,5%, в Польше - 72,6%, в Словении - 74,6%, в Эстонии - 78,5%. В Казахстане - 65,1%.

Если рассматривать государственные расходы на здравоохранение на душу населения по паритету покупательской способности, то в Казахстане в 2022 году эта сумма составляла 283 доллара США, в то время как в странах ОЭСР она достигала 3 941 доллара США. Таким образом, финансирование здравоохранения в Казахстане значительно отстает от среднего уровня в развитых странах и требует увеличения.

В странах ОЭСР карманные расходы на здравоохранение составляют в среднем 16,9% от текущих расходов. В Словении этот показатель равен 11,8%, в Польше - 19,6%, в Эстонии - 19,9%, в России - 27,7%, в Казахстане - 27,7%. Как указывалось выше, Всемирная организация здравоохранения рекомендует удерживать данный показатель не выше 20%, так как это один из важных показателей доступности медицинских услуг и дефицита финансирования отрасли.

Взносы и отчисления в разных странах также варьируются, например, в Германии ставка взносов и отчислений составляет 14,6% (7,3% от работодателя и 7,3% от дохода работника), в Молдове - 9,5% (от дохода работника), в Словении - 13,45% (7,09% от работодателя и 6,36% от дохода работника), в Литве - 9% (3% от работодателя и 6% от дохода работника), в Словакии - 14% (10% от работодателя и 4% от дохода работника), а в Казахстане 5% (3% от работодателя и 2% от дохода работника).

Приведённые данные указывают на то, что для поступательного развития системы здравоохранения необходимо установить устойчивые источники финансирования, позволяющие гибко реагировать на постоянно меняющиеся вызовы макро и микроэкономики, и растущие потребности населения.

Поэтому повторное внедрение системы ОСМС в Казахстане в 2020 году стало результатом планомерного и этапного развития системы здравоохранения страны в целом, с определённым подготовительным периодом.

Создание Фонда социального медицинского страхования стало итогом многолетних расчётов, споров, обсуждений на различных уровнях, с привлечением международных экспертов.

По мере развития отрасли, а также внедрения новых технологий, стало очевидным, что для поддержания темпов развития системы и более полного покрытия расходов здравоохранения нужны дополнительные источники финансирования и все эти обоснования были доведены до уровня руководства страны.

И решение было принято в рамках реализации Послания Главы государства «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства», Плана нации «100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ» и закона Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» (далее – Закон об ОСМС).

Как указывалось выше, в постсоветском периоде система была внедрена в условиях спада экономики. Большой объем декларированных государственных гарантий не был в полной мере обеспечен достаточным финансированием.

В соответствии с принятым в 2015 году Законом об ОСМС, начиная с 1 июля 2017 года, начато аккумулирование отчислений и взносов в систему ОСМС. Ставки взносов и отчислений от населения, в том числе их поэтапный рост, утверждены Законом об ОСМС.

С 2017 по 2019 годы проведены подготовительные работы для внедрения системы ОСМС на общенациональном уровне. В 2019 году проведено пилотирование ОСМС в Карагандинской области. Данные меры позволили повысить эффективность финансирования отрасли и

подготовить здравоохранение к внедрению системы ОСМС с 2020 года.

С 2018 года и далее после внедрения системы ОСМС, ключевую роль в финансировании медицинской помощи выполняет Фонд. Фонд является стратегическим закупщиком медицинских услуг в рамках ГОБМП (для всех граждан, включая незастрахованных) и ОСМС (для застрахованных лиц).

В соответствии с Законом об ОСМС и Уставом Фонда, утвержденным 16 сентября 2016 года № 969, Фонд осуществляет следующие функции:

- аккумуляция отчислений и взносов;
- оплата услуг субъектов здравоохранения;
- ведение учета потребителей медицинских услуг;
- ведение учета субъектов здравоохранения;
- создание и развитие информационной системы и электронных информационных ресурсов системы ОСМС;
- закуп и оплата услуг субъектов здравоохранения;
- оплата стоимости фармацевтических услуг;
- мониторинг по качеству и объему медицинских услуг;
- рассмотрение обращений и жалоб граждан и юридических лиц;
- учет субъектов здравоохранения;
- формирование базы данных субъектов здравоохранения.

С 2020 года медицинское обслуживание оказывается по трехуровневой системе:

- Минимальный бесплатный пакет медицинских услуг (ГОБМП) доступен для всех (ПМСП, экстренная медицинская помощь, социально значимые заболевания, паллиативная помощь и др.);
- Пакет ОСМС предоставляется застрахованным лицам (КДУ, мед. реабилитация, СМП, ВТМП и др.);
- Добровольное медицинское страхование доступно для желающих получить дополнительные услуги.

В результате внедрения ОСМС финансирование здравоохранения увеличилось в 2 раза. Внедрение системы ОСМС с 1 января 2020 года позволило привлечь в сектор здравоохранения дополнительные средства и увеличить финансирование на 108% по сравнению с 2019 годом. Если в 2019 году расходы на медицинскую помощь в рамках ГОБМП составляли около 1 трлн тенге, то в 2022 году общая сумма расходов, предусмотренных на финансирование медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС с учетом корректировки составляет 2,16 трлн тенге. Рост финансирования осуществлен по всем направлениям медицинской помощи.

Сама система ОСМС призвана обеспечить повышение солидарной ответственности граждан за свое здоровье, поэтому плательщиками взносов и отчислений за 15 льготных категорий граждан является государство, работодатели и сами работники.

За 2022 год поступило 1 090,4 млрд тенге, что составляет 101,1% от прогнозной общей суммы платежей (больше на 12,1 млрд тенге).

Важно отметить, что за прошедший период своего развития Казахстан сделал заметный рывок в развитии банковского сектора и цифровых технологий, что значительно упростило систему сбора платежей и обработки данных. Созданная одной из первых в странах постсоветского пространства корпорация «Правительство для граждан» аккумулировала в себе всю необходимую информацию о налогоплательщиках, а внедренные информационные технологии по отслеживанию платежей обеспечили прозрачность и отчетность деятельности Фонда и других государственных систем, обеспечивающих финансирования здравоохранения.

В результате, в сравнении с предыдущим годом рост поступлений составил 45,1%.

При этом 39,9% сумма платежей – это взносы государства, 56,1% – отчисления работодателей и взносы работников, 2,3% – взносы ИП, остальные – 1,7%.

По итогам 2022 года численность лиц, имеющих право на получение медицинской помощи в системе ОСМС составляет 16,3 млн. человек или 82,4% от численности населения Казахстана, по сравнению с предыдущим периодом 2021 года 15,5 млн. человек или 81,3% от численности населения, что выросло на 1,1%.

ТАБЛИЦА 2 – КАТЕГОРИИ ПЛАТЕЛЬЩИКОВ

КАТЕГОРИИ ПЛАТЕЛЬЩИКОВ	ВСЕГО ПО РК			
	2021 ГОД		2022 ГОД	
	численность*	доля к общей численности, в %	численность*	доля к общей численности, в %
ЛИЦА, ЗА КОТОРЫХ БЫЛИ УПЛАЧЕНЫ ОТЧИСЛЕНИЯ И (ИЛИ) ВЗНОСЫ	17 467 568	91,3%	17 126 231	86,7%
ЛИЦА, ОСВОБОЖДЕННЫЕ ОТ УПЛАТЫ ВЗНОСОВ	11 358 652	59,4%	11 481 325	58,3%
НАЕМНЫЕ РАБОТНИКИ	5 372 893	28,1%	4 896 038	24,8%
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛИ И ЛИЦА, ЗАНЯТЫЕ ЧАСТНОЙ ПРАКТИКОЙ	289 443	1,5%	316 848	1,6%
ФИЗИЧЕСКИЕ ЛИЦА, РАБОТАЮЩИЕ ПО ДОГОВОРАМ ГПХ	125 938	0,7%	118 402	0,5%
ПЛАТЕЛЬЩИКИ ЕСП	199 088	1,0%	200 869	1,0%
САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ПЛАТЕЛЬЩИКИ	121 554	0,6%	112 749	0,5%
ЛИЦА, ИМЕЮЩИЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОСМС	15 527 249	81,3 %	16 266 563	82,4 %
НЕЗАСТРАХОВАННЫЕ	3 598 371	18,7%	3 474 720	17,6%
ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ	19 102 465	100%	19 741 283	100%

* указана численность уникальных лиц по каждой категории плательщиков

Таким образом, по итогам 2022 года объемы медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС составили 2 142,8 млрд. тенге (расходы на оплату мероприятий по борьбе с COVID-19 – 39,3 млрд. тенге) и уменьшились в среднем на 0,8% в сравнении с 2021 годом (2 160 млрд. тенге, в том числе расходы на оплату мероприятий по борьбе с COVID-19 – 449,2 млрд. тенге).

При этом, учитывая в целом снижение, наблюдался рост финансирования практически по всем видам медицинских услуг.

По итогам 2022 года основная часть расходов в структуре финансирования медицинских услуг пришлась на ПМСП, стационарную медицинскую помощь и консультативно-диагностические услуги.

1.3 Здоровоохранение Казахстана в глобальном мире

1.3.1 Глобальный рейтинг целей устойчивого развития/ООН

Выполнение Казахстаном ЦУР ООН №3 (Здоровоохранение)

Для выбора дальнейшего вектора развития отрасли стратегически важно определить место здравоохранения в мировых рейтингах и наметить конкретные цели для их достижения. Важно осознавать, что для полноценного позиционирования страны в мировом пространстве любое государство должно иметь соответствующие институциональные основы, гармонирующие с международными стандартами, особенно в области социальной политики.

Цели устойчивого развития (ЦУР) являются глобальной концепцией, нацеленной на ликвидацию нищеты и социального неравенства в развитых, развивающихся и бедных государствах. Международная программа одобрена и принята странами-членами Организации Объединенных Наций, которые взяли на себя обязательства реализовать 17 целей до 2030 года.

Одним из направлений концепции устойчивого развития является «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте». С момента принятия концепции, Казахстан начал реализацию ЦУР на национальном уровне. На сегодняшний день в систему мониторинга включены 280 индикаторов: из них 205 – глобальных, 75 – национальных.

В глобальном рейтинге по достижению ЦУР позиция Казахстана представляется волатильной в связи с наблюдающейся положительной и негативной динамикой в показателях в разные годы. Так, к примеру, если в 2020 году страна занимала 65-место, а в 2021 году 59 место.

Согласно официальной статистике, показатели по индикаторам ЦУР 3 выглядят следующим образом (Таблица 3).

**ТАБЛИЦА 3 – ПОКАЗАТЕЛИ ПО ИНДИКАТОРАМ ЦУР 3 – ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И
СОДЕЙСТВИЕ БЛАГОПОЛУЧИЮ ДЛЯ ВСЕХ В ЛЮБОМ ВОЗРАСТЕ**

ЦУР 3 – КРЕПКОЕ ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ	ЧИСЛО	ГОД	ЧИСЛО	ГОД
КОЭФФИЦИЕНТ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ (НА 100 000 ЖИВОРОЖДЕНИЙ)	36,5	2020	17,0	2022
КОЭФФИЦИЕНТ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ (НА 1000 ЖИВОРОЖДЕНИЙ)	4,80	2020	4,53	2022
КОЭФФИЦИЕНТ СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ (НА 1000 ЖИВОРОЖДЕНИЙ)	9,41	2020	9,88	2022
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ (НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ)	35,7	2020	36,5	2022
НОВЫЕ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (НА 1000 НЕИНФИЦИРОВАННЫХ ЖИТЕЛЕЙ)	0,18	2020	0,20	2022
СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПО ВОЗРАСТУ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, РАКА, ДИАБЕТА ИЛИ ХРОНИЧЕСКИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	20,48	2020	16,63	2022
СМЕРТНОСТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ (НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ)	11,38	2020	13,83	2022
КОЭФФИЦИЕНТ ПОДРОСТКОВОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ (ЧИСЛО РОЖДЕНИЙ НА 1000 ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ ОТ 15 ДО 19 ЛЕТ)	22,89	2020	19,71	2022
ДОЛЯ ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ, ОХВАЧЕННАЯ ИММУНИЗАЦИЕЙ ВСЕМИ ВАКЦИНАМИ, ВКЛЮЧЕННЫМИ В НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ	90,2	2020	98,8	2022

1.3.2 Место Казахстана в международных рейтингах

По данным международного рейтинга CEOWORLD, по уровню системы здравоохранения за 2021 год Казахстан занял 82-место среди стран СНГ. Всего в рейтинг были включены 89 государств. Страны оценивались по таким показателям, как общий индекс здравоохранения, инфраструктура, кадровые ресурсы, доступность лекарств, готовность правительства, а также расходы (Таблица 4).

ТАБЛИЦА 4 – РЕЙТИНГ СТРАН ПО СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА 2021 ГОД НА ОСНОВЕ ДАННЫХ CEOWORLD[10]

МЕСТО	СТРАНА	ИНДЕКС ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	ИНФРАСТРУКТУРА	ПРОФЕССИОНАЛЫ	РАСХОДЫ	ДОСТУПНОСТЬ ЛЕКАРСТВ	ГОТОВНОСТЬ ПРАВИТЕЛЬСТВА
57	БЕЛАРУСЬ	37,9	70,9	17,1	55,0	64,1	89,8
58	РОССИЯ	37,8	64,8	21,8	51,7	57,9	93,8
61	НЕПАЛ	37,1	71,8	14,1	55,0	73,7	87,9
68	АЛЖИР	35,6	72,0	19,7	54,4	71,7	91,6
70	КЕНИЯ	35,2	69,9	16,9	53,1	51,2	89,6
72	ДОМИНИКАНА	35,0	66,1	21,1	51,1	62,9	92,5
73	НИГЕРИЯ	34,8	96,3	16,0	66,8	82,8	89,4
79	ГРУЗИЯ	33,8	70,7	22,8	52,9	64,4	93,9
81	УКРАИНА	33,4	68,9	14,3	51,7	53,6	88,0
82	КАЗАХСТАН	33,2	50,0	12,8	41,9	52,6	59,1
86	АЗЕРБАЙДЖАН	32,9	77,8	13,8	56,1	59,4	87,4
89	ВЕНЕСУЭЛА	32,4	71,4	17,2	52,5	53,7	89,8

На основе статистических данных ВОЗ, международный рейтинг IMD иллюстрирует спад позиции Казахстана в области здравоохранения. Так, в 2022 году среди 63 респондентов Казахстан демонстрирует показатель со значением 2,8% от ВВП (63 место). При этом в рейтинге мировой конкурентоспособности IMD в качестве индикаторов сравнивались общие расходы на здравоохранение (% от ВВП) (рис. 16) [11].

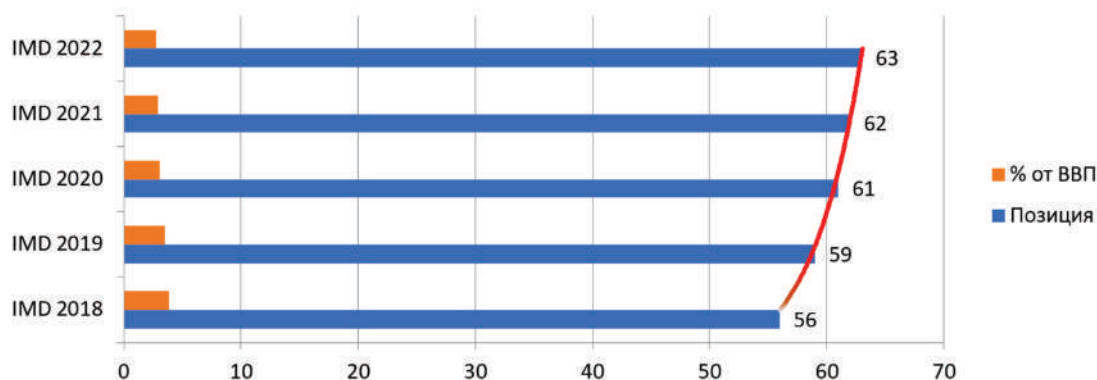


РИСУНОК 16 – КАЗАХСТАН В РЕЙТИНГЕ IMD

КАЗАХСТАН В РЕЙТИНГЕ МИРОВОЙ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ

Казахстан занимает 37-е место среди 64 стран, оцененных в рейтинге мировой конкурентоспособности IMD, поднявшись на шесть позиций с прошлогоднего 43-го места.

Рейтинг мировой конкурентоспособности, публикуемый Международным институтом развития менеджмента (IMD), оценивает страны на основе 336 показателей по четырем ключевым категориям: экономические показатели, эффективность государственного управления, эффективность бизнеса и инфраструктура. В этой оценке анализируются и ранжируются страны на основе их способности создавать и поддерживать конкурентную среду для своей экономики. Показатели включают в себя комбинацию достоверных данных, на долю которых приходится две трети итогового рейтинга, и результатов опросов, которые составляют оставшуюся треть.

Подъем Казахстана с 43-го на 37-е место согласуется со средним повышением уровня конкурентоспособности, наблюдаемым в регионе СНГ, который переместился с 52-го на 49-е место.

Выводы и рекомендации

Таким образом, экономика Казахстана за 10 лет ощутимо выросла, о чем свидетельствует макроэкономический показатель ВВП, прирост которого в 2022 г. (103,5 трлн. тенге) составил 23,3% по сравнению с 2021 г. (83,9 трлн. тенге)

Также наблюдается рост расходов на здравоохранение. Так, общие расходы на здравоохранение в 2022 году составили 4,026 трлн. тенге, что на 16% превышает этот показатель в 2021 г. (3,4 трлн. тенге). Однако, несмотря на рост общих расходов на здравоохранение в номинальном выражении, их доля в ВВП сократилась с 4,1% от ВВП до 3,9% от ВВП ввиду превышения темпа роста показателя ВВП над темпом роста общих расходов на здравоохранение. Иными словами, ВВП Казахстана растет более быстрыми темпами, чем расходы отрасли здравоохранения.

Текущие расходы на здравоохранение составили 3,855 трлн. тенге, это на 17% выше текущих расходов на здравоохранение в 2021 году (3,3 трлн. тенге). Доля текущих расходов в ВВП также сократилась с 3,9% до 3,7% от ВВП.

Также, отметим, что в номинальном выражении текущие расходы на здравоохранение возросли на 560 млрд. тенге, что во многом произошло благодаря росту частных расходов на здравоохранение, а именно, карманных расходов. Рост карманных расходов составил 373 млрд. тенге, или 45% по сравнению с 2021 годом.

Меньшее влияние на рост ТРЗ оказал рост государственных расходов на здравоохранение, которые в 2022 г. составили 2,4 трлн. тенге, что на 199 млрд. тенге или 9% больше, чем в 2021 г. (2,2 трлн. тенге).

В структуре текущих расходов на здравоохранение на долю государственных расходов приходится 62%, на долю частных расходов – 38%. При этом структура частных расходов на здравоохранение распределилась следующим образом: 31,1% - расходы домохозяйств, 5,9% - расходы предприятий, 1% - расходы на добровольное медицинское страхование.

Стоит отметить, что доля государственных расходов в ВВП сократилась с 2,6% в 2021 году до 2,3% в 2022 году.

А удельный вес частных расходов вырос с 1,3% в 2021 году до 1,4% в 2022 году.

Существенные вложения средств на развитие инфраструктуры позволили Казахстану за короткий промежуток времени создать современную сеть медицинских клиник международного уровня и внедрить новые методы диагностики и лечения.

Однако, несмотря на очевидные сдвиги в сторону увеличения финансирования отрасли, добиться намеченных целей в создании финансово-устойчивой модели здравоохранения не совсем удалось, чему препятствовал ряд следующих причин:

- несмотря на длительный подготовительный период и создание институциональных основ для внедрения солидарной модели финансирования, внедрение реформы совпало с очередным кризисом в мировой экономике, с последующим ростом цен и девальвацией национальной валюты. Таким образом, дополнительные средства не дали ожидаемого результата и их эффект был нивелирован инфляционными процессами;

- в процессе внедрения были снижены процентные ставки взносов и отчислений в сторону уменьшения, в ожидании роста экономики и увеличения налоговых поступлений, чего не произошло из-за кризисных процессов в мировой экономике, особенно в период пандемии.

В результате объемы собранных средств не стали соответствовать принятым обязательствам, что создало финансовый дефицит и рост недовольства населения, и перед государством в очередной раз возник выбор между дальнейшим развитием страховой модели здравоохранения и возвратом к бюджетной системе финансирования.

В данной ситуации стало очевидным, что система требует дальнейшего совершенствования и значительного увеличения финансирования до уровня, рекомендуемого международными экспертами или же кардинального сокращения гарантий государства.

В этой связи, в ближайшее время внимание государства будет сконцентрировано именно на решении данной проблемы.

Это весьма важно, так как в глобальном рейтинге по достижению ЦУР позиция Казахстана представляется волатильной в связи с наблюдающейся положительной и негативной динамикой в показателях в разные годы, и если в 2020 году страна занимала 65-место, в 2021 году 59 место, то согласно отчету ООН по достижению ЦУР, в 2023 году Казахстан снизил позиции, заняв 66-место. Аналогичное положение и по многим другим позициям.

Становится очевидным, что для обеспечения дальнейшего поступательного развития отрасли необходимо внедрять действенные механизмы для рационального использования выделяемых средств. Ситуация осложнена тем, что при сохранении существующего положения разрыв между гарантиями, взятыми государством и его финансовыми возможностями будет нарастать и дальше, что может привести к дестабилизации системы.



ГЛАВА 2.

**СОСТОЯНИЕ
ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ**
(HEALTH STATUS)

ГЛАВА 2. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (HEALTH STATUS)

2.1 Основные показатели здоровья населения

2.1.1 Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении – это число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из поколения, родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте останется таким, как в год, для которого вычислен данный показатель.

(БЮРО НАЦИОНАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ АГЕНТСТВА ПО СТРАТЕГИЧЕСКОМУ ПЛАНИРОВАНИЮ И РЕФОРМАМ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН)

Согласно определению ВОЗ, показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении (далее – ОПЖ) считается одним из основных индикаторов социально-экономического и демографического благополучия населения в современном мире.

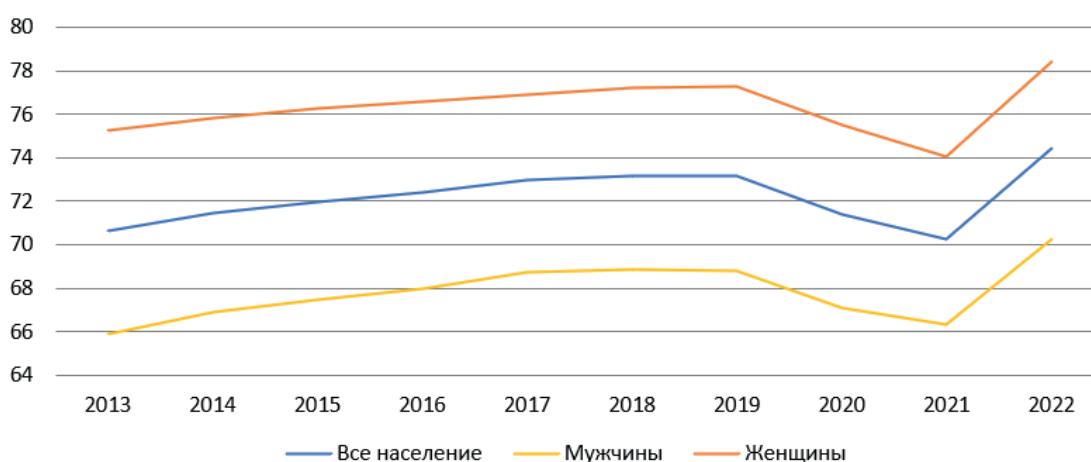


РИСУНОК 17 – ПОКАЗАТЕЛЬ ОПЖ В РК ЗА 10 ЛЕТ

ТАБЛИЦА 5 – ОПЖ В ЦИФРАХ

ГОД	МУЖЧИНЫ И ЖЕНЩИНЫ	МУЖЧИНЫ	ЖЕНЩИНЫ
2013	70,45	65,75	75,06
2014	71,62	67,12	75,94
2015	71,95	67,44	76,44
2016	72,30	68,10	76,60
2017	72,95	68,72	76,92
2018	73,15	68,84	77,19
2019	73,18	68,82	77,30
2020	71,37	67,09	75,53
2021	70,23	66,33	74,03
2022	74,44	70,26	78,41

Как видно из таблицы, в течение 10 лет наблюдается нестабильный характер данного показателя. Если с 2013 года на 2014 год прирост составил 1,7%, то с 2015 по 2018 годы - в среднем 0,6%, в 2019 году показатель ОПЖ остался практически на уровне 2018 года и составил 73 года.

В период масштабного распространения коронавирусной инфекции были потеряны чуть менее трех лет.

Тем не менее медленно, но всё же разрыв ОПЖ женщин и мужчин имеет тенденцию к уменьшению, что является показателем положительной динамики в оценке состояния здоровья граждан.

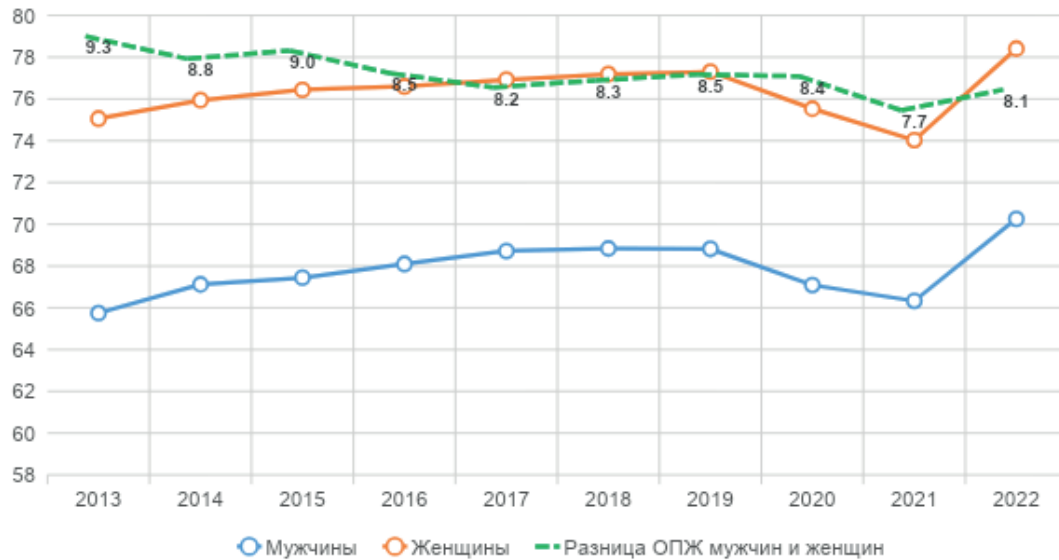


РИСУНОК 18 – ДИНАМИКА ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН ПРИ РОЖДЕНИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2013–2022 ГОДЫ

Однако, разрыв показателей ОПЖ между мужчинами и женщинами остаётся существенным по сравнению с развитыми странами, что говорит об имеющихся проблемах в обществе и требует акцентирования внимания на ключевых показателях отрасли, влияющих на продолжительность жизни.

2.1.2 Общая смертность

В целом за период 2013 - 2022 годов в Республике Казахстан наблюдается тенденция к снижению показателя общей смертности с 7,98 на 1 000 человек населения в 2013 году до 6,77 в 2022 году и этот фактор заслуживает особого внимания.

Принятые государственные программы с целевым финансированием заметно улучшили потенциал системы здравоохранения и многие виды медицинской помощи, которые ранее были недоступны широкому слою населения, стали ближе к пациентам, а реструктуризация принципов финансирования позволила развить современные технологии диагностики и лечения многих видов заболеваний.

В настоящее время основной причиной смертности в Республике Казахстан всё ещё остаются болезни системы кровообращения (22,7% от общего количества смертей, 1,54 на 1 000 человек населения). Наибольшую долю из них составляют ишемическая болезнь сердца (0,51 на 1 000 человек населения) и цереброваскулярные болезни (0,50 на 1 000 человек населения).

Второе место в структуре смертности заняли новообразования (10,3% от общего количества смертей, 0,70 на 1 000 человек населения), из которых 0,68 – показатель смертности от злокачественных новообразований.

На третьем месте - болезни органов дыхания (9,8%).

При этом показатель смертности от болезней системы кровообращения за 10 лет сократился на 25,56% и составил в 2022 году 1,54 на 1 000 человек населения, от злокачественных новообразований – сократился на 30,89% и составил 0,68 на 1 000 человек населения.

Также за последние 10 лет были достигнуты заметные успехи по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан.

Согласно оценкам, в 2022 году показатель смертности, связанный с туберкулезом, составил 0,01 на 1 000 человек населения, что на 75 % меньше, чем в 2013 году (0,05 на 1 000 человек населения).

Стоит отметить, что пандемия COVID-19 оказала существенное влияние на уровень и структуру смертности населения по всему спектру основных причин смерти. Так, за 2021 год показатель общей смертности отразил в сравнении с 2013 годом прирост на 19,3%, в том числе за счет болезней системы кровообращения (прирост 9%). При этом беспрецедентной является динамика смертности населения по причине болезней органов дыхания, уровень которой на территории Республики Казахстан в первый год пандемии COVID-19 увеличился на 82,8%, во второй год – на 62% (таблица 6).

ТАБЛИЦА 6 – ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2013–2022 ГОДЫ

ГОДЫ	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СМЕРТНОСТИ	7,98	7,57	7,51	7,37	7,15	7,13	7,19	8,60	9,52	6,77
БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	2,07	1,69	1,97	1,78	1,74	1,67	1,63	1,93	2,26	1,54
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	0,63	0,63	0,74	0,71	0,64	0,62	0,64	0,68	0,66	0,54
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	0,67	0,70	1,04	1,02	0,92	0,86	0,87	1,22	1,08	0,66
НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ, ТРАВМЫ И ОТРАВЛЕНИЯ	0,95	0,85	0,84	0,75	0,69	0,66	0,65	0,57	0,59	0,56
ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ	0,10	0,09	0,09	0,07	0,07	0,07	0,07	0,15	0,07	0,06
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ	1,01	1,07	1,07	0,90	0,85	0,82	0,81	0,80	0,75	0,70

В результате реализации комплекса мероприятий по совершенствованию системы здравоохранения и обеспечению благополучия населения сократился разрыв между странами Организации экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР) и Казахстаном по уровню ОПЖ. Так, если в 2015 году разница составляла 8,8 лет (ОЭСР – 80,6 лет, РК – 71,78 лет), то в 2019 году разрыв сократился до 7,5 лет (ОЭСР – 80,7 лет, РК – 73,18 лет).

Однако в 2021 году в связи с пандемией коронавирусной инфекции (далее – КВИ) ухудшился показатель средней ОПЖ до 70,23 года за счет повышения показателей заболеваемости и смертности в стране.

По итогам 2022 года уровень средней продолжительности жизни казахстанцев достиг исторического максимума – 74,44 года и этот феномен требует отдельного изучения, и одними из возможных факторов такого улучшения показателя являются системный подход к решению вопросов охраны здоровья и проведенная широкомасштабная информационно-пропагандистская работа среди населения по основам профилактики болезней.

Наряду с этим произошла мобилизация всех сил и средств для решения конкретной цели в коротком промежутке времени, что однозначно дало кумулятивный эффект. Полученный опыт, несомненно, должен быть использован в будущем для решения других задач, стоящих перед системой.

2.1.3 Показатель младенческой смертности

Охрана здоровья матери и ребенка является приоритетной задачей Республики Казахстан и сосредоточена на вопросах здоровья женщин, детей и их семей, включая доступность услуг дородового и послеродового ухода и помощи, раннее выявление и профилактику младенческой смертности.

За десятилетие, предшествовавшее пандемии COVID-19 (с 2009 по 2019 годы), в стране отмечается положительная динамика показателя коэффициент младенческой смертности снижен в 2,2 раза (с 18,3 до 8,37 на 1000 родившихся живыми). В целом, среднегодовой темп снижения данных показателей составлял 7,3.

Это было достигнуто за счет реализации ряда государственных программ и национальных проектов, в рамках реализации которых в Казахстане была создана сеть перинатальных центров, модернизирована акушерская и педиатрическая служба, обеспечено стабильное финансирование здравоохранения. Внедрены современные методы диагностики и лечения заболеваний, разработаны новые клинические протоколы, основанные на принципах научно-доказательной медицины и совершенствования методов оказания экстренной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, эффективного перинатального ухода, принципы безопасного материнства, рекомендованные ВОЗ.

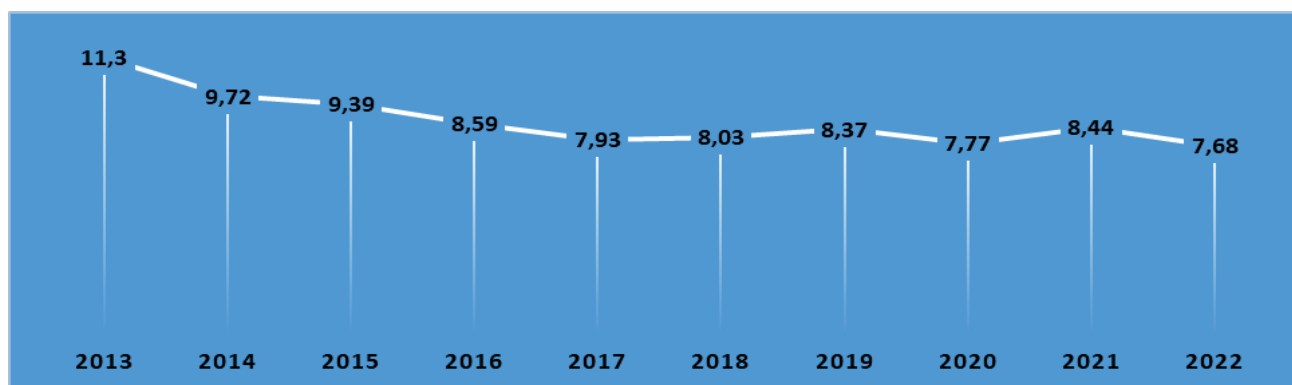


РИСУНОК 19 – ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2013–2022 ГОДЫ

Реализован ряд мер по укреплению и сохранению здоровья детей на амбулаторном уровне. С целью снижения реализации педиатрических рисков, влияющих на благополучие ребенка, семьи и общества в 2017 году в Казахстане внедрена программа универсально-прогрессивной модели патронажной службы.

Внедрена стратегия ВОЗ по интегрированному ведению болезней детского возраста (далее – ИВБДВ). Особое внимание ИВБДВ направлено на новорожденных с состояниями, требующими немедленного внимания как со стороны медицинских работников, так и членов семьи. Надлежащее проведение ИВБДВ способствует снижению смертности детей в возрасте до пяти лет, своевременному оказанию медицинской помощи, улучшению состояний, обусловленных неправильным питанием.

В Казахстане ежегодно рождается от 2500 до 4000 новорожденных с различными врожденными аномалиями и пороками развития, из них около 2000 нуждаются в хирургической коррекции в период новорожденности (неонатальная хирургия).

Летальность среди оперированных новорожденных и детей раннего возраста в среднем составляет 20%. Значительную роль в выживании этой категории детей играет выхаживание их в послеоперационном периоде. В подавляющем большинстве регионов хирургическая помощь новорожденным осуществляется в отделениях хирургии новорожденных, входящих в состав детских многопрофильных больниц, где отсутствуют условия для выхаживания новорожденных, нет неонатологов и неонатальных медсестер, неудовлетворительное материально-техническое оснащение, недостаточная квалификация кадров.

В 2021-м году в результате пандемии COVID-19 показатель младенческой смертности увеличился на 8,6% и составил 8,44 на 1000 родившихся живыми. Это связано с ростом, по сравнению с 2020 годом, заболеваемости COVID-19 среди детей в 5,6 раз, заболеваемости COVID-19 среди беременных в 2,3 раза, количества тяжелых случаев в 2,5 раза, количества преждевременных родов на 3%.

По итогам 2022 года показатель младенческой смертности составил 7,68 на 1000 родившихся живыми, что на 9% ниже показателя 2021 года (8,44).

Структура младенческой смертности неизменна, на первом месте состояния перинатального периода, на втором месте врожденные пороки развития, на третьем месте инфекционные заболевания, на четвертом месте смерть от несчастных случаев.

Показатель досуточной летальности детей остается без изменений в течение 3 последних лет и составляет 1,3 по итогам 2022 года, занимая 16% в структуре младенческой смертности. Показатель смертности детей первого года жизни на дому 0,50 на 1000 родившихся живыми, составляя 6,2% в общей структуре без динамически значимых изменений за последние три года.

Наличие в структуре младенческой смертности смерти от управляемых причин, свидетельствует о низкой информированности родителей о признаках опасности, поздней обращаемости за медицинской помощью, недостаточной работе патронажной службы ПМСП.

Таким образом, в Казахстане отмечаются положительные успехи в снижении младенческой смертности. Вместе тем необходимо дальнейшее совершенствование первичной медико-

санитарной помощи, повышение доступности высокоспециализированной медицинской помощи путем повышения оснащённости медицинских организаций, повышении квалификации кадров, внедрения новых методов диагностики и лечения.

2.1.4 Показатель материнской смертности

Материнская смертность в современных условиях все чаще рассматривается в качестве одного из ведущих критериев социально-экономического благополучия общества. Хотя данный показатель не оказывает непосредственного влияния на ОПЖ, материнская смертность является индикатором оценки дееспособности организации здравоохранения в отдельно взятой организации, региона и страны в целом.

Одним из значимых факторов снижения материнской смертности является оказание квалифицированной и качественной помощи на всех этапах. Однако, несмотря на модернизацию законодательной базы, а также высокие квалификационные требования для специалистов сферы акушерства и гинекологии, являются актуальными проблемы в работе многих служб, их взаимодействии с другими звеньями, что в свою очередь повышает риски развития тяжелых состояний у беременных женщин и формирует материнские потери.

По данным Бюро национальной статистики в 2022 году показатель материнской смертности составил 17,0 на 100 000 родившихся живыми, что на 35% выше аналогичного показателя 2013 года (12,6 на 100 000 родившихся живыми) (рис. 20) [11].

Резкий подъем материнской смертности зарегистрирован в 2020-2021 годы и связан с ростом заболеваемости коронавирусной инфекцией COVID-19 в целом по стране.



РИСУНОК 20 – ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2013–2022 ГОДЫ

В период пандемии рост «избыточных» смертей от COVID-19 связан с инфекционным агентом, высокой патогенностью штамма коронавируса «дельта», тяжелым и молниеносным течением заболевания, соматическим здоровьем матерей, особенностями физиологического состояния беременных и постковидными осложнениями.

В то же время, в международных научных изданиях, ученые ведущих стран указали, что отдаленные последствия COVID-19 могут быть опаснее самой болезни. Даже после выздоровления повышенная системная воспалительная и прокоагулянтная активность могут сохраняться еще долгое время, что может привести к неблагоприятным исходам, особенно для беременных в долгосрочной перспективе. По данным МИС заболеваемость среди женщин в 2022 году выросла на 4,2 %, а индекс здоровья женщин снизился до 70%.

Вместе с тем, со снижением показателя МС, отсутствует возможность добиться более высоких темпов снижения летальных исходов матерей в последующие 4 года, где ежегодное снижение показателя материнской смертности может быть на 1,5 - 2 %.

По итогам 2022 года в постковидный период, в результате принятия системных мер по улучшению организации медицинской помощи, удалось добиться снижения МС в **2,6** раза с 44,7 (2021 года) до **17,0** на 100 тыс. живорожденных.

Экстрагенитальные заболевания беременных (далее - ЭГЗ), занимают одно из ведущих мест среди причин материнской смертности. В среднем по Республике Казахстан количество заболеваний на 1 беременную составляет 1,2.

Так, основной причиной в структуре материнской смертности в 2022 году явились экстрагенитальные заболевания (50%).

На втором месте - акушерские кровотечения (13%), на третьем - преэклампсии, эклампсии и сепсис (по 11%).

Вместе с тем, в постковидный период отмечался **рост экстрагенитальной патологии среди беременных женщин** (перенесших коронавирусную инфекцию) ОНМК, тромбоз, ССС, онкопатология и т.д., что повлияло на течение беременности и родов.

В последние годы, наметилась тенденция к росту беременности у женщин старше 35 лет, которые имеют к этому возрасту неблагоприятный соматический фон и осложненный акушерский анамнез, что увеличивает риск осложнений текущей беременности.

Вместе с тем, имеются важные факторы, влияющие на неблагоприятный исход беременности и родов, как организационно - методические (определение логистики, маршрутизация беременных, расстановка и обучение кадров и т.д.), социально-демографические (миграционный прирост населения в крупных городах, низкий социальный статус женщин и неудовлетворительные семейные отношения) и отсутствие солидарной ответственности населения (позднее обращение пациентов ввиду не информированности, нерегулярное посещение и невыполнение рекомендаций врачей, госпитализация в тяжелом состоянии).

2.2 Основные неинфекционные заболевания и факторы риска

2.2.1 Показатели заболеваемости (распространенность, первичная заболеваемость, смертность) по основным классам НИЗ

Показатель первичной заболеваемости

Анализ динамики первичной заболеваемости (числа заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек соответствующего населения) по Республике Казахстан в 2013 - 2022 годы показал, что по основным показателям определяется ее снижение в целом на 8,9% (с 53 954,5 в 2013 году до 49 143,1 в 2022 год). Уровень заболеваемости населения по данному показателю был максимальным в 2017 году (57 897,0 на 100 000 человек населения).

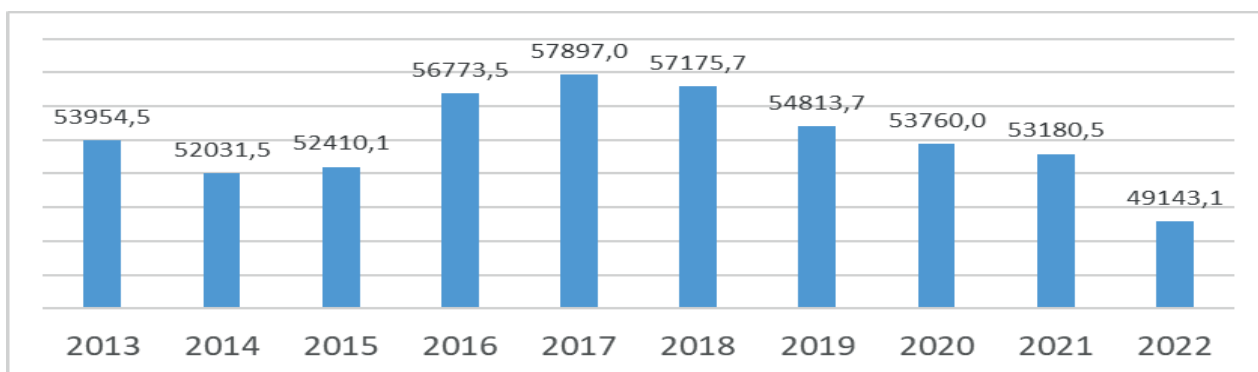


РИСУНОК 21 – ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2013 - 2022 ГОДЫ

В 2022 году наибольший уровень первичной заболеваемости фиксировался по болезням органов дыхания (20 130,80 на 100 000 человек населения, 40,96%), болезням органов пищеварения (3 794,50 на 100 000 человек населения, 7,72%), болезням мочеполовой системы (2 889,60 на 100 000 человек населения, 5,9%), болезням системы кровообращения (2 618,40 на 100 000 человек населения, 5,3%), а также травмам и отравлениям (2 494,10 на 100 000 человек населения, 5,1%).

По сравнению с 2013 годом наибольший прирост отмечен по врожденным аномалиям (в 1,7 раза), новообразованиям (в 1,6 раза), болезням костно-мышечной системы и болезням соединительной ткани (в 1,4 раза).

2.2.2 Динамика и структура заболеваемости детей 0-14 лет

За 10 лет первичная заболеваемость детей до 14 лет снизилась на 25%, достигнув в 2022 году показателя в 68 943,20 на 100 тысяч человек соответствующего населения.

Ведущим классом впервые выявленной заболеваемости в течение всего анализируемого периода были болезни органов дыхания, частота которых за 10 лет снизилась на 27%, достигнув в 2022 году показателя в 40 118,40 на 100 тысяч человек соответствующего населения.

На второй и третьей позиции со значительным отставанием по частоте находились болезни органов пищеварения (6 327,10) и болезни кожи и подкожной клетчатки (3 112,30).

ТАБЛИЦА 7 – ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ 0-14 ЛЕТ С ДИАГНОЗОМ, УСТАНОВЛЕННЫМ ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ (НА 100 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК СООТВЕТСТВУЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ)

КЛАСС БОЛЕЗНИ	2013	2016	2019	2022	ПРИРОСТ/СНИЖЕНИЕ (2022/2013)
ВСЕГО В ТОМ ЧИСЛЕ:	91 586,50	94 970,50	87 177,80	68 943,20	-25%
ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ	2 752,40	2 408,60	2 309,80	1 808,50	-34%
НОВООБРАЗОВАНИЯ	131,40	159,70	198,10	175,30	33%
БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ	4 577,30	3 962,60	3 447,30	1 931,60	-58%
ЭНДОКРИННЫЕ БОЛЕЗНИ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ	1 114,40	861,20	752,80	628,60	-44%
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ	132,80	95,40	83,30	95,40	-28%
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	4,00	2,60	1,30	0,30	-93%
БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	3 096,40	3 288,90	3 245,40	2 959,20	-4%
БОЛЕЗНИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТКОВ	3 101,30	3 131,90	2 961,60	2 538,10	-18%
БОЛЕЗНИ УША И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА	2 477,70	2 524,80	2 328,90	2 044,00	-18%
БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	337,50	295,10	239,30	149,00	-56%
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	55 095,80	58 695,60	52 667,20	40 118,40	-27%
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	6 124,80	7 048,30	6 865,90	6 327,10	3%
БОЛЕЗНИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ	3 986,20	4 088,50	4 187,30	3 112,30	-22%
БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	817,10	927,30	1 135,70	982,90	20%
БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	1 403,40	1 302,80	1 195,30	939,90	-33%
ОТДЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ **)	1 987,10	1 629,50	1 245,00	815,40	-59%
ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ (ПОРОКИ РАЗВИТИЯ), ДЕФОРМАЦИИ И ХРОСОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ	709,80	1 015,60	1 333,10	1 114,50	57%
СИМПТОМЫ, ПРИЗНАКИ И ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ	540,50	556,40	431,50	610,10	13%
ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН	3 196,10	2 975,50	2 549,00	2 187,90	-32%
КОРОНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ				226,00	

За период 2013-2022 годов выраженный (более 20%) темп прироста первичной заболеваемости детей 0-14 лет наблюдался по:

- врожденным аномалиям (пороки развития), деформациям и хромосомным нарушениям (на 57,01%);
- новообразованиям (на 33,4%);
- болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 20,29%).

Значительное снижение уровня первичной заболеваемости было выявлено среди таких классов болезней, как:

- психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (на 92,5%);
- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (на 58,97%);
- болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (на 57,81%);
- болезни системы кровообращения (на 55,86%);
- эндокринные болезни, расстройства питания и нарушения обмена веществ (на 43,6%).

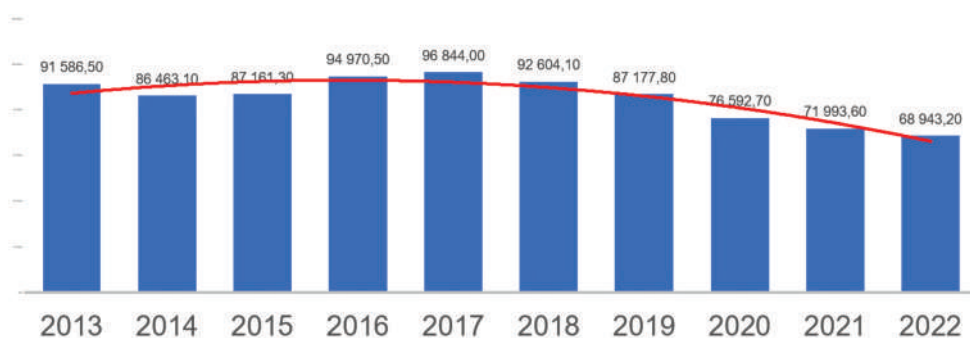


РИСУНОК 22 – ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 14 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2013–2022 ГОДЫ

В течение всего анализируемого периода, в структуре первичной заболеваемости детей возраста 0-14 лет ведущее место принадлежало болезням органов дыхания, составляя от 60% до 58% от общего числа заболеваний. Вероятнее всего, данный показатель свидетельствует об обращении подавляющего большинства детей к врачам в случаях острых воспалительных заболеваний органов дыхания.

Второе место в структуре заболеваемости детей занимали болезни органов пищеварения, составляя 7-9% в различные годы. В 2022 г. частота данной патологии достигла 6 327,10 на 100 000 человек соответствующего населения, и темп прироста за 10 лет составил 3%. Рост показателя указанного нозологического класса возможно свидетельствует в том числе о нерациональном питании и малоподвижном образе жизни детей.

В 2022 году третье место в нозологической структуре первичной заболеваемости детей заняли болезни кожи и подкожной клетчатки, составив 5%. В динамике показателя за 10 лет уровень данной патологии к 2022 г. снизился на 22%.

Таким образом, за период 2013-2022 гг. в Республике Казахстан среди детей 0-14 лет выявлено снижение показателя первичной заболеваемости на 25%, что свидетельствует об улучшении состояния здоровья детского населения, обусловленном в том числе за счет внедрения ОСМС с 2020 года и обеспечения доступности медицинской помощи детскому населению.

В структуре первичной заболеваемости 0-14-летних детей на протяжении всего анализируемого периода первое место принадлежало болезням органов дыхания, что требует дальнейшей разработки и осуществления комплекса лечебно-профилактических мероприятий в стране у детей с данной патологией.

2.2.3 Динамика и структура заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста (от 60 лет и старше)

Число лиц старше трудоспособного возраста на конец 2022 года составило **2,6 млн человек**, или 13% от общей численности населения. У данной категории населения имеются особенности состояния здоровья. Целым рядом исследователей отмечается высокий уровень неинфекционных заболеваний, частые обострения и осложнения хронической патологии,

мультиморбидность, затяжной период выздоровления и реабилитации, а также атипичность течения патологии у пожилых.

Согласно научным исследованиям, заболеваемость населения пожилого возраста в 6 раз выше, чем у лиц трудоспособного возраста.

Отмечаются более высокие показатели общей заболеваемости населения пенсионного возраста, что определяет для них объем медицинской помощи в 11 раз больше, чем для лиц трудоспособного возраста.

Результаты анализа первичной заболеваемости по Республике Казахстан за 10 лет показали, что данный показатель в 2022 году вырос на 23%, и составил 47 859,7 на 100 000 человек соответствующего населения против 38 760,1 в 2013 году.

На первом месте у лиц старше трудоспособного возраста класс болезней органов дыхания показатель составил 9269,5 на 100 000 человек соответствующего населения, у всего населения этот показатель составил 20 037,8.

Анализ показал, что у населения старше трудоспособного возраста значительно выше показатель впервые выявленной заболеваемости (2022 г.) в классе болезней системы кровообращения, чем показатель, отмеченный в трудоспособном возрасте. Показатели составили для трудоспособного населения 2633,3 на 100 000 человек соответствующего населения против населения старше трудоспособного возраста - 8 954,7 на 100 000 человек соответствующего населения (встречается в 3 раза чаще).

У лиц трудоспособного возраста также в 2 раза ниже показатель первичной заболеваемости, чем у лиц старше трудоспособного населения по поводу новообразований, где показатели составили 771,1 и 2139,1 на 100 000 человек населения соответственно.

Необходимо отметить, что одной из требующих особого внимания патологий является сахарный диабет. По итогам прошлого года заболевание впервые зарегистрировано у 22 тысяч лиц от 60 лет и старше и показатель составил 900,3 на 100 000 человек соответствующего населения.

Анализ темпа прироста первичной заболеваемости за 10 лет у лиц старше трудоспособного возраста по ключевым заболеваниям, таким как:

- болезни системы кровообращения, из них артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность,
- сахарный диабет,
- онкология,
- болезни органов дыхания показал нижеследующие результаты.

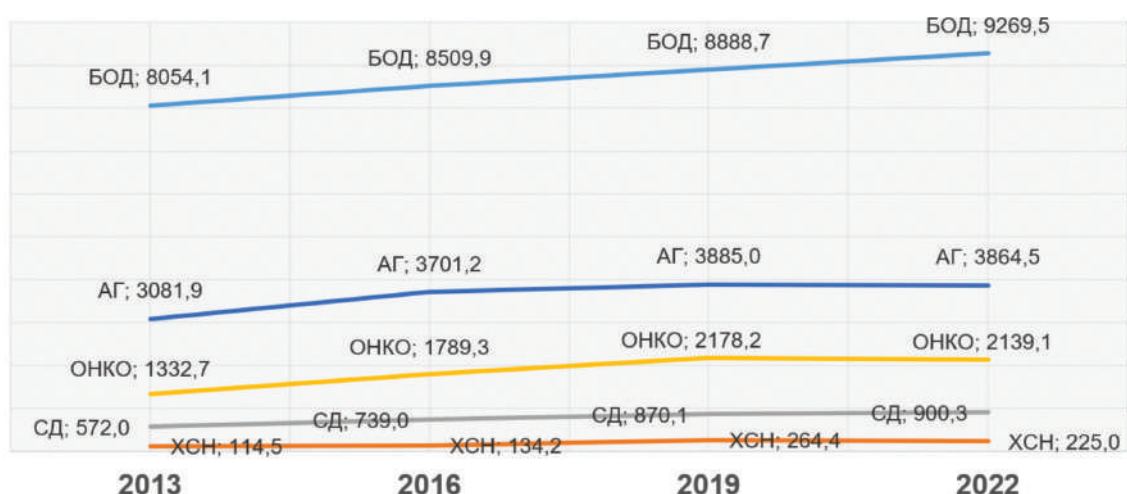


РИСУНОК 23 – ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ЛИЦ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2013–2022 ГОДЫ

Прирост первичной заболеваемости за 10 лет по артериальной гипертензии составил 25%, хронической сердечной недостаточности - 97%, сахарному диабету - 57%, онкологии - 61%, болезням органов дыхания - 15%.

Таким образом, для лиц старших возрастных групп характерны высокие уровни заболеваемости с тенденцией к росту. Подобные закономерности необходимо учитывать при планировании объемов и структуры оказания медицинской помощи.

Принимая во внимание высокую заболеваемость данного контингента, следует укреплять систему диспансерного наблюдения и повышать роль профилактической работы, что позволит предотвратить обострения хронической патологии, улучшить качество и повысить продолжительность жизни, а также понизить расходы на оказание медицинской помощи.

Стоит отметить, что рядом международных исследовательских работ отмечена значимость дневных стационаров при проведении профилактического и противорецидивного лечения пожилых пациентов диспансерной группы. В организации медицинской помощи лицам пожилого возраста необходимо учитывать их особенности: мультиморбидность, а также более высокие затраты на оказание медицинской помощи.

2.2.4 Динамика и структура заболеваемости лиц трудоспособного возраста

Особое место в политике здравоохранения страны занимает трудоспособное население, численность которого на начало 2023 года составила 10,4 млн человек (53% от общей численности населения). Стоит отметить, что на начало 2014 года удельный вес указанной категории населения был выше и составлял 60%.

Анализ первичной заболеваемости за последние 10 лет по хроническим неинфекционным и социально значимым заболеваниям показал, что с 2013 года показатель по болезням системы кровообращения у лиц трудоспособного возраста снизился на 5,1% (2013 год - 2 775,2 на 100 000 человек соответствующего населения, в 2022 году - 2 633,3). Стоит отметить, что по артериальной гипертензии показатель первичной заболеваемости имеет тенденцию к снижению (2013 год - 1 436,0 на 100 000 человек соответствующего населения, в 2022 году - 1 309,2).

Вместе с тем, по данной категории населения наблюдается рост числа новых случаев сахарного диабета. Так, если 10 лет назад в год регистрировали 18 тыс. случаев с сахарным диабетом, установленным впервые в жизни, то в прошлом году это число достигло 28 тыс. человек. Темп прироста показателя первичной заболеваемости на 100 000 соответствующего населения составил 52%. Данная тенденция объясняется лучшей выявляемостью заболевания.

За 10 лет показатель первичной заболеваемости новообразованиями вырос с 510,7 на 100 000 человек соответствующего населения в 2013 году до 771,1 в 2022 году (темп прироста составил 51%).

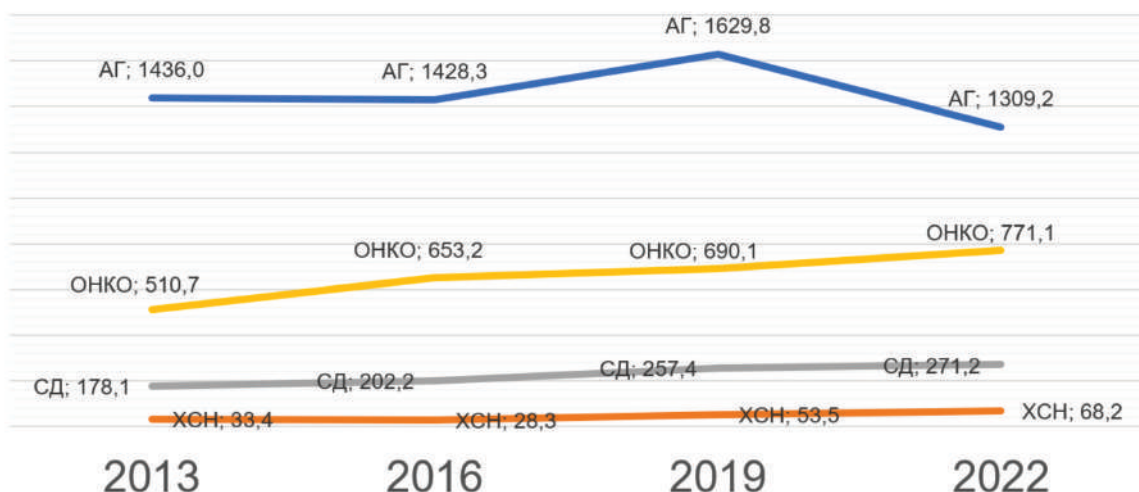


РИСУНОК 24 – ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2013–2022 ГОДЫ

Выводы и рекомендации

Вполне объяснимо, что для лиц старших возрастных групп характерны высокие уровни заболеваемости с тенденцией к росту. Подобные закономерности необходимо учитывать при планировании объемов и структуры оказания медицинской помощи.

В целях предотвращения обострения хронической патологии, принимая во внимание высокую заболеваемость данного контингента, следует укреплять систему диспансерного наблюдения и повышать роль профилактической работы.

Вместе с тем, согласно международным данным, категория трудоспособного населения меньше обращается за медицинской помощью и услугами в связи с ограничением во времени (работающее население), что, соответственно, приводит к высоким показателям хронизации и инвалидизации по заболеваниям, управляемым на уровне ПМСП.

Необходимо в число приоритетов при распределении объемов оказания медицинской помощи включить лица трудоспособного возраста, и обеспечить дальнейшее повышение качества медицинской, в том числе профилактической помощи, что позволит снизить заболеваемость и смертность населения от наиболее социально значимых болезней и причин, увеличить продолжительность социально активной жизни населения и снизить экономическую нагрузку на государство.

Необходимо подчеркнуть, что для снижения смертности населения приоритетное значение имеет повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, реализация программ по борьбе с отдельными заболеваниями, сокращение младенческой и детской смертности, а также смертности от инфекционных заболеваний.

Первоочередными задачами по повышению эффективности работы первичного звена являются использование выездных форм работы, в том числе на селе, и дистанционных технологий, а также проактивное приглашение на прием, максимально высокий охват динамическим наблюдением пациентов из группы высокого риска, своевременное направление на оказание плановой, в том числе высокотехнологичной медпомощи, обеспечение пациентов лекарственными средствами, посещение на дому, а также своевременная вакцинация уязвимых групп граждан, в том числе людей, имеющих сочетанные хронические заболевания.

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются растущей проблемой в области развития и общественного здравоохранения в Казахстане. Вероятность преждевременной смерти (то есть в возрасте моложе 70 лет) от четырех основных групп НИЗ для человека (такие как рак, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и хронические респираторные заболевания, а также их факторы риска), проживающего в Казахстане, составляет 27%.

НИЗ наиболее тесно связаны с образом жизни человека и первопричиной их возникновения являются вредные привычки и пренебрежение нормами здорового образа жизни.

2.2.5 Болезни системы кровообращения

За последние три десятилетия болезни системы кровообращения (БСК) занимают первое место среди причин смертности и инвалидности населения Республики Казахстан.

По данным ВОЗ ежегодно от БСК в мире умирает более 17,9 млн. В Казахстане в 2022 году в структуре всех причин смертности доля летальности от БСК к общему числу умерших составила 22,80%. В структуре смертности от БСК доля смертности от ИБС составила 33,66% от сосудистого поражения мозга - 32,72%. Показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за 2022 год составил 154,39 на 100 тысяч населения. В сравнении с 2010 годом показатель снизился на 61,79% (рис. 25).

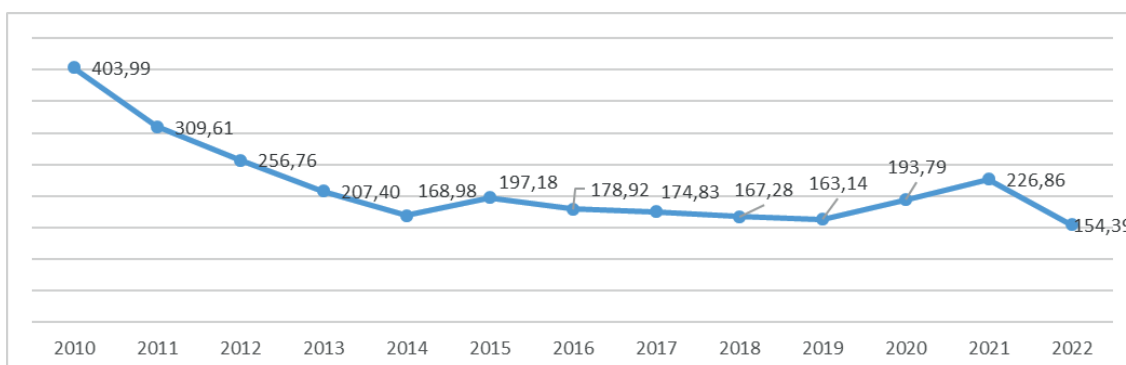


РИСУНОК 25 – ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ БСК

За период 2013–2022 годы в стране зарегистрирован рост показателя первичной заболеваемости БСК, который увеличился на 6,29% и составил 2618,10 на 100 тысяч населения (рис. 26).

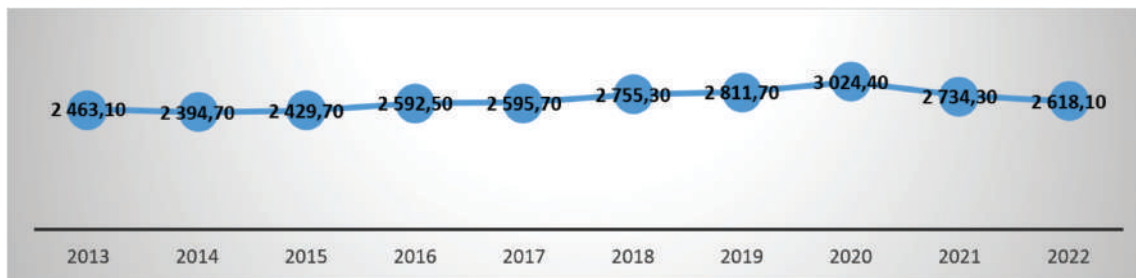


РИСУНОК 26 – ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БСК (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

В структуре всех причин смертности доля смертности от БСК остается значительной, но отмечается тенденция к снижению показателя с 25,98% в 2013г. до 22,80% в 2022г. (рис. 27).

Своевременное выявление заболеваемости, проведение скрининговых исследований привели к увеличению диспансерных больных по БСК в 2,35 раза с 1 044 390 больных на конец 2013 года до 2 463 963 больных на конец 2022 года. По итогам 2022 года в стране на диспансерном наблюдении по БСК состоит 4047 детей от 0 до 14 лет, 2327 подростков от 15 до 17 лет включительно, 2 457 589 взрослых от 18 лет и старше.

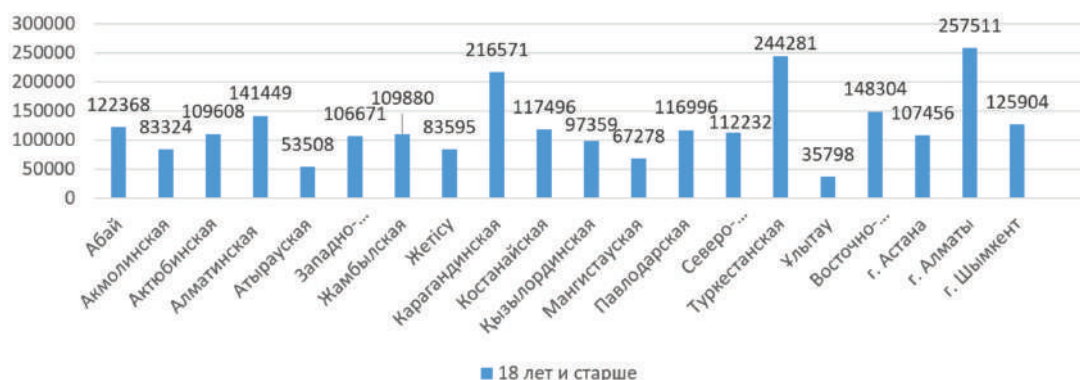


РИСУНОК 27 – ЧИСЛО БОЛЬНЫХ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ПО БСК В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ НА КОНЕЦ 2022 ГОДА

По итогам 2022 года в стране основная доля состоящих на диспансерном наблюдении по БСК приходится на взрослое население от 18 лет и старше.

Таким образом, на 31.12.2022 год наибольшее количество, состоящих на диспансерном наблюдении, отмечается в г. Алматы - 257 511 больных, Туркестанской области - 244 281, Карагандинской - 216 571, в Восточно-Казахстанской - 148 304 и Алматинской - 141 449 больных.

Наименьшее число больных, состоящих на диспансерном учете по итогам 2022 года, наблюдается в области Улытау - 35 798, Атырауской - 53 508, Мангистауской - 67 278 и в области Жетісу - 83 595 больных.

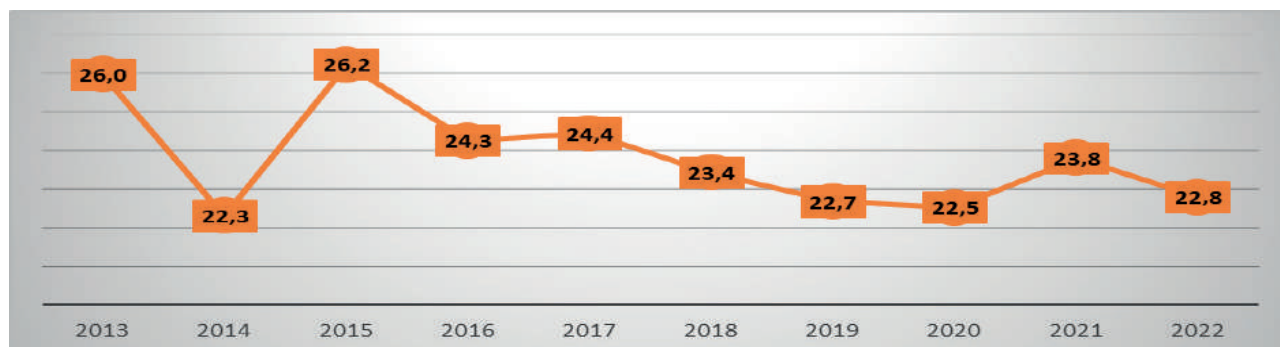


РИСУНОК 28 – УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СМЕРТНОСТИ ОТ БСК СРЕДИ ВСЕХ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ

Статистический анализ показателей смертности от БСК за 2013 - 2022 годы наглядно указывает на снижение показателя смертности от БСК с 207,4 на 100 тысяч населения в 2013 году до 163,14 на 100 тысяч населения в 2019г. Однако, вызванный пандемией коронавирусной инфекции разрыв цикла оказания комплексной медицинской помощи привел к росту смертности от хронических неинфекционных заболеваний. Так, в 2020 году смертность от БСК увеличилась на 18,8% (193,79 на 100 тыс. населения), в 2021 году - еще на 17% (226,86 на 100 тыс. населения). Показатель смертности от БСК в 2022 году на уровне 154,39 на 100 тыс. населения.

ТАБЛИЦА 8 – ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ ОТ БСК В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 2013-2022 ГОДЫ

РЕГИОНЫ	БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН	207,4	168,98	197,18	178,92	174,83	167,28	163,14	193,79	226,86	154,39
ОБЛАСТЬ АБАЙ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	233,53
АКМОЛИНСКАЯ ОБЛАСТЬ	257,85	212,48	317,76	272,93	259,14	205,48	198,33	230,39	253,83	180,34
АКТЮБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ	169,37	157,77	182,67	167,81	140,78	130,49	129,39	147,07	215,38	129,33
АЛМАТИНСКАЯ ОБЛАСТЬ	181,27	159,2	159,03	124,45	130,03	117,94	123,67	154,39	185,27	140,73
АТЫРАУСКАЯ ОБЛАСТЬ	124,66	103,54	130,1	146,58	131,9	106,18	100,39	127	130,09	109,29
З-КАЗАХСТАНСКАЯ ОБЛАСТЬ	193,78	195,55	220,27	215,72	220,27	215,05	209,45	238,67	240,51	210,58
ЖАМБЫЛСКАЯ ОБЛАСТЬ	203,12	152,53	193,07	160,46	150,14	138,67	129,46	160,58	198,07	114,92
ОБЛАСТЬ ЖЕТИСУ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	125,94
КАРАГАНДИНСКАЯ ОБЛАСТЬ	331,06	250,37	372,66	327,73	314,27	321,34	325,47	351,86	389,47	242,4
КОСТАНАЙСКАЯ ОБЛАСТЬ	227,18	189,53	191,12	178,91	184,98	164,84	174,12	263	353,34	247,49
КЫЗЫЛОРДИНСКАЯ ОБЛАСТЬ	129,83	97,39	135,29	140,94	123,5	112,58	114,65	145,72	138,32	116,12
МАНГИСТАУСКАЯ ОБЛАСТЬ	85,18	73,68	70,68	71,68	59,86	56,48	56,94	64,58	68,61	54,06
ПАВЛОДАРСКАЯ ОБЛАСТЬ	287,92	240,63	257,53	217,6	221,58	190,23	198,14	234,7	333,63	190,41
С-КАЗАХСТАНСКАЯ ОБЛАСТЬ	356,63	283,22	327,32	248,57	217,49	222,44	198,5	200,09	215,21	183,93
ТУРКЕСТАНСКАЯ ОБЛАСТЬ	111,45	103,45	147,42	139,73	141,09	128,3	126,15	150,51	145,15	106,66
ОБЛАСТЬ УЛЫТАУ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	213,41
В-КАЗАХСТАНСКАЯ ОБЛАСТЬ	330,46	249,59	239,83	199,81	216,49	257,47	255,81	330,72	401,81	277,61
Г. АСТАНА	153,83	145,14	158,67	152,28	123,1	124,8	115,87	129,19	114,51	89,65
Г. АЛМАТЫ	227,29	159,01	141,91	175,16	190,13	187,22	165,13	191,52	284,85	182,44
Г. ШЫМКЕНТ	-	-	-	-	-	129,41	124,27	143,14	133,79	107,8

Показатели смертности от БСК за 2013 - 2022 годы в разрезе регионов указывают на снижение показателя смертности от БСК по всем регионам. В том числе, снижение показателя смертности от БСК меньше уровня страны отмечается в следующих регионах:

- в Мангистауской области с 85,18 на 100 тысяч населения в 2013 году до 56,94 на 100 тысяч населения в 2019 г.;
- в г. Астана с 153,83 на 100 тысяч населения в 2013 году до 115,87 на 100 тысяч населения в 2019 г.;
- в Атырауской области с 124,66 на 100 тысяч населения в 2013 году до 100,39 на 100 тысяч населения в 2019 г.;
- в Жамбылской области с 203,12 на 100 тысяч населения в 2013 году до 129,46 на 100 тысяч населения в 2019 г.;
- в Кызылординской области с 129,83 на 100 тысяч населения в 2013 году до 114,65 на 100 тысяч населения в 2019 г.;
- в Актюбинской области с 169,37 на 100 тысяч населения в 2013 году до 129,39 на 100 тысяч населения в 2019 г.;
- а Алматинской области с 181,27 на 100 тысяч населения в 2013 году до 123,67 на 100 тысяч населения в 2019 г.

Таким образом, за десятилетний период смертность от БСК по стране снизилась на 25,5% (рис. 29).

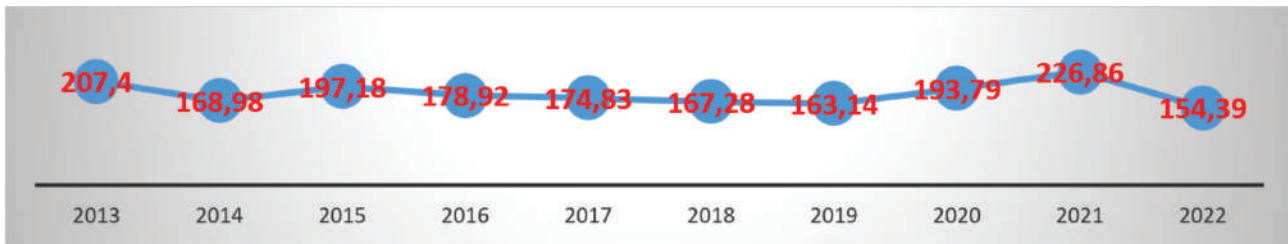


РИСУНОК 29 – ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ БСК (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

Показатель смертности от ИБС снизился с 70,75 на 100 тысяч населения в 2013 году до 51,98 на 100 тысяч населения в 2022 году.

Показатель смертности от инсульта снизился с 71,90 на 100 тысяч населения в 2013 году до 50,53 на 100 тысяч населения в 2022 году.

По итогам 2022 года в структуре смертности от БСК доля смертности от ИБС составила 33,6% и 32,7% от сосудистого поражения мозга.

Указанные данные свидетельствуют об эффективности реализованных программ по снижению смертности от БСК. Казахстану в короткий промежуток времени удалось создать собственную, модернизированную и стандартизованную кардиологическую и кардиохирургическую службу, отвечающую всем международным трендам.

2.2.6 Злокачественные новообразования

Рак - одна из ведущих причин смерти в мире, которая в 2020 г. унесла жизни почти 10 млн человек [12]. В 2020 г. наиболее распространенными видами рака (с точки зрения числа новых случаев) были:

- рак молочной железы (2,26 млн случаев);
- рак легких (2,21 млн случаев);
- рак толстой и прямой кишки (1,93 млн случаев);
- рак предстательной железы (1,41 млн случаев);
- рак кожи (немеланомный) (1,20 млн случаев);
- рак желудка (1,09 млн случаев).

Наиболее распространенными причинами смерти от онкологических заболеваний в 2020 г. были:

- рак легких (1,8 млн случаев смерти);
- рак толстой и прямой кишки (916 000 случаев смерти);
- рак печени (830 000 случаев смерти);
- рак желудка (769 000 случаев смерти);
- рак молочной железы (685 000 случаев смерти).

Ежегодно рак развивается у примерно 400 000 детей. Распространенность различных видов рака варьируется в зависимости от страны. Рак шейки матки является наиболее распространенным в 23 странах.

Каждая страна имеет свою систему здравоохранения, которая определяет доступность средств, порядок предоставления услуг и условия, в которых диагностика и лечение рака будут более успешными.

Основные международные тренды в организации онкологической помощи:

- максимальное внимание системам «активного выявления рака»: активной профилактике (вакцинация), скрининговым обследованиям, профилактическим осмотрам;
- медицинское обслуживание - в государственных, в том числе многопрофильных медицинских учреждениях и аккредитованных частных многопрофильных госпиталях, на основе системы страхования;
- амбулаторная медицинская помощь оказывается пациентам с ЗН на приоритетной основе;
- до госпитализации пациента с ЗН все диагностические исследования проводятся в амбулаторном режиме, за счет государства и/или в рамках системы страхования;
- приоритет проведения лучевой и химиотерапии - в дневных стационарах «одного дня» в клиниках, оказывающих онкологическую помощь, как одной из наименее затратной формы оказания медицинских услуг;
- стремление к высокому уровню оснащения клиник лечебно-диагностическим оборудованием, внедрение прогрессивных технологий: минимально-инвазивной хирургии, модифицированной лучевой терапии, ядерной медицины и др.;
- пациентам с подтвержденным онкологическим диагнозом выдается карточка льготного лекарственного обеспечения, практически во всех развитых странах мира;
- обеспечение подготовки высококвалифицированных специалистов для онкологических клиник и широкое развитие и внедрение собственных и имплементированных научных разработок.

Таким образом, чтобы улучшить показатели онкологической ситуации в нашей стране, организация онкологической помощи должна быть значительно изменена и адаптирована к лучшим моделям оказания помощи онкологическим больным. Особое внимание необходимо уделить оптимизации маршрута пациента в системе помощи, стандартизации и управлению процессами диагностики и лечения, универсализации лечебно-диагностического оборудования в регионах, а также планированию и мониторингу эффективности вмешательств.

По мере увеличения ОПЖ растёт и заболеваемость злокачественными новообразованиями и это общемировая тенденция. Этот показатель чутко реагирует и на уровень развития онкологической службы, так как по мере её модернизации и обеспечения пациентов современными видами диагностики и лечения, они получают шанс прожить 5 лет и более, и количество онкологических пациентов будет неуклонно увеличиваться и к этому надо быть готовым.

Уровень первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями (далее - ЗНО) в Казахстане с 2013 по 2022 года возрос на 2,6%, с 193,9 до 199,0 на 100 тысяч населения (рисунок 31). Пик первичной заболеваемости ЗНО зарегистрирован в 2015 году - 207,7 на 100 тысяч населения. Резкий спад заболеваемости (172,1) произошел в 2020 году из-за снижения доступности специализированной помощи в период пандемии КВИ.

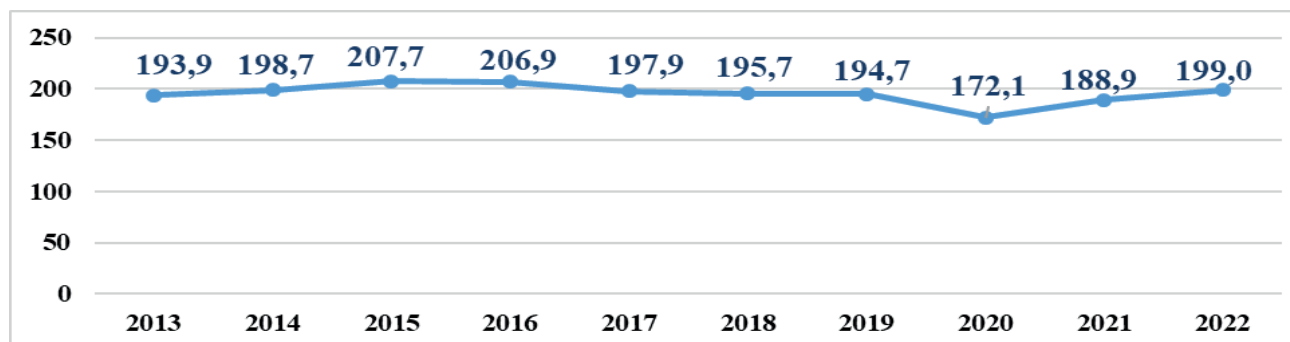


РИСУНОК 30 – ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА ЗНО (НА 100 ТЫСЯЧ НАСЕЛЕНИЯ)

В целом эпидемиологическая ситуация улучшается. С 2020 года выявляемость, а значит, и первичная заболеваемость ЗНО, благодаря значительным объемам скрининговых осмотров, совершенствованию методов выявления патологии, образовательной работе с населением, снова нарастает, что связано и с ростом социально-экономического благополучия страны, увеличением продолжительности жизни населения и проведением комплекса профилактических мероприятий.

Выявление на ранней стадии, своевременные проведения скрининговых исследований увеличило число больных, состоящих на диспансерном учете по ЗНО в 40,58 % с 146 404 больных на конец 2013 года до 205 822 больных на конец 2022 года. По итогам 2022 года в стране на диспансерном наблюдении по ЗНО состоит 2506 детей от 0 до 14 лет, 203 316 больных от 15 лет и старше.

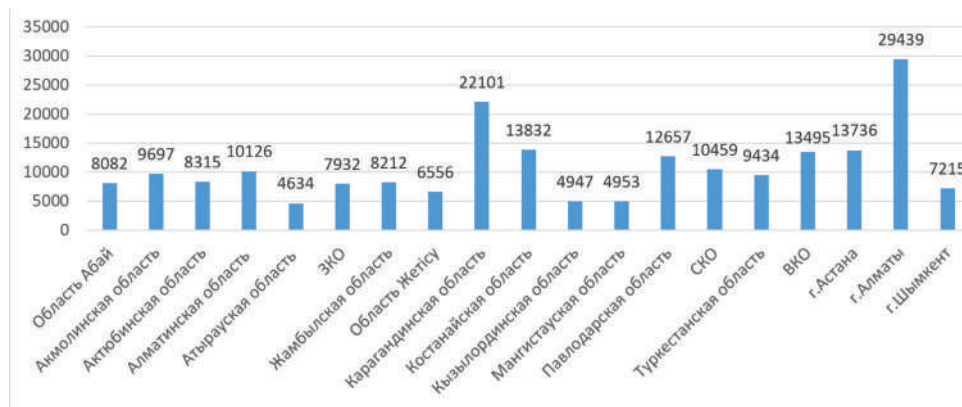


РИСУНОК 31 – КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ПО ЗНО В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ СТРАНЫ НА КОНЕЦ 2022 ГОДА

На 31.12.2022 г. наибольшее количество состоящих на диспансерном наблюдении отмечается в г. Алматы – 29 439 больных, Карагандинской области – 22 101 больных, Костанайской области – 13 832 больных, г. Астана – 13 736 больных, Восточно-Казахстанской области – 13 495 больных, Павлодарской области – 12 657 больных.

Наименьшее число больных, состоящих на диспансерном учете по ЗНО по итогам 2022 года, наблюдается в Атырауской области – 4634 больных, Мангистауской области – 4953 больных, Кызылординской области – 4947 больных, области Жетісу – 6556 больных и в г. Шымкент – 7215 больных.

Проводимые в стране масштабные противораковые мероприятия, системные меры по развитию онкологической помощи населению позволили снизить смертность от ЗНО. Уровень смертности с 2013 года снизился в 1,5 раза и составил в 2022 году 68,8 на 100 тысяч населения и это – наиболее убедительный результат проводимых мероприятий (рис. 32).

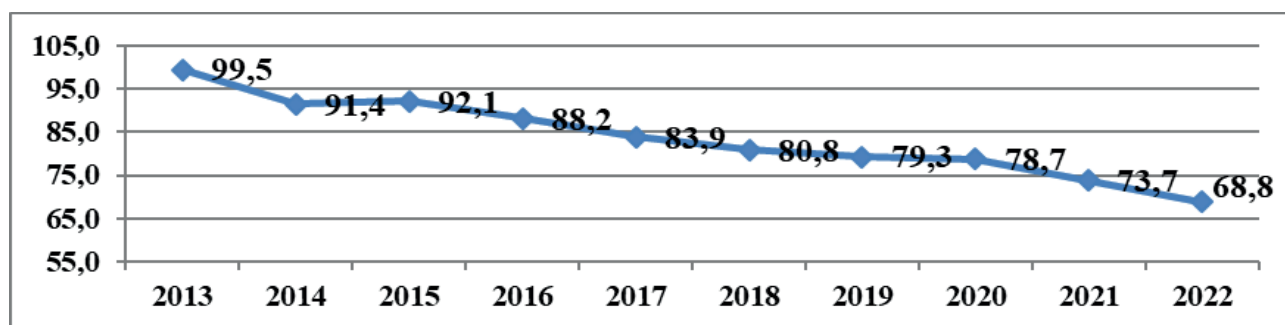


РИСУНОК 32 – ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА ОТ ЗНО (НА 100 ТЫСЯЧ НАСЕЛЕНИЯ)

В 2022 году произошло снижение смертности от ЗНО по 25 локализациям из 28 (2021 год – снижение только по 13 локализациям). Возросла смертность наблюдаемого контингента от ЗНО по 3 локализациям: от ЗНО печени – на 2,6%, почки – на 1,9%, шейки матки – на 0,04%.

В структуре причин смерти населения страны от ЗНО первое место занимает рак легкого (16,3%), второе – рак желудка (12,0%), третье – рак молочной железы (8,1%).

Наиболее значительный (более 10%) темп снижения уровня смертности наблюдаемого контингента зафиксирован при следующих локализациях ЗНО: губы – на 40,1%, кожи – на 34,3%, щитовидной железы – на 24,2%, злокачественных лимфомах – на 22,8%, соединительных и мягких тканей – на 21,8%, предстательной железы – на 20,9%, меланоме кожи – на 15,7%, ЦНС – на 13,6%, молочной железы – на 13,0%, гортани – на 10,7%.

ТАБЛИЦА 9 – ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ ОТ ЗНО В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 2013–2022 ГОДЫ

РЕГИОНЫ	ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН	99,49	91,36	92,12	88,16	83,9	80,81	79,3	78,66	73,7	68,76
ОБЛАСТЬ АБАЙ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	115,70
АКМОЛИНСКАЯ ОБЛАСТЬ	152,01	121,32	124,92	121,99	120,27	107,21	114,01	100,79	102,2	90,61
АКТЮБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ	101,57	74,04	80,6	78,67	71,86	67,97	66,01	58,11	60,9	54,09
АЛМАТИНСКАЯ ОБЛАСТЬ	75,04	70,92	70,49	63,75	60,99	58,33	58,86	61,16	54	52,34
АТЫРАУСКАЯ ОБЛАСТЬ	86,37	85,44	90,65	82,53	77,84	65,84	63,95	60,04	53,1	50,06
З-КАЗАХСТАНСКАЯ ОБЛАСТЬ	101,64	101,92	97,9	97,61	92,83	92,36	90,9	95,13	94,8	88,37
ЖАМБЫЛСКАЯ ОБЛАСТЬ	93,67	87,49	89,43	85,89	87,88	73,57	70,85	73,94	72,1	66,31
ОБЛАСТЬ ЖЕТІСУ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58,53
КАРАГАНДИНСКАЯ ОБЛАСТЬ	127,21	108,44	99,52	100,96	87,07	92,35	89,79	94,67	90,5	85,56
КОСТАНАЙСКАЯ ОБЛАСТЬ	100,53	84,89	94,94	94,73	93,12	94,03	88,67	87,7	89,6	85,86
КЫЗЫЛОРДИНСКАЯ ОБЛАСТЬ	85,51	86,01	82,86	70,73	61,68	60,22	59,2	62,29	55,2	48,76
МАНГИСТАУСКАЯ ОБЛАСТЬ	66,31	56,77	59,65	56,87	56,02	50,5	54,32	48,93	51,4	42,56
ПАВЛОДАРСКАЯ ОБЛАСТЬ	145,29	142,65	143,95	143,18	131,63	124,48	128,68	122,67	111,5	100,96
С-КАЗАХСТАНСКАЯ ОБЛАСТЬ	144,04	134,55	145,79	127,28	120,87	119,49	119,28	102,15	101,6	101,56
ТУРКЕСТАНСКАЯ ОБЛАСТЬ	52,92	48,61	58,77	50,28	54,58	46,25	50,35	50,93	46,3	44,25
ОБЛАСТЬ УЛЫТАУ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69,18
В-КАЗАХСТАНСКАЯ ОБЛАСТЬ	147,44	145,7	135,43	129,31	126,42	129,02	128,31	126,36	122,4	115,36
Г. АСТАНА	76,75	90,56	92,49	92,24	82,27	86,39	79,2	70,84	68,6	68,75
Г. АЛМАТЫ	118,14	102,66	94,98	102,02	93,32	90,96	83,73	90,39	76,1	70,60
Г. ШЫМКЕНТ	-	-	-	-	-	59,55	53,24	60,3	52,4	48,59

По анализу показателей смертности от ЗНО за 2013 - 2022 годы отмечается значительный темп снижения уровня смертности по всем регионам Республики Казахстан.

В структуре всех причин смертности населения страны доля умерших от ЗНО к общему числу умерших от всех причин снизилась с 12,5% в 2013 году до 10,1% в 2022 году, заняв 2-е место (рис. 33).

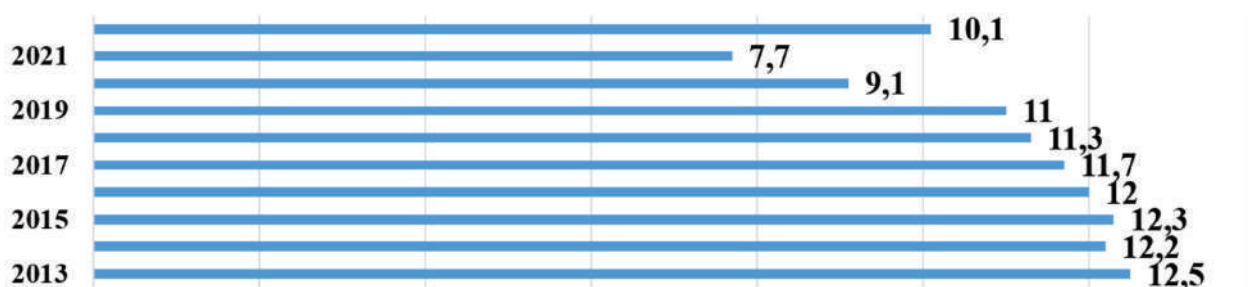


РИСУНОК 33 – УДЕЛЬНЫЙ ВЕС УМЕРШИХ ОТ ЗНО СРЕДИ УМЕРШИХ ОТ ВСЕХ ПРИЧИН (В %)

Интегрированный показатель качества онкологической помощи – удельный вес больных ЗНО, живущих 5 и более лет, в динамике стабильно нарастает – с 50,0% в 2013 году до 55,3% в 2022 году, что указывает на своевременную регистрацию больных с ЗНО, качество и доступность онкологической помощи (рис. 34).

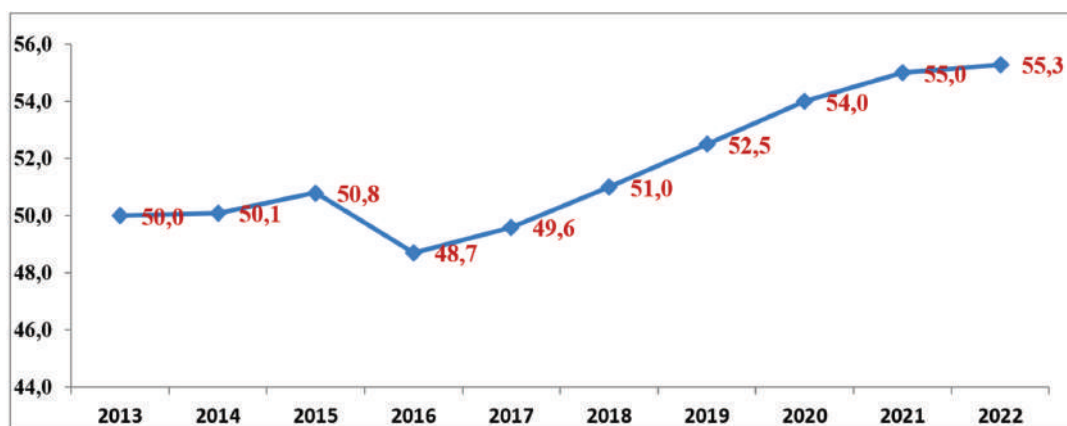


РИСУНОК 34 – ДИНАМИКА ПЯТИЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ЗНО (%)

Традиционно уровень смертности от рака выше в северных регионах, где имеются демографические проблемы с низким уровнем рождаемости и высокой долей людей в пожилом и старческом возрасте. Поэтому онкологическая служба проводит мероприятия по адаптации к специфике регионов.

Для совершенствования этапности и маршрутизации оказания онкологической помощи внедрена интегрированная модель по трем уровням.

I уровень онкологической помощи оказывается организациями ПМСП, в которых нарастает число смотровых и онкологических кабинетов. В 2022 году в целом по стране в ПМСП функционировало 493 онкологических кабинета, их число с 2012 года (331) возросло в 1,5 раза (+162 ед.). Число смотровых кабинетов к 2022 году увеличено в 3,5 раза, с 614 до 2157 (+1543 ед.).

Начато внедрение мотивационного компонента для повышения эффективности выявления онкопатологии на ранних стадиях. Методика расчета разрабатывается исходя из предложений регионов с Фондом ОСМС.

С 2022 года повсеместно в сети ПМСП начато внедрение «зеленого коридора», позволяющего сократить сроки обследования пациентов при подозрении на ЗНО. Большое внимание уделяется повышению доступности диагностических услуг для пациентов при установлении диагноза, соблюдению сроков по маршруту пациента в поликлинике. Консультации специалистами и обследование пациентов, в том числе МРТ и КТ, при подозрении на ЗНО в амбулаторных условиях проводится вне общей очередности и ограничений, в течение восемнадцати рабочих дней. Углубленное обследование пациентов с подозрением на ЗНО проводится в течение пятнадцати рабочих дней с момента обращения в онкоцентр, с целью уточнения тактики лечения и персонализации терапии – в течение тридцати рабочих дней.

II уровень онкологической помощи оказывается 14 онкологическими диспансерами и 6 онкологическими отделениями региональных клиник. В рамках оптимизации коечного фонда круглосуточных и дневных стационаров, число коек, развернутых для лечения онкологических больных в 2022 году составило 4368 или 2,24 на 10 тыс. населения (2012 год – 4209 коек, прирост на 159 коек). Число коек круглосуточного пребывания – 3437 (2012 год – 3429), дневного – 931 (2012 год – 390) или 21,3% от общего коечного фонда.

III уровень онкологической помощи представлен высокотехнологическими центрами радиационной онкологии в г. Алматы (КазНИИОиР, АОЦ, НЦПиДХ), Астана (ННОЦ + центр томотерапии и ядерной медицины «УМИТ», ННЦМиД), Актобе, Семей (Центр ядерной медицины и онкологии), Караганда, Павлодар, Актау, Усть-Каменогорск, Шымкент. Этот уровень помощи активно развивается и совершенствуется в рамках реализации Комплексного плана по борьбе с онкологическими заболеваниями в Республике Казахстан на 2018-2022 годы (далее – Комплексный план) и Дорожной карты по его выполнению.

Свою положительную роль в улучшении ситуации по онкологии сыграли вновь построенные онкологические центры, оснащенные современным оборудованием последнего поколения.

Введены в строй Онкологический центр в г. Павлодар с высокотехнологичным линейным ускорителем (2019 год), Мангистауский областной онкоцентр в г. Актау (2020 год), оснащенный

современными КТ, МРТ аппаратами и линейным ускорителем. Завершено строительство Жамбылского областного центра онкологии и хирургии в г. Тараз (2021 год), установлены линейный ускоритель, КТ-симулятор, аппарат МРТ и др. В 2021 году запущен линейный ускоритель в Восточно-Казахстанском областном многопрофильном «Центре онкологии и хирургии» г. Усть-Каменогорск.

На базе Регионального онкологического диспансера г. Семей для диагностики и лечения заболеваний с применением радиофармацевтических препаратов создан первый в стране Центр ядерной медицины и онкологии (ЦЯМиО). Открыты отделения радионуклидной диагностики, терапии, запущен циклотрон.

В октябре 2021 года начал функционировать Центр томотерапии на базе КазНИИОиР. Услуги томотерапии предоставляются пациентам в центре томотерапии «УМИТ» г. Астана.

В ноябре 2022 года в г. Шымкент при финансировании инвесторов открыт Центр ядерной медицины «MIG Qazaqstan». Проект реализован в рамках государственно-частного партнерства при поддержке компании «МедИнвест-Групп Казахстан». В Центре не только выявляют онкологические заболевания на ранних стадиях, но и проводят современное лечение с использованием новейшей системы лучевой терапии Halcyon. Запланировано создание Центра радионуклидной диагностики с использованием расширенной сети радиофармпрепаратов и Центра высокоточной радиологии для лечения онкозаболеваний. В Центре установлен аппарат позитронно-эмиссионной томографии, совмещенный с компьютерной томографией, что позволяет проводить углубленную диагностику. Это - первый подобный центр в Средней Азии.

В г. Астане создан Национальный научный онкологический центр (ННОЦ) - в перспективе ведущий научный центр в области онкологии в странах Центрально-азиатского региона, с образцовой инфраструктурой и интеграцией научной, клинической и образовательной практик. ННОЦ является ведущим в Казахстане в области внедрения передовых медицинских технологий по онкохирургии, онкогематологии, трансплантологии и реаниматологии. При ННОЦ успешно функционирует Центр экспертной эндоскопии с интервенционной радиологией. Завершаются работы по организации протонного центра и других высокотехнологичных отделений. По завершении оснащения, ННОЦ станет центром координации и контроля за развитием онкологической службы страны, в котором будут сконцентрированы все уникальные мировые технологии диагностики и лечения ЗНО, в том числе протонная, лазерная, лучевая и клеточно-иммунная терапии, технологии ядерной медицины.

В Национальном центре нейрохирургии (г. Астана) установлен комплекс «Гамма-нож» где проводится радикальное лечение пациентов с образованиями головного мозга.

С 2015 года находится в постоянном развитии Центр ядерной медицины Больницы Медицинского центра управления делами президента, где впервые было начато использованием ^{18}F -FDG, и сегодня продолжается внедрение новых инновационных препаратов. В декабре 2022 года, при строгом соблюдении правил надлежащей производственной практики (GMP) в Центре запущено собственное производство ^{18}F -FDG, а в 2023 году запланировано начало производства ^{18}F -NaF - препарата для диагностики костных метастазов и злокачественных образований костей и инновационного радиофармацевтического препарата - ^{11}C -метионина, который станет настоящим прорывом в диагностике опухолей головного мозга.

Практически все медицинские организации, оказывающие онкологическую помощь подключены к ПАКС-системам для хранения и обработки медицинской информации, ведется работа по созданию экспертного центра с размещением центрального сервера в КазНИИОиР.

Комплексным планом предусмотрена организация ПЭТ центров в КазНИИОиР (г. Алматы), Центре ядерной медицины (г. Семей Абайской области), в Актюбинской области, в ННОЦ (г. Астана) и в г. Шымкент.

На сегодняшний день в Казахстане в 4 регионах функционируют 7 ПЭТ-центров с 9 аппаратами и этот вид диагностики стал более доступным.

С 2019 года в республике внедрены молекулярно-генетические исследования большим раком легкого (определение мутаций генов EGFR, PDL1, ALK, ALK/ROS1), меланомой кожи (определение мутаций гена BRAF) и колоректальным раком (определение мутаций гена KRAS) для уточнения диагноза и подбора таргетных и иммунологических препаратов с целью назначения персонализированной терапии.

С учетом наличия и достаточной оснащенности специализированных лабораторий, референс-центрами для проведения молекулярно-генетических исследований определены КазНИИОиР (г. Алматы), Многопрофильная больница №3 г. Караганды и Многопрофильный медицинский центр г. Астаны. С 2020 года молекулярно-генетические исследования проводятся и в Алматинском онкологическом центре.

К примеру, в 2022 году проведено 4916 молекулярно-генетических исследований, на сумму

472 млн. 666,8 т.т. и 512 пациентам с положительными результатами драйверных мутаций назначена персонифицированная таргетная и иммунологическая терапия.

Внедрено телеконсультирование онкологических больных с международными экспертами. В 2022 году проконсультировано 812 пациентов (2021 год - 782), в том числе с привлечением ведущих международных экспертов - 260 больных (256).

Естественно, деятельность службы малоэффективна без проведения массовых исследований населения на онкологические болезни.

В Казахстане внедрен массовый скрининговый осмотр населения на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы, рака шейки матки, толстой и прямой кишки.

В период с 2012 по 2022 годы охват скринингом на раннее выявление рака шейки матки (далее - РШМ) снизился с 76,8% в 2012 году до 68,7% от численности подлежащего по РПН населения, но со значительными подъёмами в 2018 и 2019 годах, колоректального рака (КРР) - с 83,2% до 51,5%, рака молочной железы (РМЖ) - с 82,4% в 2012 году до 52,4% в 2022 году (рис. 35).

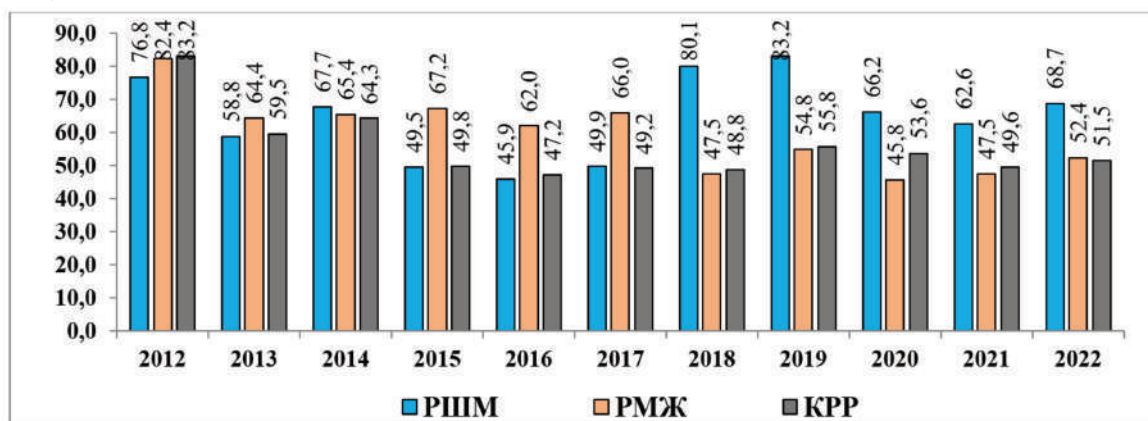


РИСУНОК 35 – ОХВАТ НАСЕЛЕНИЯ ПОДЛЕЖАЩИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП СКРИНИНГОВЫМИ ОСМОТРАМИ НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗНО

Благодаря сформированному у специалистов общей лечебной сети опыту онконастороженности, проводимым в стране массовым целевым скринингам по наиболее распространённым локализациям ЗНО, современному диагностическому оснащению организаций здравоохранения, внедрению интегрированной модели и стандартов оказания онкологической помощи, последние годы убедительно улучшены показатели ранней диагностики ЗНО.

С 2012 года удельный вес больных ЗНО, выявленных на 1-ой стадии заболевания, возрос с 17,5 до 29,0% в 2022 году, причём это - практически последовательный процесс, за исключением 2020-2021 годов, когда показатель ухудшился из-за эпидемиологического неблагополучия по КВИ (рис. 36).

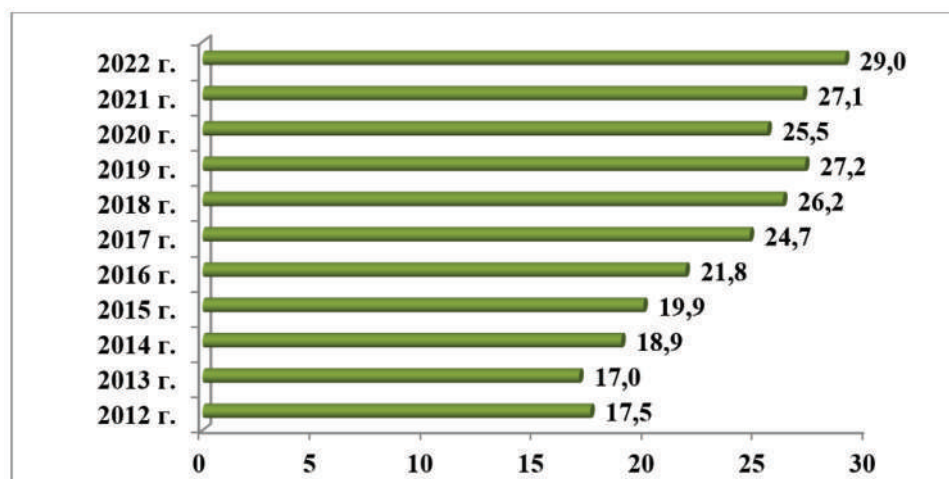


РИСУНОК 36 – ЧИСЛО ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ЗНО I СТАДИИ

По запущенным формам ЗНО показатель снижается. Так, по визуально-доступным локализациям ЗНО удельный вес больных, выявленных на 3-4 стадии, то есть с запущенными формами, с 2012 года снижен с 17,4 до 12,1% в 2022 году, в 2013 году он был максимальным – 21,6% и непреднамеренно возрос в 2020-2021 годах из-за КВИ (рис. 37).

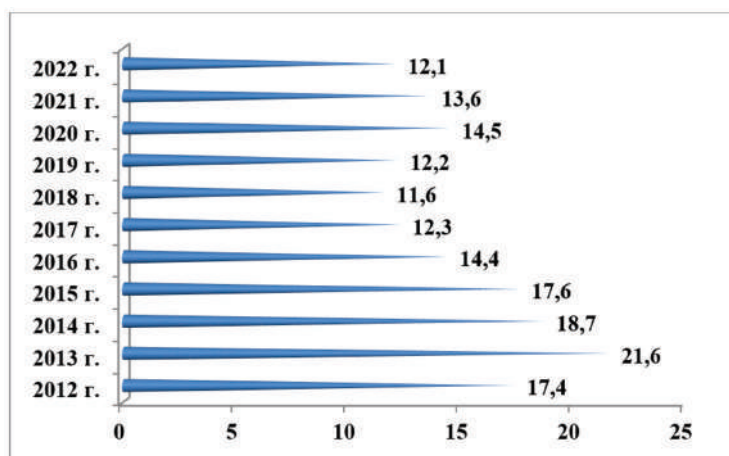


РИСУНОК 37 – ЧИСЛО ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ПО ВИЗУАЛЬНО-ДОСТУПНЫМ ЛОКАЛИЗАЦИЯМ ЗНО НА III-IV СТАДИИ

Эти достижения благоприятно сказались на динамике таких индикаторов эффективности развития онкологической службы, как смертность населения от ЗНО, годовичная летальность, пятилетняя выживаемость больных и других.

Сохраняется корреляция между низкой выявляемостью, высокой запущенностью ЗНО и высоким уровнем совместителей среди онкологов ПМСП в регионах, где уровень совмещения 50% и более, и эта проблема требует своего решения в ближайшей перспективе.

Интегрированный показатель качества онкологической помощи – **удельный вес больных ЗНО, живущих 5 и более лет**, в динамике стабильно нарастает – с 50,3% в 2012 году до 55,3% в 2022 году, что указывает на своевременную регистрацию больных с ЗНО, качество и доступность онкологической помощи.

Самый высокий уровень показателя в Абайской области – 58,3%, Карагандинской – 58,0% и Акмолинской – 57,8%, самый низкий – в г. Астана – 48,9%, Атырауской области – 52,0% и г. Шымкент – 52,5%. В 9 регионах показатель выше среднереспубликанского уровня, в 16 регионах из 19 – он возрос к уровню 2021 года.

2.2.7 Травмы и отравления

Генеральная Ассамблея ООН приняла амбициозную цель сократить к 2030 г. вдвое число погибших и травмированных в результате дорожно-транспортных происшествий во всем мире (A/RES/74/299).

Дорожно-транспортный травматизм является ведущей причиной смертности среди детей и молодых людей в возрасте от 5 до 29 лет.

Ежегодно в результате дорожно-транспортных происшествий обрывается жизнь около 1,3 миллиона человек. Еще от 20 до 50 миллионов человек получают травмы, которые приводят к инвалидности. Дорожно-транспортный травматизм причиняет значительный экономический ущерб отдельным лицам, их семьям и странам в целом. Этот ущерб обусловлен стоимостью лечения и потерей производительности вследствие гибели или травм, а также отрыва от производства или обучения родных, которые должны заботиться о пострадавших. Ущерб, который несет большинство стран в результате дорожно-транспортных происшествий, достигает 3% от их валового внутреннего продукта [13].

Как и во всем мире травмы и отравления занимают ведущие места в причинах смертности населения и вполне понятно, что по мере роста урбанизации населения и индустриального развития страны показатель травматизма будет только нарастать.

В структуре смертности Казахстана травмы занимают четвертое место после сердечно-сосудистых заболеваний, органов дыхания и онкологических заболеваний.

Для совершенствования травматологической службы и ее координации в Казахстане

был создан Координационный совет при Министерстве здравоохранения для внедрения интегрированной модели оказания медицинской помощи при травмах и несчастных случаях, в том числе и в результате ДТП. Для снижения последствий ДТП функционируют 40 трассовых медико-спасательных пунктов на аварийно-опасных участках дорог республиканского значения, проведено реформирование службы скорой медицинской помощи с четким распределением категории вызовов и с переходом на международные стандарты приемных покоев стационаров, внедрены новые методы диагностики и лечения заболеваний травматологического профиля.

В сравнении с 2013 годом на 32,3% увеличилось количество практикующих врачей травматологов-ортопедов (2013 г. – 1012, в 2021 г. – 1339), на 1294 – койки травматологического профиля (2013 г. – 2606, 2021 г. – 3900), на 31,6% – число операций на костно-мышечной системе (в 2013 году – 72 175, 2021 году – 94 997).

В структуре всех причин смертности доля летальности от несчастных случаев, травм и отравлений к общему числу умерших снизилась с 12,0% в 2013 году до 8,4% в 2022 году (рис. 38).



РИСУНОК 38 – УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СМЕРТНОСТИ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ, ТРАВМ И ОТРАВЛЕНИЙ СРЕДИ ВСЕХ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ

С 2012 года число случаев травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин уменьшилось на 16% и составило 3060,0 на 100 тыс. населения (2012 г. – 3627,0). Также отмечается снижение травматизма среди взрослого населения до 3297,2 (в 2012 г. – 3600,6) и детей 0-14 лет – 2353,0 (в 2012 г. – 3246,3), снижения показателя среди детей подросткового возраста (15-17 лет) до 4174,0 (в 2012 г. – 6175,6).

Среди пострадавших от травм и несчастных случаев 55% составили мужчины, среди которых показатель травматизма составил 3479,2, а среди женщин – 2660,4 на 100 тыс. соответствующего населения.

По итогам 2022 года анализ частоты травм от механических повреждений по локализации показал, что около 63% приходится на травмы верхних (32%) и нижних (31%) конечностей, 10% – травмы головы, 6% – травмы грудной клетки и 5% – травмы живота, поясницы, поясничного отдела позвоночника и таза (рис. 39).

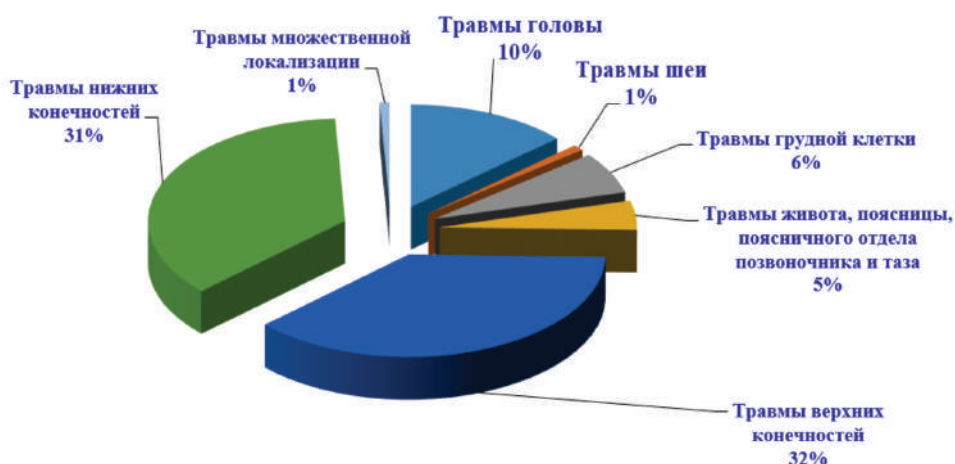


РИСУНОК 39 – ЧИСЛО ТРАВМ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

Ведущим Республиканским центром в Казахстане, оказывающим травматолого-ортопедическую помощь населению, является Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпенова Н.Д. (далее - ННЦТО). Травматологическая помощь населению оказывается в 152 травматолого-ортопедических и ожоговых отделениях многопрофильных стационаров, 277 травматологических кабинетах амбулаторно-поликлинических организаций, а также в 77 травматологических пунктах медицинских организаций регионов. Кроме того, специализированная травматолого-ортопедическая помощь населению республики оказывается на травматологических койках, выделенных в составе хирургических отделений ЦРБ и РБ. ННЦТО им. ак. Батпенова Н.Д. является координатором по реализации программ в рамках травматологического профиля.

Коечный фонд травматолого-ортопедической службы республики на конец 2022 года составил 3675 коек, из них 766 койки для детей. Кроме того, по республике развернуты 2200 коек для восстановительного лечения и ранней медицинской реабилитации травматологических и ортопедических больных.

В 2022 году число врачей травматологов - ортопедов республики составило 1388 (в 2021 г. - 1339), показатель обеспеченности кадрами остается на уровне последних лет - 0,7 на 10 тыс. населения (Таблица 10).

ТАБЛИЦА 10 – ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧАМИ ТРАВМАТОЛОГАМИ-ОРТОПЕДАМИ (ВКЛЮЧАЯ КОМБУСТИОЛГОВ)

ОБЛАСТЬ	АБСОЛЮТНОЕ ЧИСЛО ВРАЧЕЙ ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ		НА 10 000 НАСЕЛЕНИЯ	
	2021	2022	2021	2022
РК	1339	1388	0,7	0,7
АБАЙСКАЯ		32		0,5
АКМОЛИНСКАЯ	33	32	0,4	0,4
АКТЮБИНСКАЯ	49	50	0,5	0,5
АЛМАТИНСКАЯ	103	74	0,5	0,5
АТЫРАУСКАЯ	16	22	0,2	0,3
В-КАЗАХСТАНСКАЯ	92	59	0,7	0,8
ЖАМБЫЛСКАЯ	50	56	0,4	0,5
ЖЕТИСУСКАЯ		27		0,4
З-КАЗАХСТАНСКАЯ	27	33	0,4	0,5
КАРАГАНДИНСКАЯ	104	95	0,8	0,8
КОСТАНАЙСКАЯ	47	45	0,5	0,5
КЫЗЫЛОРДИНСКАЯ	31	31	0,4	0,4
МАНГЫСТАУСКАЯ	32	36	0,4	0,5
ПАВЛОДАРСКАЯ	65	67	0,9	0,9
С-КАЗАХСТАНСКАЯ	24	28	0,4	0,5
ТУРКЕСТАНСКАЯ	96	101	0,5	0,5
УЛЫТАУСКАЯ		8		0,4
Г.АЛМАТЫ	239	247	1,2	1,1
Г.АСТАНА	258	272	2,1	2,0
Г.ШЫМКЕНТ	73	73	0,7	0,6

С целью снижения смертности от дорожно-транспортных происшествий (ДТП) работают 40 трассовых медико-спасательных пунктов (далее- ТМСП) на аварийно-опасных участках дорог республики и поскольку вопрос снижения транспортного травматизма требует межведомственного подхода в рамках государственных программ в 2011 году был утвержден и согласован пятью министерствами «Национальный план мероприятий по реализации Десятилетия действий по обеспечению безопасности дорожного движения и предупреждения травматизма на 2011-2020 годы

В период реализации плана показатель смертности от транспортных несчастных случаев в Казахстане снизился на 31,7% (2011 г. - 19,3, 2018г. - 13,2 на 100 тыс. населения). В дальнейшем в рамках программы снижения смертности от травм, в том числе от ДТП, разрабатывались

дорожные карты. В 2019 году Министерством здравоохранения Республики Казахстан была утверждена Дорожная карта по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при травмах.

Со стороны других ведомств также были приняты соответствующие меры по профилактике травматизма и снижению его последствий.

В частности, Министерством внутренних дел пересмотрены устаревшие подходы по обучению граждан для получения водительских удостоверений, ужесточены меры по наказанию водителей за нарушение правил вождения, практически во всех городах установлены камеры по контролю нарушений правил дорожного движения, произведена оцифровка всех данных об автомобилях и их владельцах, что существенно повлияло на уровень ДТП.

Особое внимание уделено качеству автодорог. За 10 лет отремонтированы или же построены вновь все трассы международного и междугородного значения, особенно в рамках национальной программы «Нурлы-Жол».

Усилены требования к техническому состоянию автотранспорта и в стране внедрён прогрессивный принцип налогообложения, стимулирующий приобретение нового автотранспорта взамен устаревшим.

Отлажена работа межведомственного взаимодействия между службами здравоохранения, МЧС и другими по оказанию экстренной медицинской помощи по принципу «Золотого часа».

В результате смертность от несчастных случаев, отравлений и травм заметно снизилась в сравнении с годовым показателем 2012 года на 42,04% и составила 56,95 на 100 тысяч населения в 2022 году (рис. 40).

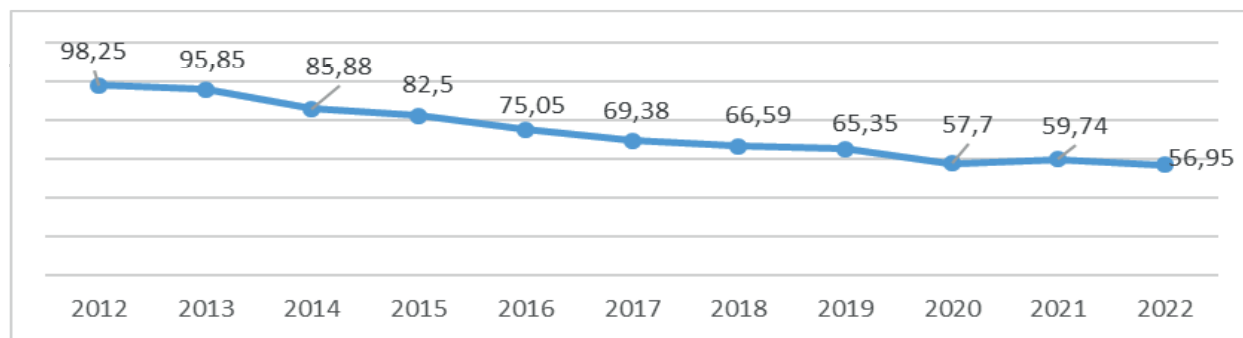


РИСУНОК 40 – ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ, ТРАВМ И ОТРАВЛЕНИЙ

В 2022 году в амбулаторно-поликлинических организациях республики зарегистрировано 604 819 случаев травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин, из них: 0-14 лет – 137 309 случаев, 15-17 лет – 37 923 случаев, 18 лет и старше 429 587 случаев.

В настоящее время Министерством здравоохранения ведется мониторинг Дорожной карты по профилактике травматизма на 2022-2023 годы, где предусмотрены мероприятия по снижению показателей смертности от травм в рамках своей компетенции.

В структуре всех причин смертности доля летальности от несчастных случаев, травм и отравлений к общему числу умерших снизилась с 11,8% 2012 года до 8,3% в 2022 году (рис. 41).

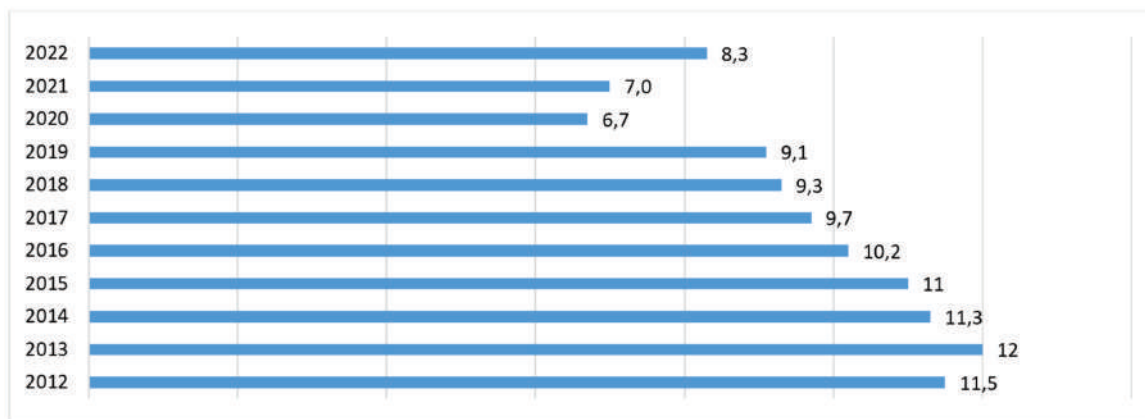


РИСУНОК 41 – УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СМЕРТНОСТИ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ, ТРАВМ И ОТРАВЛЕНИЙ СРЕДИ ВСЕХ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ

Несмотря на очевидные успехи в развитии травматологической службы проблема остаётся всё ещё актуальной и требующей постоянного внимания.

Среди причин смертности от травм и отравлений одну из лидирующих позиций занимают самоубийства.

По данным ВОЗ показатель уровня самоубийств представляет собой число официально зарегистрированных случаев смерти в результате самоубийств за год на 100 тысяч человек и является одним из базовых в оценке общего уровня социально-психологического благополучия населения в том или ином государстве или регионе. Показатели уровня самоубийств в странах мира рассчитываются по методике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) — специального учреждения системы Организации Объединённых Наций (ООН), основная функция которого состоит в охране здоровья населения мира и решении международных проблем здравоохранения.

В настоящее время ВОЗ рассматривает самоубийства как глобальное проблемное явление, присущее всем без исключения регионам мира. По оценкам организации, за последние 50 лет показатели самоубийств возросли во всём мире более чем на 60%, при этом в некоторых странах (включая Россию) самоубийство является одной из трёх основных причин смерти среди людей в возрасте от 15 до 45 лет.

ТАБЛИЦА 11 – РЕЙТИНГ СТРАН МИРА ПО УРОВНЮ САМОУБИЙСТВ

№	СТРАНА	УРОВЕНЬ САМОУБИЙСТВ
1	ГРЕНЛАНДИЯ	~90.0
2	ЛЕСОТО	87.48
3	ГАЙАНА	40.85
4	СВАЗИЛЕНД	40.46
5	КИРИБАТИ	30.56
6	МИКРОНЕЗИЯ	28.99
7	СУРИНАМ	25.89
8	ЗИМБАБВЕ	23.63
9	ЮЖНАЯ АФРИКА	23.49
10	МОЗАМБИК	23.19
11	ЦЕНТРАЛЬНО -АФРИКАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА	22.96
12	РОССИЯ	21.6
13	ЮЖНАЯ КОРЕЯ	21.16
14	ВАНУАТУ	20.96
15	БОТСВАНА	20.22
16	ЛИТВА	20.15
17	УРУГВАЙ	18.83
18	МОНГОЛИЯ	18.05
19	КАЗАХСТАН	18.02

Данные с показателями статистики самоубийств в странах мира публикуются на международном уровне в периодических изданиях докладов серии «Мировая статистика здравоохранения» (WHO World Health Statistics) и в базе данных «Глобальной обсерватории здравоохранения по психическому здоровью» (WHO Global Health Observatory Data: Mental Health). Исследование проводится на основе статистических данных национальных служб и международных институтов, которые аккумулируются в «Глобальной базе данных по смертности» (WHO Mortality Database), при этом данные обновляются не чаще чем раз в несколько лет, так как многие страны в силу разных причин не могут предоставить ежегодную статистику по данному показателю.

Согласно данным ВОЗ, Казахстан занимает 19 место среди 184 стран по уровню самоубийств и этот показатель требует акцентирования внимания на данную проблему со стороны всех

заинтересованных органов служб в ближайшей перспективе. В республике более (КПССУ ГП РК) 3,5 тысяч человек ежегодно заканчивают жизнь самоубийством и, несмотря на принимаемые меры, показатель все еще остается высоким [14].

2.2.8 ВИЧ/СПИД

Среднемировая распространенность ВИЧ инфекции в возрастной группе 15-49 лет составляет - 0,7, в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) - 1,1. В Казахстане - 0,3. Распространенность ВИЧ инфекции среди ключевых групп населения (КГН) в странах ВЕЦА составляет:

- среди секс работников (СР) - 2,0, в Казахстане - 1,3%,
- среди мужчин, живущих, имеющих секс с мужчинами (МСМ) - 4,5%, в Казахстане - 6,9%;
- среди лиц, употребляющих наркотики (ЛУИН) - 7,2%, в Казахстане - 7,6%,
- среди трансгендеров - 2,5%, в Казахстане исследования среди трансгендеров не проводятся.
- По глобальной стратегии 95-95-95 никто из стран ВЕЦА не достигли 95% охвата.
- По первым 95%: Глобальный показатель 85%, в Казахстане - 81%/87% (2021/2022).
- По вторым 95%: Глобальный показатель - 88%, в Казахстане - 79%/84% (2021/2022).
- По третим 95%: Глобальный показатель - 92%, в Казахстане - 86%/87% (2021/2022).
- Все три направления остаются приоритетными для Казахстана.

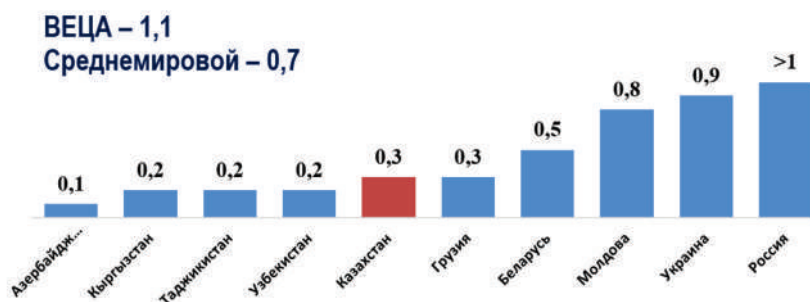


РИСУНОК 42 – РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ ИНФЕКЦИИ В ВОЗРАСТЕ 15-49 ЛЕТ В СТРАНАХ ВЕЦА

ТАБЛИЦА 12 – СТРАТЕГИЯ 95/95/95

СТРАНА	95%	95%	95%
ГЛОБАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ	85	88	92
НОРВЕГИЯ		93	98
ШВЕЙЦАРИЯ		90	
ТАЙЛАНД	94	91	97
ГРУЗИЯ	88	81	95
БЕЛАРУСЬ	84	83	93
МАЛАЙЗИЯ	83	66	81
КАЗАХСТАН (2021/2022)	81/87	79/84	86/87
УЗБЕКИСТАН	77	66	
ТАДЖИКИСТАН	75	87	88
УКРАИНА	75	83	94
КИРГИЗИЯ	75	67	89
МОЛДОВА	66	72	89
АЗЕРБАЙДЖАН	61	98	83

В настоящее время служба по профилактике с ВИЧ-инфекцией представлена 20 центрами, из них 17 областных, 3 городских центра по профилактике ВИЧ-инфекции в городах республиканского значения и Казахским научным центром дерматологии и инфекционных заболеваний. КНЦДИЗ.

По классификации ВОЗ, Казахстан находится в концентрированной стадии эпидемии. Распространение ВИЧ-инфекции наблюдается в основном в ключевых группах населения (далее - КГН): люди, употребляющие инъекционные наркотики (далее - ЛУИН), секс работники (далее - СР), мужчины, имеющие секс с мужчинами (далее - МСМ) и заключенные.

В 2022 году распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15–49 лет составляет 0,3% при среднемировом показателе - 0,7% и странах Восточной Европы и Центральной Азии - 1,1%.

Распространенность ВИЧ среди КГН значительно выше, чем среди общего населения. Распространенность среди ЛУИН - 7,6%, СР - 1,3%, МСМ - 6,9%.

Основными путями передачи являются парентеральный и половой. Если в 2013 году основным путем передачи был инъекционный путь при употреблении инъекционных наркотиков (61%), то в 2022 году стал преобладать половой - 74,7%, а парентеральный составил - 20,3%. Это является общемировой тенденцией в результате перехода эпидемии в общее население через КГН.

В динамике отмечается рост заболеваемости и новых случаев. Рост заболеваемости обусловлен активизацией работы по многим направлениям и связан с:

- ростом количества обследованных на ВИЧ-инфекцию лиц. По сравнению с 2013 годом (за последние 10 лет) рост протестированных вырос в 1,6 раза (в 2013 году - 2450517; в 2023 году - 3837896), что соответственно влияет на повышение выявляемости новых случаев (2013 год - 2133 и 2022 год 007 сл.);

- активизацией работы с первичной медико-санитарной службой по обследованию населения по клиническим показаниям, повысилась настороженность медицинских работников в отношении ВИЧ-инфекции. По клиническим показаниям количество обследованных выросло более, чем в 2 раза (с 270465 в 2013 году до 511850 в 2022 году);

- увеличением тестирования КГН за счет внедрения экспресс диагностики;

- внедрения новых подходов, рекомендованных ВОЗ, таких как индексное тестирование близкого окружения, половых и инъекционных партнеров людей, живущих с ВИЧ-инфекцией;
- внедрения обследования половых партнеров беременных при постановке женщины на учет;

- внедрения экспресс тестирования лиц, употребляющих инъекционные наркотики в центрах психического здоровья/первичной медико-санитарной службе.

- передачей экспресс тестирования с использованием слюновых тестов неправительственные организации (далее - НПО), которые имеют доступ в закрытые труднодоступные группы населения, которые мало обращаются в медицинские организации;

- с 2021 года начала внедряться доконтактная профилактика, что позволит снизить частоту заражения ВИЧ среди партнеров людей, живущих с ВИЧ;

- ежегодно растет охват ЛЖВ антиретровирусной терапией (84% в 2022 г.), что также способствует удержанию эпидемиологической ситуации на концентрированной стадии и снижению смертности;

- внедрен мониторинг за обследованием на ВИЧ беременных женщин, охват тестированием которых составил более 98% (рекомендация ВОЗ - 95%).

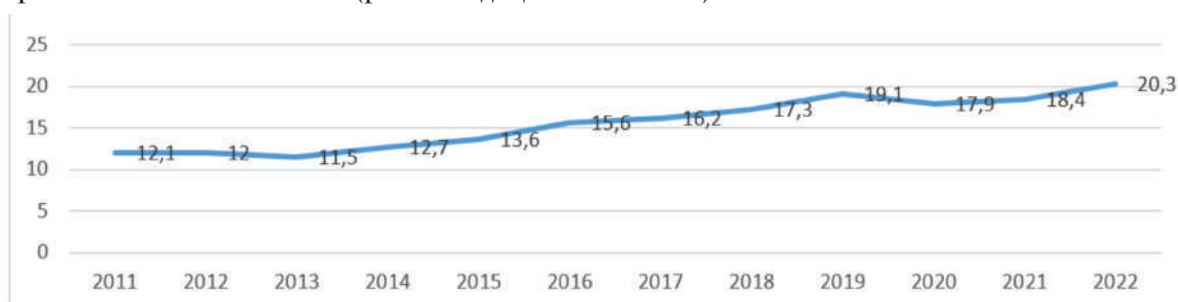


РИСУНОК 43 – ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

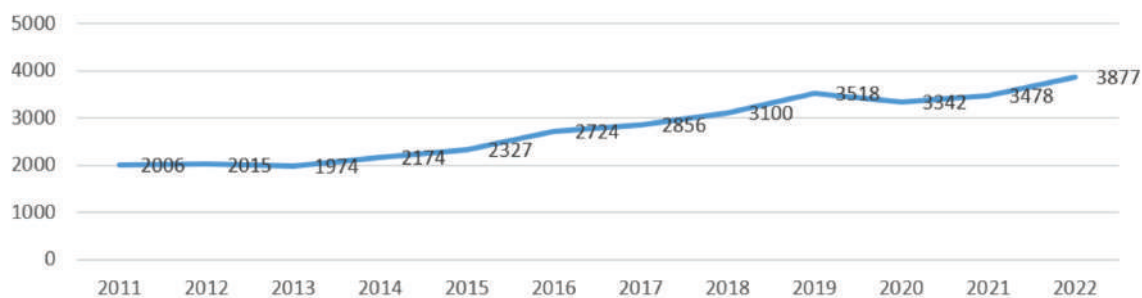


РИСУНОК 44 – ДИНАМИКА РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЕВ ВИЧ ИНФЕКЦИИ

В Республике Казахстан внедрены профилактические программы, рекомендованные ВОЗ.

С 2016 года увеличивается охват профпрограммами: ЛУИН с 57% до 62%, СР с 76% до 85%, МСМ с 5348 чел. до 15071 чел. в 2022 г. Обследование на ВИЧ от числа обратившихся в профпрограммы увеличилось по всем КГН: ЛУИН с 59% (2012г.) до 90% (2022 г.), СР с 49% до 87%, МСМ с 10% до 91%.



РИСУНОК 45 – ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ СМЕРТНОСТИ ОТ СПИД

ТАБЛИЦА 13 – ДИНАМИКА ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ 90/90/90 И 95/95/95

ЦЕЛИ 90/90/90	2016	2017	2018	2019	2020	ЦЕЛИ 95/95/95	2021	2022
90% ВСЕХ ЛЖВ, ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ О СВОЕМ ВИЧ СТАТУСЕ	80	80	84	82	83	95% ВСЕХ ЛЖВ, ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ О СВОЕМ ВИЧ СТАТУСЕ	81	87
90% ЛЖВ ДОЛЖНЫ СТАБИЛЬНО ПОЛУЧАТЬ АРТ	43	55	64	68	73	95% ЛЖВ ДОЛЖНЫ СТАБИЛЬНО ПОЛУЧАТЬ АРТ	79	84
90% ЛЖВ, ПОЛУЧАЮЩИХ АРТ, ДОЛЖНА НАБЛЮДАТЬСЯ ВИРУСНАЯ СУПРЕССИЯ	64	72	68	80	84	95% ЛЖВ, ПОЛУЧАЮЩИХ АРТ, ДОЛЖНА НАБЛЮДАТЬСЯ ВИРУСНАЯ СУПРЕССИЯ	86	87

Внедрение новых методов тестирования на ВИЧ, современных антиретровирусных препаратов с высокой эффективностью, реализация профилактических мероприятий среди населения и КГН позволили удержать эпидемию на концентрированной стадии.

Ежегодно увеличивается количество людей, получающих антиретровирусную терапию, так в 2013 году – 3526 чел., в 2022 – 25642 чел., т.е. увеличение в 7,2 раз, то есть охвата ЛЖВ антиретровирусной терапией вырос с 25% в 2013 году до 84% в 2022 году.

Лечение входит в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.

В результате увеличения доступности АРВ-терапии отмечается тенденция по снижению показателя смертности ЛЖВ от СПИД: с 1,5% в 2018 г. до 0,9% на 100 тыс. населения в 2022 году, что способствует повышению продолжительности жизни и улучшения качества жизни ЛЖВ.

Утверждена Дорожная карта реализации мер по предотвращению ВИЧ-инфекции на 2023-2026 годы, согласно которой планируется решение имеющихся проблемных вопросов: по снижению стигмы и дискриминации, расширению экспресс тестирования в КГН через НПО, своевременная диагностика и лечение ВИЧ-ассоциированных заболеваний, охват всех нуждающихся лиц схемами лечения, повышение кадрового потенциала медицинских организаций по вопросам ВИЧ-инфекции, повышение охвата доконтактной профилактики.

Таким образом, несмотря на имеющуюся положительную динамику показателей и сдерживание распространения инфекции, вызывает озабоченность переход способа распространения инфекции из группы ЛУИН в общую популяцию. Общемировая тенденция показывает, что при превалировании такого способа распространения этой инфекции в обществе, необходимо соразмерно темпам распространения усилить профилактическую работу.

2.2.9 Сахарный диабет

Сахарный диабет (далее - СД) становится заболеванием с эпидемическими темпами роста распространенности. По последним данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation, IDF), количество пациентов с СД в мире в 2021 году достигло 537 млн. человек, по прогнозам, это число вырастет до 643 миллионов к 2030 году и 783 миллионов к 2045 году.

В Казахстане, как и во многих странах мира, продолжается рост распространенности СД. Заболеваемость СД в республике выросла со 170,40 в 2013 году до 265,30 на 100 тысяч населения в 2022 году (рис. 46).

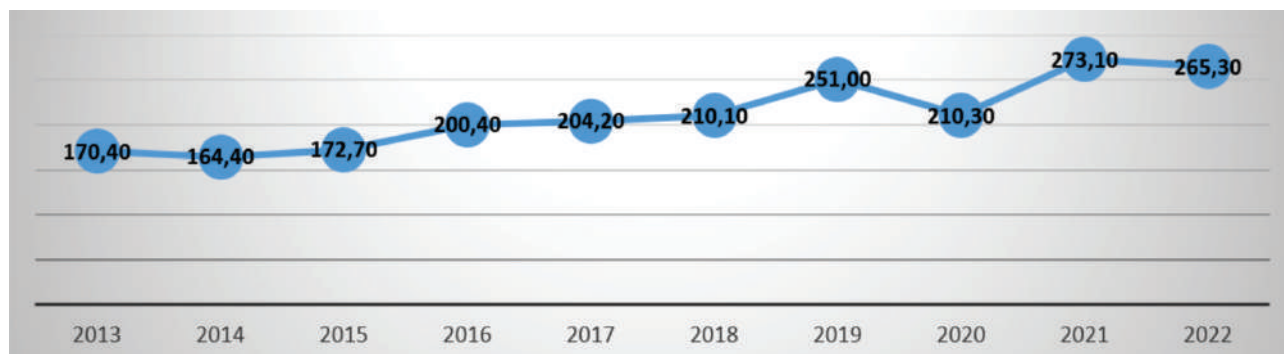


РИСУНОК 46 – ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (НА 100 ТЫСЯЧ НАСЕЛЕНИЯ)

Отмечается ежегодный рост количества больных с сахарным диабетом (до 30 тысяч случаев в год, ожидаемое количество к 2030 году – свыше 600 тысяч). Мировые и отечественные данные свидетельствуют о росте уровня смертности больных с диабетом вследствие перенесенной коронавирусной инфекции и этот феномен активно изучается мировым научным сообществом.

На конец 2022 года число больных, состоящих на диспансерном учете по сахарному диабету составило 425 953 больных, что больше на 1,7 раз в сравнении с данными по итогам 2013 года - 244 892 больных.

ТАБЛИЦА 14 – ЧИСЛО БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ПО САХАРНОМУ ДИАБЕТУ В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ СТРАНЫ НА КОНЕЦ 2022 ГОДА

РЕГИОНЫ	ДЕТИ (0-14 ЛЕТ)	ПОДРОСТКИ (15-17 ЛЕТ)	ВЗРОСЛЫЕ (18 ЛЕТ И СТАРШЕ)	ВСЕГО СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН	3 792	1 347	420 814	425 953
ОБЛАСТЬ АБАЙ	132	32	15 966	16 130
АКМОЛИНСКАЯ	178	59	18 972	19 209
АКТЮБИНСКАЯ	122	43	16 341	16 506
АЛМАТИНСКАЯ	262	82	28 105	28 449
АТЫРАУСКАЯ	118	47	11 633	11 798
ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКАЯ	102	42	13 703	13 847
ЖАМБЫЛСКАЯ	185	72	19 915	20 172
ОБЛАСТЬ ЖЕТИСУ	99	28	11 249	11 376
КАРАГАНДИНСКАЯ	320	113	33 832	34 265
КОСТАНАЙСКАЯ	153	45	26 986	27 184
ҚЫЗЫЛОРДИНСКАЯ	136	51	14 439	14 626
МАНГИСТАУСКАЯ	127	54	11 818	11 999
ПАВЛОДАРСКАЯ	149	44	23 406	23 599
СЕВЕРО-КАЗАХСТАНСКАЯ	136	43	20 058	20 237
ТУРКЕСТАНСКАЯ	270	112	31 712	32 094
ОБЛАСТЬ ҰЛЫТАУ	56	12	6 299	6 367
ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКАЯ	160	65	23 962	24 187
Г. АСТАНА	353	138	22 261	22 752
Г. АЛМАТЫ	502	187	48 220	48 909
Г. ШЫМКЕНТ	232	78	21 937	22 247

Таким образом, по итогам 2022 года в стране число детей от 0 до 14 лет, состоящих на диспансерном учете с сахарным диабетом, составило – 3792, подростков от 15 до 17 лет включительно – 1347, взрослых от 18 лет и старше – 420 814 больных.

Наибольшее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении с сахарным диабетом, отмечается в г. Алматы – 48 909 больных, Карагандинской области – 34 265 больных, Туркестанской области – 32 094 больных, Алматинской области – 28 449 больных, Костанайской области – 27 184 больных.

Наименьшее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении с сахарным диабетом, отмечается по области Улытау – 6367 больных, области Жетісу – 11 376 больных, Атырауской области – 11 798 больных, Мангистауской области – 11 999 больных, Западно-Казахстанской области – 13 847 больных.

С 2020 года в Перечень лекарственных средств в рамках ГОБМП введены новые препараты, соответствующие международным стандартам.

В 2021 году принят клинический протокол по Предиабету, который позволит улучшить раннюю диагностику предиабета и диабета 2 типа на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Также, в республике непрерывно ведется работа по обучению специалистов ПМСП по Программе управления хроническими заболеваниями, основанной на активном ведении пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями: сахарный диабет, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, а также привитии навыков

самоменеджмента. ПУЗ внедрены во всех организациях ПМСП, вовлечены в ПУЗ более 1 млн. пациента, что составляет в среднем 55,3% от общего количества пациентов, находящихся на динамическом наблюдении (1 960 724 человек).

Для работы по просвещению общества страны в вопросах, связанных с сахарным диабетом, и обучению пациентов навыкам жизни с этим неизлечимым заболеванием, с 2013 года в Казахстане функционирует Общественный Фонд «Фонд Диабетического Просвещения Республики Казахстан».

Важно отметить, что недооценка значимости СД в структуре общей заболеваемости и смертности неизбежно приводит к тяжелым последствиям, так как СД является пусковым механизмом для развития множества других болезней и состояний. Поэтому в ближайшей перспективе данной проблеме необходимо уделить особое внимание.

Выводы и рекомендации

Анализ показателей общественного здоровья за 2013-2022 годы позволяет увидеть основные медико-социальные проблемы и в дальнейшем сформировать приоритетные направления развития системы здравоохранения.

Как показал статистический анализ за 2013 - 2022 годы, ведущее место в структуре смертности населения страны занимает смертность от болезней органов кровообращения, в том числе от инфарктов и инсультов.

Для решения проблем общественного здоровья в настоящее время действует Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая Нация» (далее - Национальный проект). Национальный проект учитывает стратегические документы страны, такие как общенациональные приоритеты, Национальный план развития Республики Казахстан до 2025 года и включает конкретные, достижимые задачи до 2025 года.

Министерством разработана Концепция развития здравоохранения до 2026 года, которая отражает долгосрочные перспективы и операционную деятельность отрасли.

С учетом вызовов, с которыми столкнулась система здравоохранения страны, предлагаются основные подходы к развитию отрасли по нескольким направлениям, в том числе формирование здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний, совершенствование организации медицинской и санитарной помощи, развитие сельского здравоохранения, охрана материнства и детства, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и биологическая безопасность, развитие лекарственного обеспечения и фармацевтической промышленности и т.д.

Как ожидается, реализация концепции приведет к следующим результатам:

- продолжительность жизни увеличится до 75,1 лет;
- уровень удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг составит 81%;
- коэффициент смертности снизится до 198,2 с 230,80;
- материнская смертность - с 44,7 до 9,9, младенческая смертность - с 8,44 до 7,1;
- снижение уровня риска преждевременной смертности в возрасте от 30 до 70 лет от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и диабета до 19,3%.

Все принятые за последние 10 лет национальные программы акцентировались на решении проблем неинфекционных болезней, активно поддерживаемые правительством страны и с выделением существенных финансовых средств. Необходимо отметить, что успехи Казахстана за эти годы были связаны преимущественно с созданием развитой материально-технической базы системы для оказания пациентам медицинской помощи на уровне международных стандартов, что считается достаточно эффективным, так как без обеспечения больных эффективными способами диагностики и лечения добиться заметных успехов практически невозможно, о чем свидетельствуют все цифры, указанные выше.

Однако, для дальнейшего развития всей созданной системы необходимы новые подходы в организации и содержании, особенно в части выделения адекватного уровня финансирования, так как эффективная система здравоохранения позволяет пациентам жить гораздо дольше, чем было раньше, что позволяет прогнозировать, что в ближайшей перспективе общее число хронических пациентов, требующих современных методов лечения, будет только нарастать. Следовательно, это потребует изменения нынешней парадигмы развития отрасли со смещением акцента на общественное здравоохранение.

2.2.10 Туберкулез

В Казахстане отмечается стабильная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу. Заболеваемость туберкулезом за последние 10 лет снизилась в 2 раза, составив в 2022 году 36,5 на 100 000 человек населения против 73,4 в 2013 году.

Исторически, туберкулёз является одной из главных проблем охраны здоровья и этому вопросу всегда уделялось особое внимание. Несмотря на принимаемые меры, заболеваемость и смертность от туберкулёза всегда оставались одними из самых высоких в мировых рейтингах и справочниках, что заставляло систему постоянно искать пути к снижению распространенности этой опасной инфекции.

Поэтому для раннего выявления туберкулеза на уровне противотуберкулезных организаций, а также в сети ПМСП внедрены современные методы диагностики, которые соответствуют международным стандартам и позволяют определить наличие туберкулеза и МЛУ ТБ в течение 2 часов.

Казахстан относится к числу немногих стран, которые обеспечили бесплатный доступ к адекватному лечению больных туберкулезом со множественной лекарственной устойчивостью: в 99,6% случаев при стандарте ВОЗ в 85%. В стране с 2016 года внедряются инновационные подходы к лечению туберкулеза с применением новых препаратов, рекомендованных ВОЗ, в том числе краткосрочные схемы лечения туберкулеза новыми и перепрофилированными препаратами, которые являются высокоэффективными и позволяют добиться полного излечения туберкулеза.

Этапы борьбы с туберкулезом наглядно демонстрируют тесную зависимость этой патологии от социального уровня страны.

Ещё в 1932 года был организован научно-исследовательский институт туберкулёза в г.Алматы. В 20 -е годы поражённость населения туберкулёзом в Казахстане достигала 4-6%, показатель смертности был равен 327-520 на 100 тыс. населения.

В период стабильности экономики страны, в 70-ых годах прошлого века считалось, что туберкулез в стране практически ликвидирован. Однако, в период распада СССР и снижения уровня жизни населения, туберкулез показал существенный рост и только благодаря международному сообществу и помощи со стороны ВОЗ удалось стабилизировать ситуацию. В стране повсеместно была внедрена практика лечения туберкулеза по методике ВОЗ DOTS, основу которой составляла строгая группировка пациентов и максимально интенсивная лекарственная терапия.

С 2000 г. определены координаторы по бактериологической службе, лечению, лекарственному обеспечению, информатике, КУИС, введены кураторы областей, организованы группы МиО, налажена система регистрации и отчётности по ТБ, внедрена компьютерная программа по слежению за больными ТБ (с 2003 г. – НРБТ). Кадры подготовлены и обучены стратегии ВОЗ, внедрены методы диагностики и лечения ТБ в тюрьмах.

С 2007 года в стране начато внедрение Программы ДОТС-плюс, начат закуп противотуберкулезных препаратов 2 ряда. Внедрены различные виды социальной помощи из средств местного бюджета и глобального фонда.

С 2007 по 2017 годы в стране были определены новые направления по борьбе с ТБ. Бактериологические лаборатории ОПТД и УИС были оснащены аппаратами ВАСТЕС-960, охват ТЛЧ к ПТП первого ряда среди новых случаев достиг 100%. Были внедрены генно-молекулярные методы диагностики ЛУ ТБ (Xpert MTB/Rif и LPA (2014г.)). При этом охват лечением больных препаратами второго ряда возрос с 27% до 95%. Также создана система инфекционного контроля в ПТО. В 2008 г процессы мониторинга и оценки переведены на индикаторную основу. С того же времени начало проводиться тестирование больных ТБ на ВИЧ, АРТ, ХП ЛЖВ.

С 2008 года важным моментом развития и становления противотуберкулезной службы является процесс реструктуризации коечного фонда с сокращением коек ПТО, результатом чего явилось высвобождение средств для развития новых технологий (Xpert MTB/Rif , LPA), внедрение пациент ориентированных методов, психосоциальной поддержки больных ТБ.

Начато привлечение НПО в борьбу с ТБ, внедрено лечение ЛУ ТБ ПВР в УИС (2009 г.).

С 2014 года НПА по ТБ приведены в соответствие с новыми рекомендациями ВОЗ, разработаны и утверждены Клинические протоколы, Руководства, СОП и др.

Продолжена дальнейшая оптимизация ПТО с сокращением коек на 56,3%. Продолжилась дальнейшая интеграция с ПМСП, лечения больных ТБ и МЛУ ТБ на амбулаторном уровне по РК выросло с 9,2% до 72,5%. Охват ПЦР-диагностикой ТБ на уровне сети ПМСП достиг 100%. Начато внедрение Стратегии АКСМ и развитие Партнёрства «СТОП ТБ».

Дальнейшее развитие привело к внедрению диагностикумов ТБИ, альтернативных схем профилактического лечения с использованием новых ПТП и новых, без инъекционных режимов лечения (КРЛ и ИРЛ). Был внедрен активный мониторинг безопасности ПТП. НПО стали активно вовлекаться в борьбу с ТБ среди ключевых групп населения.

За 20 лет реализации стратегии, рекомендованной ВОЗ, отмечаются положительные изменения в показателях заболеваемости и смертности как взрослого, так и детского населения республики, высокая «излечиваемость» больных МЛУ ТБ.

Эффективность лечения больных туберкулезом в стране составила 87,5% (стандарт ВОЗ - 85%), а туберкулеза с лекарственной устойчивостью - 84,1% (стандарт ВОЗ - 75%)

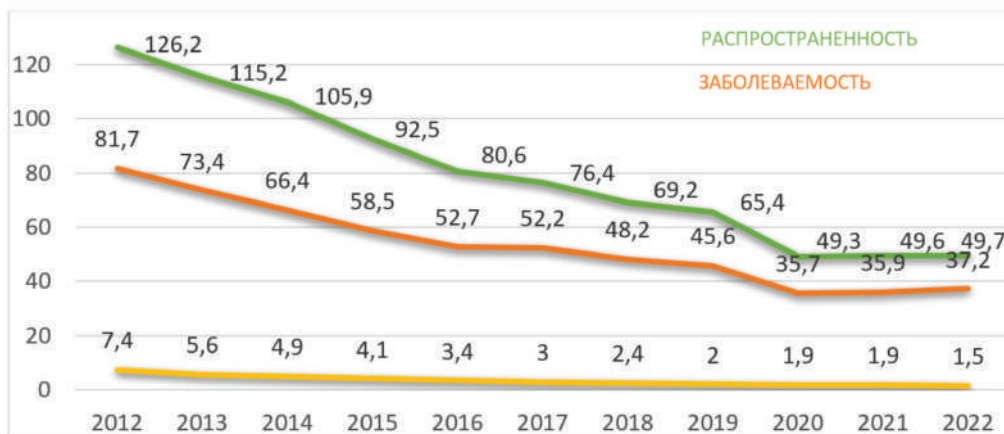


РИСУНОК 47 – ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ТБ НА 100.ТЫС НАСЕЛЕНИЯ

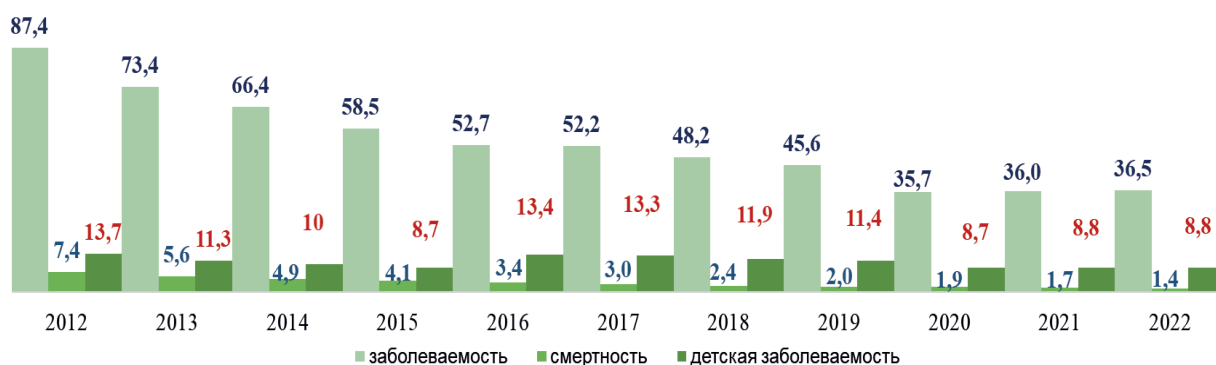


РИСУНОК 48 – ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ДЕТСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТБ И СМЕРТНОСТИ ОТ ТБ, НА 100 ТЫСЯЧ

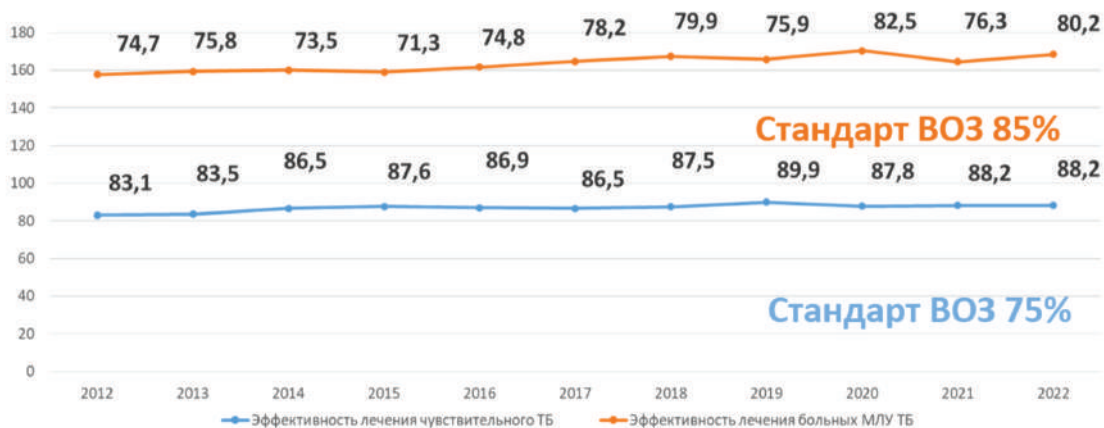


РИСУНОК 49 – ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ В % ОТ ПРОЛЕЧЕННЫХ

3. Ежегодный темп снижения распространённости туберкулезом в Казахстане составляет 12-13% (по данным 2012-2022 годов), и по итогам 2022 года темп снижения (по сравнению с 2012г) составил 39,3%.

По итогам 2022 года в сравнении с 2021 годом зарегистрирован незначительный ожидаемый постковидный рост показателя распространённости туберкулезом на 0,2% с 49,6 до 49,7 на 100 тысяч населения. Постковидный рост распространённости связан с недо выявлением случаев туберкулеза в период пандемии COVID-19, когда были введены ограничительные меры, приведшие к снижению обращаемости населения за медицинской помощью, а также скрининговых обследований, что отрицательно сказалось на своевременном выявлении случаев туберкулеза.

В 2020 году по сравнению с 2019 годом под влиянием пандемии ковид-19 отмечается снижение регистрации случаев туберкулеза на 9,9 с 45,6 до 35,7 (на 100.тыс), на что есть объективные причины: все ресурсы здравоохранения были направлены на борьбу с коронавирусной инфекцией, в том числе и в Казахстане (около 67% и более 40% в 2021 году ресурсов противотуберкулезной службы были вовлечены на борьбу с коронавирусной инфекцией).

В то же время в сравнении с доковидным периодом (2019 годом) в 2022 году показатель распространённости снизился на 28%, что свидетельствует о стабилизации эпидемиологической ситуации в стране.

Для своевременного выявления туберкулеза в Казахстане внедрены современные, рекомендованные ВОЗ методы, которые соответствуют международным стандартам и позволяют определить наличие туберкулеза и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) в течение от 2 часов до 2 дней. Внедрение ускоренных методов диагностики способствует своевременному и правильному выявлению туберкулеза, в том числе М/ШЛУ ТБ, и соответственно повышает успех лечения.

На сегодня все региональные противотуберкулезные организации обеспечены оборудованием для быстрой диагностики туберкулеза и его устойчивых форм. С целью расширения доступа к экспресс-методам на уровне ПМСП для ранней диагностики туберкулеза и МЛУ ТБ в поликлиниках установлены аппараты XpertMTB/RIF, включая организации ПМСП на районном уровне, следственные изоляторы и центры СПИД.

На уровне ЦФ внедрены бактериологические методы диагностики ТБ, позволяющие определить полный спектр устойчивости к противотуберкулезным препаратам: 148 аппаратов GeneXpert, 18 LPA аппаратов, 26 Bactec аппаратов 19 Bioneer аппаратов.

Применение новейших экспресс-методов генно-молекулярной диагностики туберкулеза позволило охватить постановкой теста на ТЛЧ 99% случаев туберкулеза (при стандарте ВОЗ - 90%). Это позволяет своевременно назначать адекватную терапию, добиться достаточно высокой эффективности лечения и сократить число перекрестного заражения среди больных. Для диагностики туберкулеза и определения показаний к профилактическому лечению латентной туберкулезной инфекцией у детей внедрены в практику иммунологические тесты: Аллерген туберкулезный рекомбинантный («Диаскинтест») и гамма-интерфероновые тесты (IGRAs - interferon gamma release assays), рекомендованные ВОЗ (тест T-SPOT®.TB и QuantiFERON®-TB Gold).

За 20 лет реализации стратегии, рекомендованной ВОЗ, отмечаются положительные изменения в показателях заболеваемости и смертности как взрослого, так и детского населения республики, высокая «излечиваемость» больных МЛУ ТБ.

Целевые показатели Стратегии endTB на 2025 год

- Снижение смертности от ТБ на 75% (по сравнению с 2015 г.)
- Снижение заболеваемости ТБ на 50% (по сравнению с 2015 г.) (<55/100000)
- Ни одна из затронутых семей не несет катастрофических расходов в связи с ТБ



Целевые показатели по туберкулёзу в РК на 2016 – 2035 годы



Целевые индикаторы Стратегии endTB на 2020 год достигнуты в 2019 году

РИСУНОК 50 – ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРАТЕГИИ ENDTB НА 2025 ГОД

Выводы и рекомендации

Таким образом, республике за последние 10 лет удалось заметно улучшить ситуацию по туберкулезу, где практически по всем показателям имеется снижение. В результате, созданная годами разветвленная сеть службы начала постепенно пустовать и постепенно произошло массовое сокращение коечного фонда и кадров.

Можно ли говорить о стадии ликвидации туберкулеза в стране? Вероятнее всего, говорить об этом пока очень рано, учитывая показатели заболеваемости туберкулезом в соседних с Казахстаном странах, с которыми страна имеет тесные экономические связи.

Помимо этого, активный процесс привлечения трудовых мигрантов может также способствовать росту заболевания при недостаточном контроле со стороны ответственных служб.

Поэтому для сохранения эффективности службы и недопущения роста заболеваемости системе необходимо выработать конкретные меры по постоянному мониторингу заболеваемости, с максимальным обеспечением доступности населения к экстренным способам диагностики и наиболее эффективным и оперативным способам лечения.



ГЛАВА 3.

**РЕАЛИЗАЦІЯ
ПОЛІТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕННЯ
ЗА 10 ЛЕТ**

ГЛАВА 3. РЕАЛИЗАЦИЯ ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА 10 ЛЕТ

3.1 Развитие служб здравоохранения и оказание медицинской помощи

3.1.1. Служба общественного здравоохранения

Вопросы общественного здравоохранения в Казахстане всегда были приоритетными и занимали особое место в структуре системы. В республике организована достаточно модернизированная сеть санитарно-эпидемиологической службы, профильных институтов по формированию здорового образа жизни и школа общественного здравоохранения, выстроена система превентивных мер (скрининги, вакцинация, динамическое наблюдение при хронических состояниях).

В республике организована достаточно модернизированная сеть санитарно-эпидемиологической службы, профильных институтов по формированию здорового образа жизни и школа общественного здравоохранения, выстроена система превентивных мер (скрининги, вакцинация, динамическое наблюдение при хронических состояниях).

Большое значение для развития системы общественного здравоохранения сыграло наличие в Казахстане Национального центра проблем формирования здорового образа жизни МЗРК и его органов на местах.

Центр был создан в 1997 году для реализации Стратегии развития государства «Казахстан-2030» в аспектах формирования здорового образа жизни, Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы и Стратегии «Казахстан-2050». Центр прошел путь от организации, насчитывающей не более 100 человек до разветвленной сети Службы формирования здорового образа жизни (далее - ФЗОЖ) во всех регионах республики с общим количеством более 1500 высококвалифицированных специалистов. В его развитие были заложены передовые технологии в области организации и координации деятельности по формированию ЗОЖ, укреплению и сохранению здоровья населения страны.

Для обеспечения деятельности службы ФЗОЖ была сформирована достаточная законодательная нормативная база и регламентирована Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», 5 Указами Президента и Законами Республики Казахстан, 4 Постановлениями Правительства РК и более 20 нормативными актами уполномоченного органа. Обеспечивалась межведомственная координация и взаимодействие с центральными и местными государственными органами, Ассамблеей народов Казахстана, республиканскими, международными и неправительственными организациями в сфере охраны здоровья населения РК. Большое значение в развитии службы ФЗОЖ имело создание сети и структуры службы, представленной сетью учреждений, предприятий, организаций в рамках системы здравоохранения.

В последние годы в Службу формирования здорового образа жизни органически влились Центры укрепления здоровья и кабинеты ФЗОЖ, которые призваны на районном уровне осуществлять государственную политику по формированию ЗОЖ. Таких центров укрепления здоровья в нашей стране более 201, кабинетов - более 464.

Большой вклад в концентрацию усилий на комплексном, непрерывном подходе и обеспечении устойчивости системы ФЗОЖ внесла разработка и внедрение Программы «Здоровый образ жизни» на 2008 - 2016 годы. Одним из её основных инструментов остается комплексное межсекторальное взаимодействие по усилению факторов, определяющих сохранение и развитие потенциала здоровья человека (физических, экономических, социальных, экологических, культурных), с использованием новейших мировых технологий, подходов и методов формирования здорового образа жизни (далее - ФЗОЖ) на основе доказательной медицины.

Согласно плану, было проведено более 1 млн мероприятий с охватом около 30 млн человек. Мероприятия широко освещались в средствах массовой информации на республиканском и региональном уровнях: ТВ - 4367 (интервью, видеосюжеты и т.д.), радиовыступлений - 3753, публикаций статей в газетах - 13 566 ед.

К крупным инновационным проектам казахстанского здравоохранения следует отнести **Национальную скрининговую программу**, призванную существенно повысить уровень обеспеченности населения услугами здравоохранения и увеличить объём профилактических и оздоровительных мероприятий. Её внедрение сыграло существенную роль в развитии профилактического направления в деятельности первичной медицинской помощи, профилактике неинфекционных заболеваний и самосохранительному поведению граждан.



РИСУНОК 51 – НАЦИОНАЛЬНАЯ СКРИНИНГОВАЯ ПРОГРАММА

Специалисты национального центра совместно с профильными институтами провели обучающие семинары по технологиям скрининговых обследований практически во всех регионах республики с охватом более 3500 человек.

С мая 2012 года функционирует телефон горячей линии (150), ориентированный на подростков и молодежь, с целью оказания медико-психологической помощи.

В 2013 году был создан отдел симуляционного обучения (учебно-тренинговый центр) по технологии инновационного обучающего центра HealthEdco с целью повышения уровня информированности населения по вопросам сохранения и укрепления здоровья, профилактики поведенческих факторов риска социально-значимых заболеваний, оснащенный более 50 видами современных муляжей, анатомических моделей, интерактивных игр по профилактике поведенческих факторов риска, используемых в обучающих семинарах.

В Республике создано и развивается новое научное направление по теоретическому обоснованию механизмов, обеспечивающих формирование здорового образа жизни и профилактику заболеваний. За период с 1998 по 2015 годы выполнено одиннадцать научно-технических программ, получено 3 свидетельства о регистрации интеллектуальной собственности, 1 патент, опубликовано 6 монографий и 5 руководств по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики социально-значимых заболеваний. Разработаны и внедрены в организации практического здравоохранения более 20 методических рекомендаций, 10 учебно-методических пособий и учебных программ, на которые получено 155 Актов внедрения. Опубликовано в научных изданиях более 270 статей в изданиях ближнего и дальнего зарубежья. Ежегодно проводились съезды и конференции специалистов здорового образа жизни.

При создании службы ФЗОЖ в Казахстане были заложены основы национального мониторинга изменения образа жизни с целью оценки хода реализации национальной политики формирования здорового образа жизни и внесения своевременной и соответствующей коррекции. На республиканском уровне раз в три года Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни (НЦПФЗОЖ) МЗ РК проводил Национальные опросные исследования с охватом 24 000 человек населения по оценке распространенности поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний и мотивации населения к ведению здорового образа жизни. Полученные данные популяционных исследований репрезентативны для всей страны, дезагрегированные по полу, возрастным группам, месту жительства, социальным факторам и корректируемые соответственно потребностям государства. Всего проведено шесть Национальных социологических исследований детского 11-17 лет и взрослого 18 лет и старше населения в 14 областях и городах Астана, Алматы: первое в 1998 году, второе в 2002 году, третье в 2004, четвертое в 2007, пятое в 2012 и шестое в 2015 году.

Результаты позволили сделать заключение, что за эти годы имеется положительная динамика в показателях здорового образа жизни населения, особенно среди детей наблюдается увеличение доли занимающихся активными формами физической нагрузки, в школах увеличилась доля детей, получающих горячее питание, уменьшилось число детей, потребляющих табачные изделия, алкогольные напитки, еду быстрого приготовления. Подтверждена эффективность реализации стратегии по формированию здорового образа жизни.

Информирование населения через ТВ: создание и ротация телепередач по аспектам ЗОЖ с участием экспертов



РИСУНОК 52 – ИНФОРМИРОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕРЕЗ ТВ

НЦПФЗОЖ является пионером внедрения проектов ВОЗ среди республик Средней Азии, опыт которых перенимают Кыргызстан, Узбекистан и Таджикистан.

С 1999 года внедряется проект «Здоровые города», а в 2002 году Казахстан вступил в Европейскую сеть «Здоровые города».

С 1998 года внедряется проект «Школы, способствующие укреплению здоровья». Функционировало 976 школ.

С 2000 года внедряется проект «Здоровые университеты». Функционируют 64 высших учебных заведений.

С 2002 года реализуется проект «Здоровые рабочие места», принимает участие 101 предприятий из 13 регионов страны.

С 2001 года реализуется проект «Больницы, способствующие укреплению здоровья». К 2015 году их было 56. Внедрение проектов приносит большую пользу вследствие трансферта передовых международных технологий работы по развитию ЗОЖ в деятельность службы ЗОЖРК.

Национальным центром совместно с ЮНИСЕФ при поддержке МЗРК заложены основы развития молодёжных центров здоровья.

Это образовательно-практический центр по подготовке молодежи в вопросах формирования здорового образа жизни, в соответствии с международными стандартами и отвечающий требованиям конкурентной среды. Основная цель - сохранение и укрепление здоровья подростков и молодежи.



РИСУНОК 53 – ИНФОРМАЦИЯ О МОЛОДЕЖНОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ

В период 2016-2018 гг. функции службы ФЗОЖ были переданы в конкурентную среду.

В настоящее время в Казахстане служба общественного здравоохранения объединяет службы формирования здорового образа жизни, санитарного и эпидемиологического благополучия.

В Казахстане, как и в большинстве стран мира, основное бремя заболеваемости и смертности приходится на хронические неинфекционные заболевания, при этом инфекционные заболевания составляют всего 2% от общего объема. В последние годы в Казахстане наблюдается рост расходов на неинфекционные хронические заболевания, которые составляют 95-96% от общих расходов.

Международная модель развития служб общественного здравоохранения позволяет переместить фокус с лечения болезней на их профилактику и управление. В Казахстане она построена вокруг десяти основных оперативных функций общественного здравоохранения, определенных Всемирной организацией здравоохранения.

Среди них - эпидемиологический надзор здоровья и благополучия населения, мониторинг и реагирование на опасности для здоровья и при чрезвычайных ситуациях, защита здоровья, включая обеспечение безопасности окружающей среды, труда, пищевых продуктов, а также профилактика болезней, включая раннее выявление нарушений здоровья.

Кроме того, в число указанных функций войдет обеспечение сферы здравоохранения стратегическим руководством, компетентными кадрами, а также устойчивой организационной структурой и финансированием. Помимо этого, в ее функции входит информационно-разъяснительная деятельность и содействие развитию исследований в области общественного здравоохранения.

Утвержден План мер по управлению общественным здоровьем на 2018-2021 годы и Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» Постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725.

Деятельность СОЗ направлена на все этапы жизни: от вакцинации младенцев и школьной медицины, вопросов здорового поведения, экологической безопасности, гигиены труда среди молодежи и взрослого населения до рационализации питания и предупреждения хронических дегенеративных заболеваний у пожилых. Все это призвано решать поставленные Главой Государства задачи по увеличению продолжительности и улучшению качества жизни казахстанцев.

Одной из важных задач СОЗ является развитие межсекторального взаимодействия для реализации различных комплексных мер, направленных на такие цели, как:

- Повышение уровня образованности населения в вопросах ведения и формирования здорового образа жизни;
- Снижение потребления алкоголя, табака, наркотических и психотропных средств;
- Здоровое сбалансированное питание;
- Повышение доли населения, занимающегося физической культурой и спортом;
- Снижение количества дорожно-транспортных происшествий;
- Обеспечение безопасного детства, совершеннолетия и старости внедрением психологических услуг в системе образования и здравоохранения;
- Создание безопасных условий труда и быта;
- Уменьшение загрязнения воздуха, воды и почвы, снижение уровня шума.

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

Утверждены Единые стандарты по рациону питания школьников, основная цель которых - сохранение и укрепление здоровья школьников путем оптимизации питания, обеспечения безопасности, качества и доступности; установление унифицированных требований к организации питания школьников в общеобразовательных организациях. В настоящее время единые стандарты питания внедрены в 1809 (29%) школах республики.

С целью укрепления репродуктивного здоровья проводится ежегодный осмотр и консультирование женщин фертильного возраста, обследование с выделением групп повышенного риска по экстрагенитальной патологии и по социальным факторам для охвата контрацепцией, а также раннего выявления заболеваний, диспансерного наблюдения и их оздоровления, выделение их в группы динамического наблюдения в зависимости от состояния здоровья и планов на деторождения.

На состояние репродуктивного здоровья женщин влияют сокращение аборт

заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем. По имеющимся данным уровень аборт в Казахстане имеет устойчивую тенденцию к снижению. За 5 лет число абортов снизилось на 9,5%, чему способствовало повышение информированности населения о планировании семьи, доступ к контрацептивным средствам и информации в средствах массовой информации.

На сегодняшний день на уровне ПМСП функционирует более 300 кабинетов планирования семьи для консультирования мужчин и женщин по вопросам охраны репродуктивного здоровья, обеспечения доступа населения к услугам и методам планирования семьи, безопасного материнства, которые осуществляют обучение и информирование женщин вопросам безопасного материнства. Также функционируют 16 центров мужского здоровья, укрепляется материально-техническая база и кадровый потенциал.

Активно внедряются проекты Всемирной организации здравоохранения: «Школы, способствующие укреплению здоровья», «Здоровые университеты», «Здоровые города», «Здоровые рабочие места». Реализация данных проектов ВОЗ обеспечит межсекторальный подход к охране здоровья населения, а также формирование солидарной ответственности граждан за свое здоровье с популяризацией здоровой, активной и успешной личности. Ежегодно Центр разрабатывает и адаптирует 29 Национальных программ по пропаганде здорового образа жизни с учетом возрастных особенностей населения (от 3 до старше 64 лет).

С целью повышения уровня информированности юношей и девушек по вопросам значимости семьи в современном обществе, репродуктивного здоровья, планирования семьи, профилактики абортов в республике функционируют Молодежные центры здоровья (МЦЗ), которые оказывают комплексные медико-психосоциальные услуги подросткам и молодежи.

По данным Управлений здравоохранения 17 областей и г.г. Астана, Алматы и Шымкент, по итогам 2022 года в республике функционируют 191 МЦЗ. По сравнению с аналогичным периодом 2021 года (166 МЦЗ) наблюдается увеличение количества МЦЗ в 1,2 раза, или на 15%.

В городах республики функционируют 124 молодежных центров здоровья, что в 1,2 раза больше в сравнении с аналогичным периодом 2021 года (104 МЦЗ). По РК в сельской местности функционируют 67 молодежных центров здоровья, наблюдается увеличение количества МЦЗ в селах республики на 13,6 % (в 2021 году - 59). Наибольшее количество МЦЗ в сельской местности наблюдаются в Алматинской области - 24, Жамбылской области - 10, Кызылординской области - 7, Туркестанской области - 6, Северо-Казахстанской области - 3.

Общее количество подростков и молодежи, обратившихся к специалистам МЦЗ по итогам 2022 года составило 728 628 человек, что в 2,5 раза больше по сравнению с аналогичным периодом 2021 года (285 169). Из них 79 % (575 957) - городские жители и 21 % составляют жители села (152 671). За 2019 год общее количество подростков и молодежи, обратившихся к специалистам МЦЗ составило 334 721 человек.

В целях профилактики продолжается реализация национального календаря прививок (против 21 инфекционного заболевания), ежегодно охват вакцинацией составляет более 95% целевого населения (рис. 54).

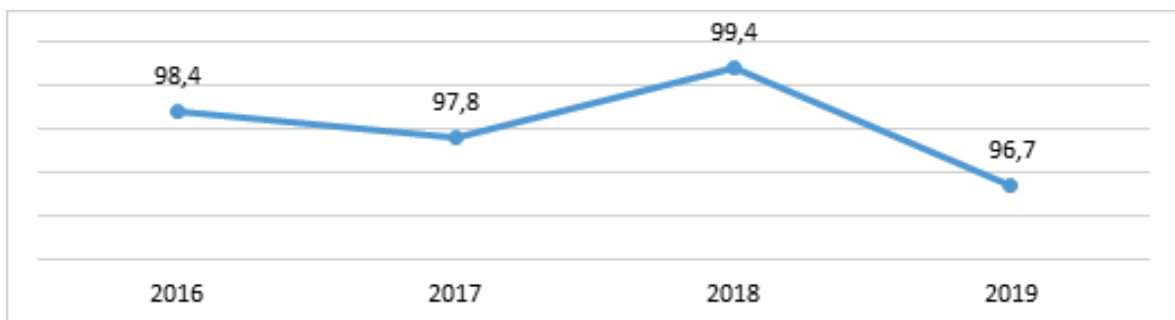


РИСУНОК 54 – ОХВАТ ВАКЦИНАЦИЕЙ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

В республике в 5516 организациях здравоохранения функционируют 6565 прививочных кабинетов, обеспеченность холодильным оборудованием прививочных кабинетов составляет 100%.

Для проведения иммунизации населения на отдаленных участках, в республике продолжают работу 1161 выездных прививочных бригад, обслуживающих 2460 населенных пунктов.

Несмотря на высокий уровень охвата вакцинацией, из года в год растет число не привитых по медицинским противопоказаниям.

На 1 января 2020 года в Республике Казахстан зарегистрировано 16 998 отказов от профилактических прививок. За 2019 год из числа отказов от профилактических прививок были привиты – 2 787 лиц.

Наибольшее количество отказов приходится на детей в возрасте до 1 года 10 681 (62,8%). Среди детей в возрастной группе 1-2 года зарегистрировано – 21 отказов (13,5%), 3-5 лет – 2410 (14,2%), 6-15 лет – 1558 (9,2%), старше 16 лет – 53 (0,3%).

Основными причинами отказов являются личные – 51,8% и религиозные – 30,8% убеждения. Кроме того, недоверие к вакцинам выразили 10,8%, на негативную информацию через средства массовой информации (далее – СМИ) (интернет ресурсы, пресса, ТВ) указали 6,5% отказавшихся от вакцинации, у других детей в семье зарегистрирована реакция – у 0,04% отказавшихся лиц от профилактических прививок, документированное осложнение на предыдущую дозу выявлено у 0,06% отказавшихся.

Увеличен показатель охвата скрининговыми осмотрами до 90,0% и выше. За 2022 год проведено 12 231 381 (88,7%) скрининг – обследований целевых групп взрослого и детского населения. Выявляемость составила 430 997 (3,5%). Взято на «Д» учет 212 260 (49,2%).

Среди детского населения РК (0-17 лет) в 2021 году выявлено 335 961 больных, что составляет 7,4%, за аналогичный период 2020 года выявлено 384 307 заболеваний, что составило 8,7%. Из числа выявленных больных взято на диспансерный учет 131 998 (39,3%) детей, в 2020 году данный показатель составил 39,4%.

Министерством здравоохранения проведена работа по сокращению перечня скринингов – отменены 4 вида скрининга: рак пищевода и желудка, предстательной железы, печени, расширены возрастные группы онко-скринингов до 70 лет и определена периодичность обследования (1 раз в 2 года и рак шейки матки 1 раз в 4 года).

Поддающиеся изменению поведенческие факторы риска НИЗ

По данным ВОЗ, каждый год от неинфекционных заболеваний (НИЗ) умирает 41 миллион человек, что составляет 74% всех случаев смерти в мире.

К основным типам НИЗ относятся сердечно-сосудистые заболевания (такие как инфаркт и инсульт), раковые заболевания, хронические респираторные заболевания (такие как хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет.

Риск смерти от НИЗ повышают такие факторы, как низкий уровень физической активности, злоупотребление алкоголем, нездоровое питание и загрязнение воздуха.

Все поддающиеся изменению формы поведения – употребление табака, недостаток физической активности, нездоровое питание и злоупотребление алкоголем – повышают риск развития НИЗ [15].

Употребление алкоголя

В 2016 году средний уровень употребления чистого алкоголя на душу населения в Казахстане составлял 7,7 литра в год, что ниже среднего уровня употребления алкоголя в Европейском регионе ВОЗ (9,8 литра). Уровень употребления алкоголя снизился по сравнению с 2010 годом, когда средний уровень употребления алкоголя на душу населения составлял 9,3 литра в год.

По оценочным данным, уровень употребления алкоголя среди граждан, употребляющих алкоголь, в Казахстане является одним из наиболее высоких в Европейском регионе ВОЗ. В 2016 году этот показатель составил приблизительно 25,0 литров алкоголя на человека в год для мужчин и 8,9 литров для женщин. Кроме того, согласно оценке ВОЗ, среди тех, кто употребляет алкоголь, 62% мужчин и 26% женщин употребляли алкоголь в больших количествах (60 граммов или более чистого алкоголя за раз в течение последних 30 дней). Более 57% молодых людей (15-19 лет) употребляли 60 и более граммов чистого алкоголя за раз в течение последних 30 дней.

В 2018 и в 2022 годах Национальным центром Общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан (НЦОЗ) совместно с Министерством здравоохранения РК, Министерством просвещения РК, при поддержке Всемирной организации здравоохранения в Казахстане проведены два раунда исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья в Казахстане» (HBSC). Согласно данным, доля 15-летних подростков, потребляющих алкоголь значительно, увеличивается. Так, доля, когда-либо употреблявших алкоголь, в 2018 г. составляла 7,5% среди 15-летних школьников (7% девочек и 8% мальчиков), а употребление алкогольных напитков за последние 30 дней к моменту опроса – 4% среди мальчиков и 3% среди девочек 15 лет. Тогда как в 2022 г. уже 11,4% подростков употребляли спиртные напитки в течение жизни (среди мальчиков – 11,2%, среди девочек – 11,6%), а за последние 30 дней – 5,8% (среди мальчиков – 5,9%, среди девочек – 5,7%).

В 2018 году внесены изменения в статью 140 Предпринимательского кодекса «Общие вопросы проверки и профилактического контроля и надзора с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора», в части изменения порядка надзора и контроля за соблюдением требований законодательства, регламентирующих продажу алкогольной продукции лицам в возрасте до 21 года.

Употребление табака

Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения «О глобальной табачной эпидемии» в Республике Казахстан 42,4% мужчин, 4,5% женщин, и 22,4% взрослого населения в целом (2,8 миллионов взрослых) в настоящее время курят табак.

- 2,8 % мужчин или 1,3% взрослого населения в целом (0.2 миллионов взрослых мужчин) в настоящее время потребляют бездымный табак.
- 50,9% ежедневных курильщиков закуривают в течение 30 минут после пробуждения каждый день.

Данные Глобального опроса 2014 года по употреблению табака среди молодежи показывают, что 4% юношей и 2% девушек в возрасте 13-15 лет употребляли табак в течение 30 дней перед проведением опроса.

По данным исследования подростков HBSC в 2018 году, когда-либо курили сигареты по крайней мере 1-2 дня на протяжении жизни - 6% мальчиков и 3,7% девочек 11-15 лет. В 2022 г. доля подростков, имеющих опыт приобщения к курению, увеличилась до 7,4% среди мальчиков, 4,6% среди девочек и повышается в 2,7 раз с 11 лет к 15 годам, при этом показатели значительно возрастают в период с 13 до 15 лет. Во всех возрастных группах доля мальчиков, куривших сигареты больше, чем девочек. Молодежь также приобщается к относительно новым табачным продуктам, таким как электронные сигареты.

Так, в 2018 г. 8,5% мальчиков и 3,8% девочек 11-15 лет употребляли электронные сигареты по крайней мере 1-2 дня на протяжении жизни.

Во втором раунде исследования - в 2022 году - доля, когда-либо в жизни употреблявших электронные сигареты, составила 9,8% (11,3% мальчиков и 8,2% девочек), и эти показатели существенно увеличиваются с возрастом, как среди мальчиков, так и среди девочек, почти в два раза с 13 лет к 15 годам.

По сравнению с данными Глобального обследования употребления табака среди молодежи, в Казахстане (Global youth tobacco survey, GYTS) с 2014 года по 2018 год число курильщиков сигарет среди подростков 13-15 лет выросло с 2% до 5% среди мальчиков и с 1,3% до 2% среди девочек, а число потребителей электронных сигарет увеличилось в три раза среди мальчиков с 2% в 2014 году до 6% в 2018 году, и в два раза среди девочек с 1,1% до 2%.

Проводится работа по активному противодействию незаконному обороту наркотических средств, курительных и некурительных табачных изделий.

В 2014 году в Казахстане была внедрена налоговая политика в отношении табачных изделий, которая способствовала достижению целей в области охраны здоровья, касающихся сокращения потребления табака. Ставка акциза была увеличена на 94%, что повлекло повышение цен на сигареты в достаточной степени для того, чтобы снизилась доступность табака, упали объемы продаж табачных изделий и сократилась распространенность курения в стране. Объем табачных акцизных поступлений за два года увеличился более чем вдвое. Такая политика налогообложения полностью соответствует положениям РКБТ ВОЗ.

В 2015 году доступность табака снизилась не только за счет повышения акциза, но и вследствие ценовой политики табачной индустрии и уменьшения реальных доходов. Потребление табака в республике в 2015 г. также снизилось.

Установлены Требования к табачной продукции техническим регламентом Таможенного союза «Технический регламент на табачную продукцию», также действуют 2 национальных и 41 межгосударственных стандартов.

С 2013 года в Казахстане (первой среди стран бывшего СССР) на упаковках табачных изделий приняты и располагаются крупные графические предупреждения о вреде курения со всеми соответствующими характеристиками.

В 2013-2015 гг. в Казахстане уровень смертности по ряду причин, связанных с потреблением табака, среди мужчин и женщин в возрасте 30-79 лет существенно снизился: примерно на 20% от острой ИБС и инсультов и на 30-40% - от туберкулеза органов дыхания, хронического бронхита и эмфиземы.

В 2014 и 2019 годах НЦОЗ МЗ РК при поддержке ВОЗ в республике проведено глобальное исследование по распространенности табакокурения взрослого населения GATS (проводятся один раз в три-четыре года).

В период с 2014 по 2019 гг. значимых изменений в общей распространенности нынешнего потребления табака не наблюдалось (22,9% в 2014 г. по сравнению с 21,5% в 2019 г.). Однако, было обнаружено значимое сокращение употребления табака среди мужчин (с 43,4% до 38,3%) и заметное увеличение среди женщин (с 4,5% до 6,4%). Было отмечено снижение общей распространенности нынешнего курения табака с 22,4% в 2014 году до 20,4% в 2019 году, при этом значимое снижение среди мужчин (с 42,4% до 36,5%) и отсутствие существенных изменений среди женщин (с 4,5% до 6,0%). Согласно данным в период с 2014 по 2019 гг. воздействие вторичного табачного дыма значительно снизилось в домах (с 13,8% до 9,1%), на рабочем месте (с 19,1% до 11,4%), в общественном транспорте (с 18,1% до 9,0%), в учреждениях здравоохранения (с 9,7% до 2,8%), а также в правительственных зданиях (от 9,9% до 4,9%). Однако, подверженность табачному дыму значительно увеличилась среди тех, кто посещал бары и ночные клубы (с 70,4% до 78,3%).

Нерациональное питание

В Казахстане с 2015 года развивается национальная система эпиднадзора за детским ожирением. В 2020 году при поддержке ВОЗ и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) проведен второй раунд мониторинга в рамках Инициативы ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением COSI (Childhood obesity surveillance Initiative). Проведены измерения роста и веса 6851 ребенка в 153 школах страны, опрос родителей и администрации школ в 14 областях и городах Нур-Султан, Алматы и Шымкент.

Согласно результатам данного исследования 20,6% детей в Казахстане в возрасте от 6 до 9 лет страдают от избыточного веса или ожирения, причем более высокие показатели отмечаются среди мальчиков и городского населения. В 2015 г. данный показатель составлял 19,1% детей.

Значимо не изменилась доля детей, которые ежедневно употребляют овощи (в 2015 г. – 30,2%, в 2020 г. – 33%) и фрукты (в 2015 г. – 33,3%, в 2020 г. – 36,9%).

Дети школьного возраста регулярно потребляют сахаросодержащие прохладительные напитки. По данным COSI в 2020 году увеличилась доля детей, которые каждый день употребляют сладкие напитки (в 2015 г. – 10,9%, в 2020 – 16,7%). По результатам исследования подросткового контингента (HBSC) 14,4% подростков ежедневно употребляют колу и другие напитки, содержащие сахар. Ежедневное потребление подслащенных напитков увеличивается в целом у детей с 11 лет к 15 годам. От одного раза до 5-6 раз в неделю употребляют сладкие напитки половина детей – 52,2%. Таким образом, еженедельное потребление данных напитков подростками составляет 66,6%. К 15 годам около трети девочек – 30,8% и около одной пятой мальчиков – 18,0% не завтракают в будние дни.

Остро стоит и проблема употребления энергетических напитков среди подростков, так, суммарно, еженедельно одна пятая часть подростков (20,5%) пьет эти вредные для здоровья напитки. Каждый день употребляют энергетические напитки 3,0% детей; от одного раза до 5-6 раз в неделю – 17,5% детей, с большей частотой у мальчиков – 19,1%, чем у девочек – 15,8%.

В 2018 году мониторинг и оценка масштаба и характера рекламы продуктов питания на телевидении показали, что на изученных национальных телеканалах в Казахстане 72,3% рекламируемых продуктов питания и напитков являлись бы запрещенными для рекламы, при наличии ограничительных мер по рекламе продуктов с высоким содержанием жиров, сахара или соли, согласно рекомендациям ВОЗ.

При этом среди продуктов больше всего рекламируются сладкие напитки (включая колу, лимонад и другие) – 22%, затем следуют шоколадные, кондитерские изделия и энергетические батончики, на которые приходится 17,1% телевизионной рекламы пищевых продуктов.

В среднем казахстанские дети за один час смотрят 6,6 телевизионных рекламных роликов, посвященных продуктам питания и напиткам, не допустимым к маркетингу, ориентированному на детей, в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Согласно статистическим данным в Казахстане показатель заболеваемости ожирением у подростков за последние 5 лет (2013 – 2017 гг.) увеличился на 15,3%. По данным исследования домохозяйств, проведенных Казахской Академией питания в 2012 году, каждый пятый ребенок в возрасте от 1 до 14 лет (21,5%) страдал избыточной массой тела и ожирением, ожирение выявлено у 11% детей.

По данным 6-го социологического исследования факторов формирования здорового образа жизни (2015г.), распространенность избыточной массы тела среди взрослого населения составила 33,3% (мужчины 36,5%, женщины – 30,1%), ожирения I, II, III степени – 9,2 (мужчины 8%, женщины – 10,4%).

По данным ВОЗ за 2016 год в республике 19% мужчин и 23% женщин страдали от ожирения,

а распространенность избыточного веса (ИМТ ≥ 25 кг/м²) составляет 54% для мужчин и 53% для женщин.

В 2018 году было зарегистрировано с ожирением детей (0-14 лет) – 10 977; подростков (15-17 лет) – 3 417; взрослых (лиц старше 18 лет) – 26 613 человек.

Всем известно, что чрезмерное употребление сахара приводит к несбалансированности аминокислот пищевого рациона, потому что при рафинировании этого сладкого продукта удаляются практически все минеральные соли, необходимые организму человека. Это вызывает нарушение обмена веществ, способствующее ожирению, серьезным заболеваниям желез внутренней секреции, крови, мозга. А удаленные при рафинировании сахара витамины группы В значительно повышают риск психических и нервных заболеваний, полиневритов.

Следовательно, имея эти данные, мы должны акцентировать внимание общества на эти проблемы.

Уровень потребления соли в Казахстане составляет примерно 17 г в сутки, что почти в четыре раза превышает рекомендованную ВОЗ норму и является самым высоким зафиксированным показателем в мире. По данным экономического моделирования, пакет мероприятий по снижению потребления соли стал бы в Казахстане наиболее эффективной мерой профилактики НИЗ.

Национальным Центром Общественного здравоохранения совместно с Министерством здравоохранения разработан комплекс мер по обеспечению политики здорового питания.

С целью организации здорового питания школьников разработаны Единые стандарты по рациону питания школьников. В настоящее время единые стандарты питания внедрены в 1809 (29%) школах республики. Для оценки прогресса и текущей ситуации по методологии ВОЗ в 2025 году будут проводиться эпидемиологические исследования по оценке факторов риска неинфекционных заболеваний по признанным методикам ВОЗ (STEPS) для определения уровня грамотности населения в вопросах здоровья, среди детей будет проводиться мониторинг заболеваемости ожирением на основе исследования детского ожирения и факторов риска.

Ежегодно в Казахстане с целью повышения уровня информированности населения реализуются мероприятия по формированию навыков здорового образа жизни у всего населения и в первую очередь у детей и молодежи с применением современных информационных технологий (социальные сети, вирусные ролики и т.д.).

Утвержден в апреле 2019 года План мероприятий по поэтапному снижению соли в хлебе и хлебобулочных изделиях. Подписан меморандум о взаимодействии с Казахским агротехническим университетом имени С. Сейфуллина о начале выпуска продукции со сниженным содержанием соли в хлебе для студентов и преподавателей ВУЗа.

Также проводятся мероприятия по добровольному снижению уровня сахара в выпускаемой отечественной безалкогольной продукции, прорабатывается вопрос разработки «Кодекса ответственного производителя», рассмотрение вопросов поэтапного снижения количества сахара в рецептуре безалкогольных напитков, увеличения количества напитков без содержания сахара в портфолио производителей и т.д. Министерство здравоохранения внесло предложение в Министерство финансов по введению налогов на сахаросодержащие напитки.

Развитие физической активности

ЗОЖ в физической культуре предполагает физическую активность (спорт, фитнес, всевозможные гимнастики, упражнения, соответствующие возрасту, гендерному фактору, особенностям организма, закаливание).

Обновленные в 2020 году Рекомендации ВОЗ по физической активности и малоподвижному поведению адресованы дифференцированно по возрастным группам и для лиц с хроническими состояниями и ограниченной дееспособностью. По данным ВОЗ, 32,0% граждан Казахстана в возрасте от 11 лет и старше недостаточно физически активны (мужчины – 30,9%, женщины – 31,2%).

Активное использование населением мобильного приложения «Здоровый образ жизни» для пропаганды ежедневной ходьбы и бега среди населения, внедрение Глобальных рекомендаций ВОЗ по физической активности (2020г), пропаганда ежедневной ходьбы 10 тысяч шагов или пробежки 5-8 км, стимулируемые получением скидки в 20% на билеты в кинотеатры сети Синема, стимулирование работодателей, создающих условия для оздоровления и занятий физической культурой работников, повышение доступности городской спортивной инфраструктуры будут способствовать повышению физической активности людей – до 40%.

Пропаганда ЗОЖ через СМИ

Социальная мобилизация (Social Mobilization). Вовлечение людей на локальном и национальном уровнях, чтобы они могли действовать для достижения здоровья и благополучия, чтобы у сообществ и людей было осознание владения своим здоровьем. Создание и ведение информационного портала «рекомендовано Минздравом» по направлениям укрепления общественного здоровья (здоровое питание, комплексы упражнений для возрастных групп, производственные зарядки, душевное здоровье, первая помощь при травмах и т.п.), создание творческой группы, работающей на наполнение портала качественными аудио, видео и графическими материалами, интервью специалистов и объясняющими статьями.

Привлечение высокопрофессиональной компании для продвижения портала и его лучших материалов (контент-маркетинг, Email-маркетинг, поисковая оптимизация (SEO), оптимизация конверсии, социальные медиа, платная реклама, инфлюенс-маркетинг). Постоянная работа с населением, повышение санитарной грамотности в вопросах здоровья, активная информационно-разъяснительная работа с использованием современных подходов SMM маркетинга, социальных сетей, социологических опросов, использование потенциала телевидения, театра и др.

НЦОЗ проводит работу по усилению роли гражданского общества в формировании ЗОЖ. Развитие межсекторального взаимодействия обеспечивается совместной работой с 10 министерствами, ВУЗами, научными центрами, НПО, ТОО «Казахская академия питания» и др. Центр осуществляет работу по Формированию здорового образа жизни в рамках первичной медико-санитарной помощи, внедряя обучение специалистов ЗОЖ.

Центр обеспечивает создание информационной базы многолетних данных, осуществляет мониторинг процессов, контролирует качество и эффективность проводимых мероприятий, подготовку управленческих решений и осуществляет трансферт технологий в регионы.

Выводы и рекомендации

- Международная практика показывает, что роль общественного здравоохранения и приоритизация профилактических мер и направление необходимого объёма финансирования на эти цели гораздо эффективней и экономичней вкладывания средств на диагностику и лечение возникших заболеваний.

- Казахстан в этом вопросе сделал большой шаг в развитии, создав необходимые институты и приняв соответствующую нормативную правовую базу, однако это только начало пути и предстоит сделать большую работу в предстоящие годы для достижения долгосрочного эффекта.

- Создание авторитетного Национального центра, который займет проактивную позицию в обществе, объединив под своим началом все функции – идеологические, исполнительские, координационные.

- Развитие и укрепление региональных центров ЗОЖ

- Создание движения по здоровому образу жизни, которое сплотит вокруг идеи ЗОЖ активистов, специалистов и неравнодушных, социально-активных людей.

3.1.2 Служба охраны психического здоровья

Всемирной организацией здравоохранения определены 10 рекомендаций по вопросам психического здоровья, представленных в Докладе о состоянии здравоохранения в мире (2001 год), в том числе: проведение лечения на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи и предоставление помощи по месту жительства.

Данные рекомендации основаны на лучших практиках, применяемых в развитых странах мира и которых придерживаются страны ОЭСР при проведении реформирования служб психического здоровья.

История развития службы охраны психического здоровья (далее - СОПЗ) была тесно связана с развитием самого государства, особенно гражданского общества и установления новых отношений в период политической трансформации.

За прошедший период были приняты комплексные меры по гуманизации данной службы, выведению ее из-под влияния немедицинских проблем.

Служба СОПЗ, включающая ряд направлений: психиатрия, наркология, психотерапия и психология (клиническая) определила задачи:

1) удовлетворения потребности населения в качественной, доступной, социально-ориентированной службе психического здоровья, соответствующей международным стандартам;

2) внедрения в психиатрических и наркологических организациях, организациях общечеловеческой сети современных, наиболее эффективных методов управления, организации процесса оказания профилактической и медицинской помощи в области психического здоровья;

3) определения приоритетных направлений ее перспективного развития.

Служба психического здоровья в республике ранее была представлена только специализированными организациями и характеризовалась низкой доступностью, значительной стигматизацией, кадровым дефицитом, нерациональным распределением ролей среди специалистов и рядом других проблем, отражающих институциональный подход в оказании помощи.

Результатом низкой доступности, стало снижение обращаемости лиц с психическими расстройствами за помощью. Так, выявляемость за период с 2011 до 2017 гг. снизилась на 50% по психическим, поведенческим расстройствам (далее – ППР), и на 67% по расстройствам, вызванным употреблением психоактивных веществ.



РИСУНОК 55 – КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ

ТАБЛИЦА 15 – КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ

	КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ									
	2013г.	2014г.	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.	2020г.	2021г.	2022г.
КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА НАРКОЛОГИЧЕСКОМ УЧЕТЕ	233487	203889	186840	156315	135842	125347	121568	114700	110418	108852
КОНТИНГЕНТ БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА ПСИХИАТРИЧЕСКОМ УЧЕТЕ	195575	193648	193936	190945	189744	188667	190066	189546	189914	193277
БОЛЬНЫХ ВСЕГО	429062	397537	380776	347260	325586	314014	311634	304246	300332	302129

Важность психического здоровья и существующие проблемы показали необходимость смены парадигмы с биомедицинского, паттерналистического подхода на биопсихосоциальную модель, адаптированную к потребностям пациента.

Ключевым вопросом проводимых преобразований стала интеграция психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь, которая послужила катализатором всех изменений в службе психического здоровья.

Анализ имеющихся проблем, изучение передового международного опыта оказания медицинской помощи в области ментального здоровья, рекомендации ВОЗ стали основой структурных преобразований СОПЗ, которые были начаты в 2016 году, в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы (далее - Государственная Программа)

Планом мероприятий по реализации Государственной программы было предусмотрено:

- оптимизация путем объединения государственных медицинских организаций по профилям;
- проведение мероприятий по оптимизации государственной инфраструктуры здравоохранения путем горизонтальной и вертикальной интеграции, включая централизацию и децентрализацию медицинских услуг.

В 2017 году была утверждена Дорожная карта по развитию службы охраны психического здоровья Республики Казахстан на 2017 - 2018 годы.

Основными направлениями развития СОПЗ определены:

1. Укрепление психического здоровья в рамках общественного здравоохранения (с реализацией мероприятий по снижению стигматизации и дискриминации, мониторинга психического здоровья).
2. Повышение кадрового потенциала.
3. Интеграция СОПЗ с амбулаторно-поликлиническими организациями.
4. Развитие медико-социальной реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами.
5. Финансирование медицинских услуг в области психического здоровья.

Впервые в составе городских поликлиник были открыты 84 ЦПЗ, что позволило повысить территориальную доступность оказания амбулаторной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами.

Справочно: в 2015 году специализированная амбулаторная помощь осуществлялась в 18 наркологических и 25 психиатрических организациях.

Проведена оптимизация оказания психиатрической и наркологической помощи сельскому населению. Психиатрические и наркологические кабинеты на селе объединены в 212 кабинетов психического здоровья.

Во всех регионах Республики созданы 20 ЦПЗ (3 городских, 17 областных). Объединение региональных психиатрических и наркологических организаций позволило сократить количество медицинских организаций психического здоровья с 47 (2017 год) до 20 (2022 год). На республиканском уровне медицинская помощь осуществляется Республиканским научно-практическим центром психического здоровья (далее - РНПЦПЗ), Республиканской психиатрической больницей специализированного типа с интенсивным наблюдением (далее - РПБСТИН).

Оптимизация коечного фонда организаций психического здоровья позволила сократить на 30% количества психиатрических коек (с 8626 в 2017 году до 5971 коек на конец 1-ого квартала 2023 года) и на 51% наркологических коек (с 7047 в 2017 году до 3617 коек на конец 1-ого квартала 2023 года).

Стационарозамещающая помощь в организациях психического здоровья для лиц с психическими, поведенческими расстройствами представлена 17 дневными стационарами на 533 койко/мест (2017г. - 17 дневных стационаров на 895 койко/места).

Стационарозамещающая наркологическая помощь в организациях психического здоровья для лиц с психическими, поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ представлена 14-дневными стационарами на 217 койко/мест (2017г. - 16-дневных стационаров на 309 койко/мест).

Таким образом, проведена масштабная реструктуризация службы с акцентом на ПМСП и амбулаторное звено, что в комплексе должно приблизить данный вид помощи населению. Немаловажной частью этой проблемы является медико-социальная реабилитация данной группы пациентов.

В структуре центров психического здоровья усилена роль реабилитационных отделений, работа которых построена на международных стандартах.

В 2019 году медико-социальную реабилитацию прошли 6724 пациентов, из них наркозависимых - 1880 (30%).

В 2022 году медико-социальную реабилитацию на койках круглосуточного пребывания прошли 5792 пациентов, из них наркозависимых - 1448 (25%).

Принятые меры позволили увеличить охват обследований и выявления пациентов данной службы.

Например, за 2022 год количество зарегистрированных лиц с впервые в жизни установленными диагнозом по сравнению с 2021 годом выросло на 15%, и составило 11461 человек, 59,9 на 100 тыс. нас. (за 2021 г. - 9924 человек, 52,6 на 100 тыс. нас.).

Наибольшая первичная заболеваемость ППР без употребления ПАВ наблюдалась в Карагандинской обл. (108,0 на 100 тыс. нас.), г. Астане (90,9 на 100 тыс. нас.), ВКО (85,7 на 100 тыс. нас.). Наименьшая первичная заболеваемость наблюдалась в Алматинской обл. (28,5 на 100 тыс. нас.).

За 2022 год число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом ППР вызванных употреблением ПАВ по сравнению с 2021 годом снизилось на 5% и составило 12644 человека, 66,1 на 100 тыс. нас. (за 2021 г. - 13361 человек, 70,4 на 100 тыс. нас.).

Наибольшая первичная заболеваемость ППР, вызванная употреблением ПАВ, наблюдалась в Павлодарской области (151,4 на 100 тыс. нас.), г. Астана (146,3 на 100 тыс. нас.) и ВКО (141,8 на 100 тыс. нас.) области. Наименьшая первичная заболеваемость ППР, вызванная употреблением ПАВ, наблюдалась в Атырауской (20,5 на 100 тыс. нас.).

За 2022 год контингент больных, состоящих на динамическом наблюдении с ППР без употребления ПАВ, по сравнению с 2021 годом вырос на 1,7% и составил 193 258 человек, 1010,6 на 100 тыс. нас., (в 2021 году 189914 человек и 1005,9 соответственно).

Наибольший показатель контингента лиц, состоящих на динамическом наблюдении по поводу ППР без употребления ПАВ на 100 тыс. нас., наблюдался в Карагандинской (1535,2), Костанайской (1447,9), Северо-Казахстанской (1345,1) областях. Наименьший показатель контингента лиц, состоящих на динамическом наблюдении по поводу ППР без употребления ПАВ на 100 тыс. населения наблюдался в г. Алматы (557,3).

Наибольший показатель контингента лиц, состоящих на динамическом наблюдении по поводу ППР, вызванная употреблением ПАВ на 100 тыс. нас., наблюдался в Павлодарской (1093,5), СКО (1058,0) и Восточно-Казахстанской (1010,5) области. Наименьший показатель контингента лиц, состоящих на динамическом наблюдении по поводу ППР, вызванная употреблением ПАВ на 100 тыс. нас., наблюдался в Туркестанской (195,5) области.

Как показывают приведенные данные, наибольшая концентрация пациентов наблюдается в промышленно развитых регионах страны и в основном северных регионах. Данная ситуация объясняется множеством факторов, однако наиболее значимая из них - это наличие подготовленных кадров по данной службе.

В 2019 году дефицит врачей составлял 778 (психиатров 430, наркологов 348).

Таким образом укомплектованность врачами-психиатрами составляет 85,7%, дефицит составляет 14,3%.

Особенно кадровый дефицит очевиден в области детской психиатрии, всего в республике 62 детских психиатра. Также в государственной системе здравоохранения практически нет врачей психотерапевтов, а в республике их 39 и это по всем медицинским организациям.

Количество резидентов медицинских университетов Республики по специальности «психиатрия, в том числе детская», закончивших обучение в 2020 г., составило 52 резидента, а в 2021 г. - 152 резидента.

Проблемы данной службы напрямую связаны с недостатками финансирования и исторически служба получала средства в зависимости от возможностей регионов. Зачастую это были утвержденные бюджетом деньги, которые из года в год направлялись только на содержание службы, без привязки к результативности работы, что привело к крайне неудовлетворительному материально-техническому состоянию лечебных объектов и низкой мотивации персонала к улучшению своей работы.

В службе отмечалась крайняя неравномерность финансирования по регионам:

разница в стоимости койко-дня в психиатрических организациях по регионам составляла до 4 раз, в наркологических организациях до 5.

Аналогичная ситуация наблюдалась в амбулаторном лекарственном обеспечении лекарственными препаратами больных (разница в финансировании до 7,5 раз).

При расчете затрат на оказание наркологической помощи на одного жителя разница по регионам составляла до 5 раз, амбулаторная психиатрическая служба финансировалась в зависимости от количества посещений, где отмечалась разница более чем в 2 раза.

С 2019 года центры психического здоровья начали финансироваться по комплексному тарифу на медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, оплата которых осуществляется на одного больного ЦПЗ в месяц, зарегистрированного в Регистрах психических и наркологических больных.

На сегодняшний день комплексный тариф варьирует от 11950,15 тенге (Туркестанская область) до 20763,28 тенге в Западно-Казахстанской области.

Общий объем финансирования помощи в области психического здоровья вырос в 1,7 раза – с 24,2 млрд. тенге в 2017 г. до 40,4 млрд. тенге в 2021 году.

Комплексным планом по борьбе с наркоманией и наркобизнесом на 2023-2025 годы предусмотрены модернизация, капитальный ремонт и строительство региональных центров психического здоровья с обеспечением их современным оборудованием, а также проведение модернизации и капитального ремонта РНЦПЗ (г. Алматы), филиала РНЦПЗ (г. Павлодар) и отделения медико-социальной реабилитации «АСАР».

Выводы и рекомендации

Вызовом и угрозой сегодняшнего дня является рост употребления и распространения синтетических наркотиков, особенно среди молодежи.

Профилактика суицидов среди населения, в том числе среди несовершеннолетних, буллинг, игромания также требуют комплексного подхода и эффективного межведомственного взаимодействия.

Решение вышеуказанных актуальных проблем являются основными задачами и вызовами, стоящими перед службой охраны психического здоровья Республики.

Вместе с тем будет необходимо продолжить работу по улучшению доступности и качества оказания медицинской помощи лицам с ментальными расстройствами, повышению профессионального уровня врачей, оказывающих психиатрическую и наркологическую помощь

Пациенториентированная модель оказания помощи в области психического здоровья является эффективным инструментом повышения качества и доступности услуг, отвечающих потребностям пациентов, интересам специалистов и целям руководителей. И в этой части службе предстоит проделать большой объем работы.

Интеграция службы охраны психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь стала основной стратегией, принятой в целях смены парадигмы, что в свою очередь послужило катализатором изменений в области организации услуг по охране психического здоровья.

Важным стимулом организационных изменений является изменение модели и потоков финансирования.

Необходимо дальнейшее проведение планомерной работы по повышению доступности и качества медицинских услуг в области психического здоровья, по укреплению ментального здоровья населения и усилению профилактики расстройств психики на ранних этапах, в соответствии с лучшим мировым опытом, в том числе рекомендованным ВОЗ.

Вероятней всего, в ближайшем будущем необходимо кардинально пересмотреть подходы к кадровому обеспечению службы, установив ощутимые мотивационные механизмы.

Проблема ментального здоровья выходит на первый план во всех развитых странах с высоким уровнем ОПЖ, и по мере развития отечественного здравоохранения и приближения к этим показателям данная проблема станет такой же актуальной и востребованной, и к этому необходимо быть готовыми.

Кроме того, проведенные реформы в службе требуют дальнейшего развития, анализа и корректировок, так как реструктуризации такого масштаба всегда нуждаются в постоянной поддержке со стороны государственных и иных органов, в противном случае поставленные задачи могут оказаться недостижимыми.

3.1.3 Скорая медицинская помощь и санитарная авиация

Медицинская авиация обеспечивает оказание и развитие неотложной и экстренной медицинской помощи пациентам в форме медицинской авиации с целью повышения доступности, своевременности и безопасности оказываемых медицинских услуг.

С 1990 года парк воздушных судов сокращался, сокращалось количество местных воздушных линий и было понятно, что экономические возможности страны не позволяют содержать этот один из самых затратоемких видов медицинской помощи.

В период стабилизации и роста экономики в апреле 2011 года на базе Республиканского научного центра неотложной медицинской помощи был создан Республиканский координационный центр по санитарной авиации.

В мае 2012 года на 17-ом заседании Национального Координационного совета по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан было принято решение о выведении Республиканского координационного центра санитарной авиации в отдельное юридическое лицо с отделениями во всех регионах.

В декабре 2012 года постановлением Правительства Республики Казахстан создан Центр, который самостоятельно начал осуществлять вылеты с 02 июля 2013 года.

В настоящее время поставщики транспортных услуг по линии медицинской авиации представлены во всех регионах Республики Казахстан. Отделения медицинской авиации организованы в областных центрах с целью обеспечения постоянной готовности и оперативного управления мобильными бригадами медицинской авиации (далее - МБМА) и являются структурными подразделениями Областных станции скорой/неотложной медицинской помощи. Налажена работа диспетчерской службы, которая выполняет процедуры приема информации от врачей - координаторов отделений медицинской авиации Областных станции скорой медицинской помощи для формирования Оперативной заявки на вылет воздушного судна по линии медицинской авиации.

НКЦЭМ сотрудничает с авиакомпаниями, заключая договора на оказание авиатранспортных услуг с жесткими требованиями. Прежде всего, это касается профессионализма экипажей и времени готовности воздушного судна (ВС) к вылету.

Как говорилось выше, Казахстан имеет 9-ую по размеру территорию при относительно малом количестве населения и этот фактор требует наличия максимально мобильных средств для доставки пациентов из отдаленных регионов в центр. По этой причине медицинская авиация крайне необходима для отрасли.

В этих целях объемы выделяемых средств на службу постоянно увеличиваются. В момент создания службы целевым финансированием из бюджета были закуплены современные вертолеты «Еврокоптер» в количестве 19 единиц (по 1 на каждый регион), создан единый оператор по обеспечению службы воздушным транспортом по линии МЧС в лице АО «Казавиаспас».

Всего, с момента создания службы санитарной/медицинской авиации (*первый вылет осуществлен 12 июля 2011 года*).

С 2012 года осуществлено 22 634 вылета: 2012 г. - 1005, 2013 г. - 1355, 2014 г. - 1875, 2015 г. - 2149, 2016 г. - 2192, 2017 г. - 2210, 2018 г. - 2351, 2019 г. - 2369, 2020 г. - 2185, 2021 г. - 2586, 2022 г. - 2357 вылетов.

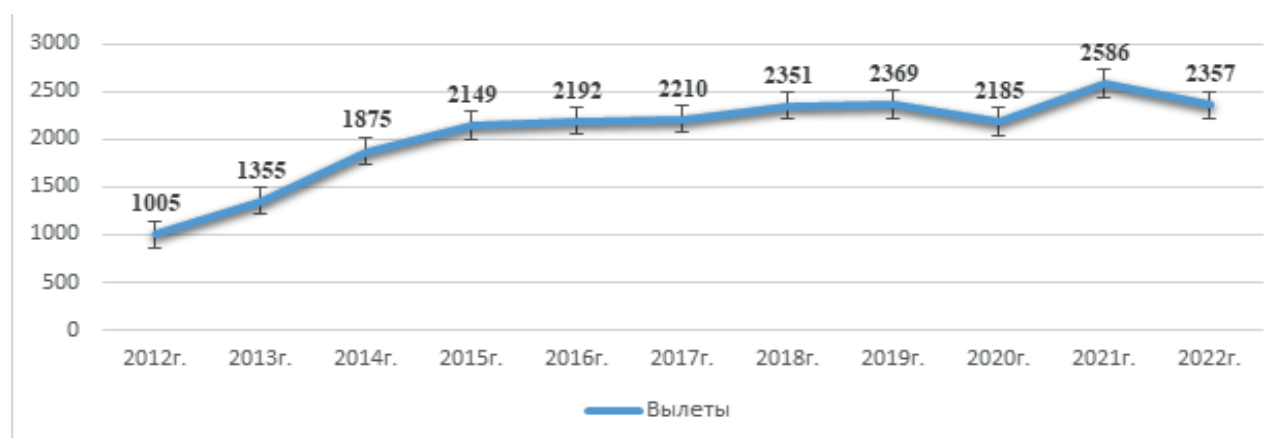


РИСУНОК 56 – ВЫПОЛНЕННЫЕ ВЫЛЕТЫ

За этот период оказана медицинская помощь в форме медицинской авиации 31 399 пациентам, 2012 г. - 1304, 2013 г. - 1756, 2014 г. - 2316, 2015 г. - 2700, 2016 г. - 2691, 2017 г. - 2689, 2018 г. - 2586, 2019 г. - 3104, 2020 г. - 3833, 2021 г. - 3950, 2022 г. - 4420 пациентов.

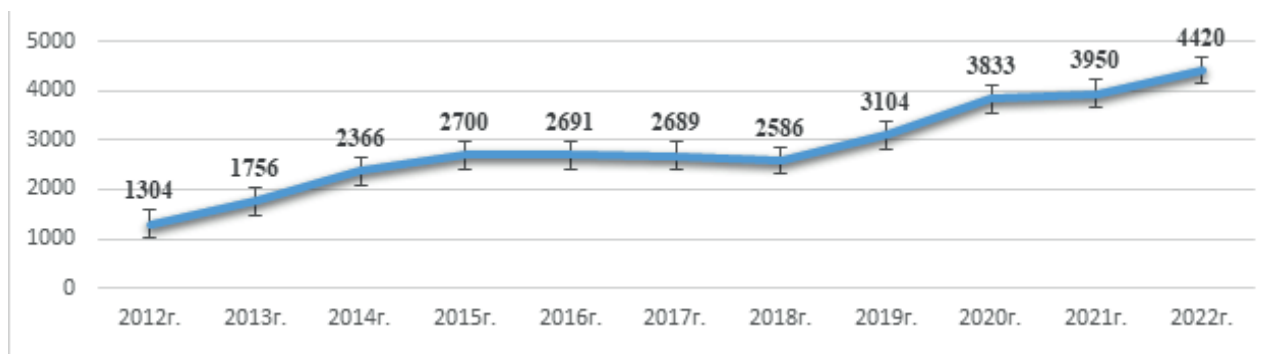


РИСУНОК 57 – КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ, ОБСЛУЖЕННЫХ ПО ЛИНИИ МЕДИЦИНСКАЯ АВИАЦИЯ

Мобильной бригадой медицинской авиации организовано 34 755 медицинских услуг, из них: 21 936 – транспортировано, 4 283 организовано очных консультации и 1 732 пациентам проведено операции.



РИСУНОК 58 – МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

По линии медицинской авиации для транспортировки пациентов из зарубежных медицинских клиник в соответствующую медицинскую организацию республики для продолжения дальнейшего лечения выполнено 109 вылетов (Российская Федерация (23), Турция (26), Южная Корея (10), Тайланд (9), Киргизия (5), ОАЭ (4), США (4), КНДР (4), Чехия (2), Германия (4), Грузия (2), Египет (2), Швейцария, Индия, Сингапур, Монголия, Индонезия, Белоруссия, Украина, Польша, Дания, Филиппины, Италия, Израиль, Белоруссия).

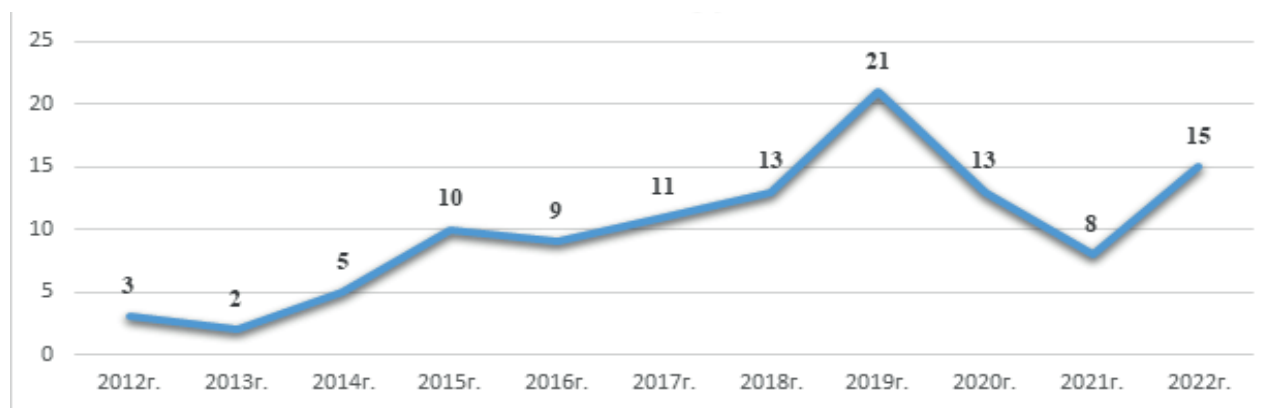


РИСУНОК 59 – ВЫЛЕТЫ ЗА РУБЕЖ

Также, выполнен 81 вылет для транспортировки специалистов по изъятию донорских органов, в том числе перевозка биоматериалов, из них, 2015 г. – 16, 2016 г. – 17, 2017 г. – 22, 2018 г. – 8, 2019 г. – 6, 2020 г. – 2 и один биоматериал, 2021 г. – 4, 2022 г. – 5.

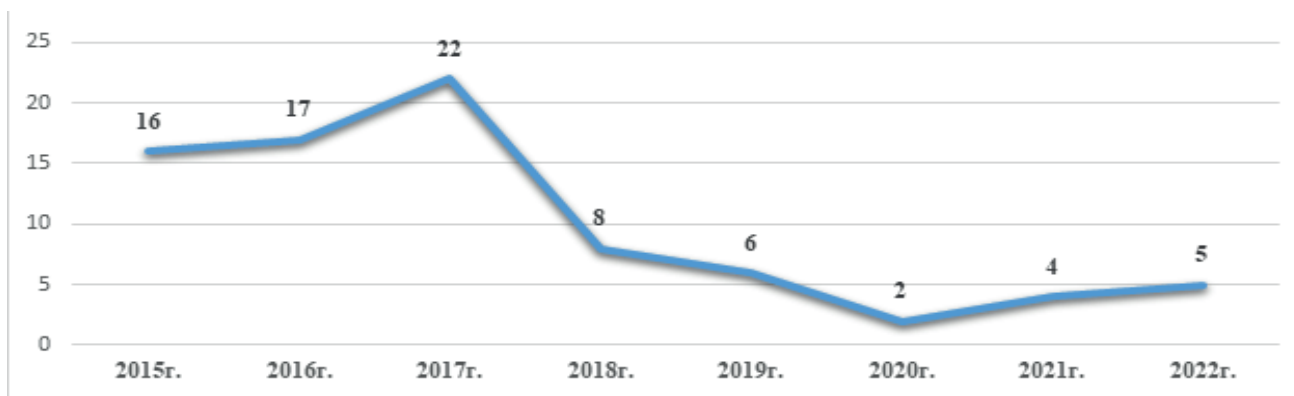


РИСУНОК 60 – ВЫЛЕТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ИЗЪЯТИЮ ДОНОРСКИХ ОРГАНОВ

С целью развития дистанционных медицинских услуг, повышения качества и эффективности управленческих решений, предотвращения и устранения кризисных и чрезвычайных ситуаций, оперативного анализирования, моделирования, прогнозирования развития ситуаций в 2018 году на базе НКЦЭМ создан Ситуационный Центр. С момента открытия Ситуационного центра проведено **6966** дистанционных медицинских услуг.

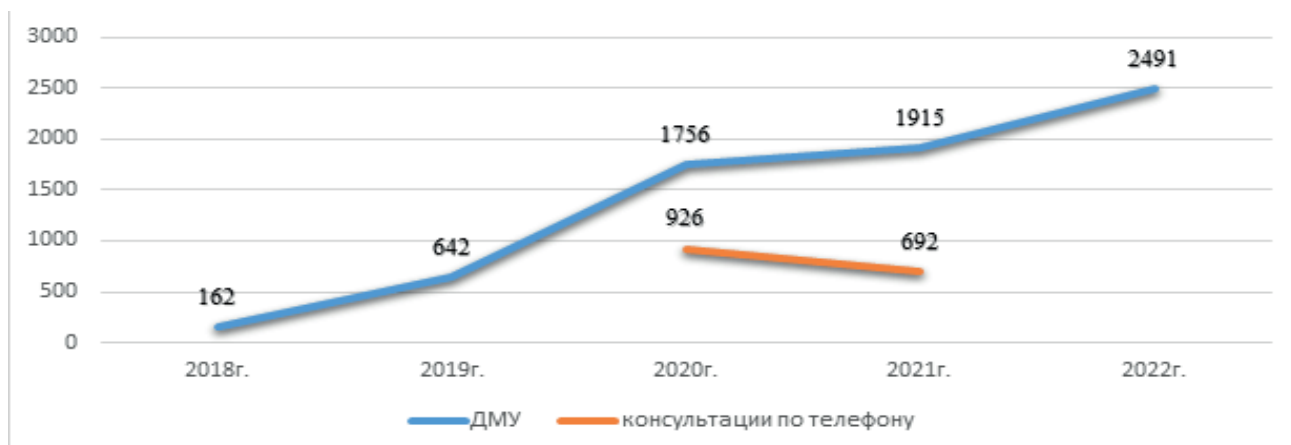


РИСУНОК 61 – ДИСТАНЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

В настоящее время Ситуационный центр НКЦЭМ представляет круглосуточный мониторинг пациентов в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, находящихся в отделениях реанимации стационаров РК.

В структуре причин вызовов медицинской авиации:

- на первом месте – патология детского возраста 7534 (23 %);
- на втором – неотложные состояния в акушерской практике 5392 (16,5 %);
- на третьем месте – болезни системы кровообращения 4766 (14,6 %);
- на четвертом – патология новорожденных 4420 (13,5 %);
- на пятом – травмы, несчастные случаи и отравления 3647 (11,1 %);
- далее пациенты с прочими патологиями – 3145 (9,6 %) (ХОБЛ, ЖКТ, неврологические, эндокринологические, инфекционные, хирургические и др.);
- далее пострадавшие от ДТП – 2495 (9,6 %);

В период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 специалистами Ситуационного центра НКЦЭМ оказывалась консультационная поддержка медицинских специалистов всех медицинских учреждений РК, в которых находились **1316** пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Совершенствование оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан

В 2017 году в рамках новой концепции развития скорой медицинской помощи (далее – СМП) проведена централизация – объединенная служба СМП, в структуру которой вошли областные (городские) станции СМП, районные отделения СМП и отделения медицинской авиации. Данная норма позволила обеспечить единое юридическое управление службой СМП, единый контроль и аудит за работой медицинского оборудования, централизованное обеспечение медицинским оборудованием и лекарственными препаратами, единую автоматизированную систему управления вызовами, а также обучение медицинских работников СМП всех уровней.

Централизация позволила решить ряд важных проблем, а именно:

- создать единые диспетчерские службы,
- исключить нецелевое использование санитарного автотранспорта,
- улучшить своевременность доезда и оказания медицинской помощи,

Таким образом, на сегодняшний день служба СМП в Республике Казахстан представлена 20 самостоятельными станциями, 103 городскими подстанциями и 288 районными отделениями.

Модернизация службы скорой медицинской помощи обусловила создание двухуровневой системы оказания неотложной медицинской помощи, применение дифференцированного подхода к оказанию скорой и неотложной медицинской помощи и внедрение единой информационной системы управления вызовами в регионах.

В рамках реформы вся служба перешла на единый стандарт обслуживания по 4 категориям срочности, вместо существовавших ранее 6 категорий.

Пациентам с хроническими заболеваниями при отсутствии непосредственной угрозы жизни оказывается неотложная медицинская помощь фельдшерскими и врачебными бригадами организаций первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП).

Таким образом, основные силы службы скорой медицинской помощи были направлены на состояния и заболевания, требующих экстренной медицинской помощи, обеспечено улучшение показателя времени доезда бригад скорой медицинской помощи, что позволило снизить долю вызовов, обслуженных с опозданием, увеличить качественные показатели СМП – наблюдается снижение показателей опозданий, догоспитальной смертности в присутствии бригад СМП и увеличение показателей обучения сотрудников навыкам оказания экстренной помощи и успешной реанимации.

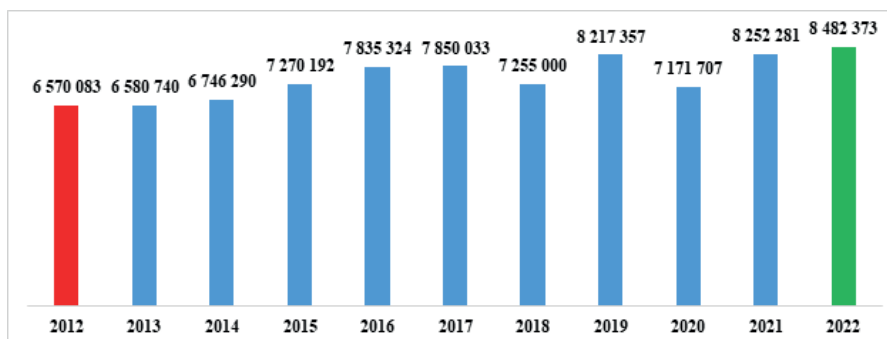


РИСУНОК 62 – КОЛИЧЕСТВО ВЫЗОВОВ СМП ЗА ПЕРИОД 2012 - 2022 ГГ.

Отмечается значительное увлечение вызовов на 103 в сравнении 2012 и 2022 годов (на 1 912 290 вызовов).

Вместе с тем, отмечается снижение количества вызовов, обслуженных с опозданием, за 2022 год данный показатель в стране составил 3,3% от общего количества вызовов, что ниже на 4,9% показателя 2015 года (8,2%).

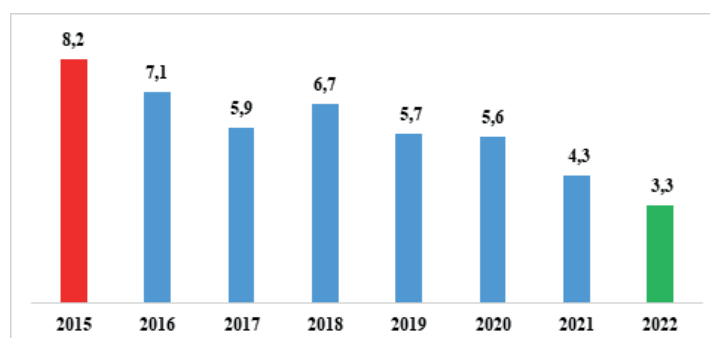


РИСУНОК 63 – ДОЛЯ ОПОЗДАНИЙ СМП ЗА ПЕРИОД 2013–2022 ГГ. (%)

Показатель догоспитальной смертности в присутствии бригад СМП во многом зависит от эффективности работы службы медицинской авиации, ССМП и приемных отделений, их преимущества: это и своевременный доезд бригады, качество оказания медицинских услуг, лекарственное обеспечение и медицинское оборудование приемных отделений.

По итогам 2022 года доля догоспитальной летальности в присутствии бригад СМП по республике составила 2,1%, что на 3,0% ниже показателя 2015 года.

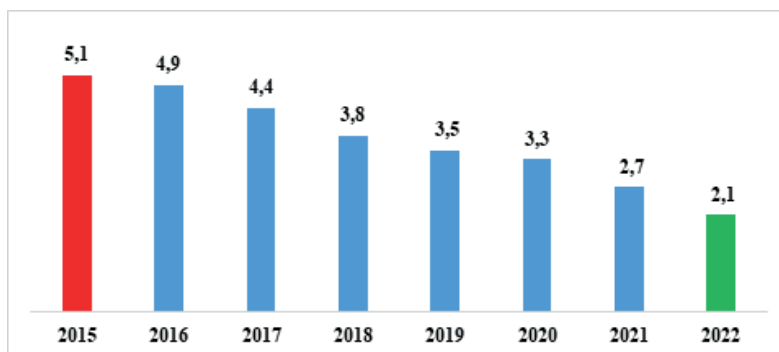


РИСУНОК 64 – СТРУКТУРА ДОГОСПИТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В ПРИСУТСТВИИ БРИГАД СМП ЗА ПЕРИОД 2015 - 2022 ГГ. (%)

Повсеместное обучение сотрудников службы скорой медицинской помощи международным стандартам оказания скорой помощи (BLS, ACLS, PALS, PHTLS) сертифицированными тренерами привело к значительному росту показателя успешной реанимации. Так, по итогам 2022 года отмечается рост успешной реанимации на 13,4% в сравнении с аналогичным периодом 2015 года.

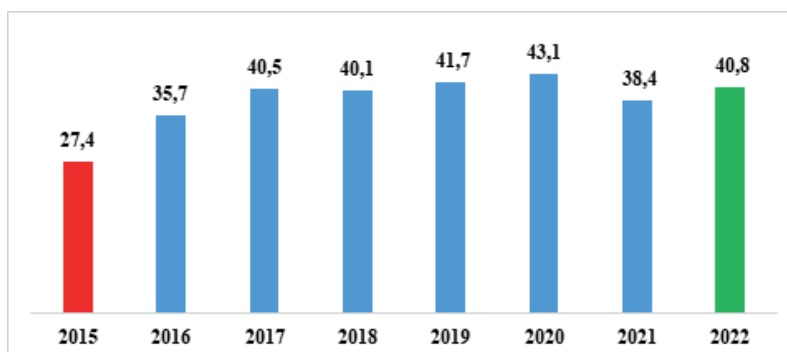


РИСУНОК 65 – ПОКАЗАТЕЛЬ УСПЕШНОЙ РЕАНИМАЦИИ

По итогам 2022 года обеспеченность санитарным автотранспортом по республике составила 100% (2017 г. – 98%), при этом износ транспорта все еще составляет – 33%.

Внедрена система GPS-навигации транспорта скорой медицинской помощи, что позволило обеспечить эффективное использование санитарного автотранспорта. Показатель оснащенности GPS-навигации по Республике Казахстан составил 100%, что на 25% выше показателя 2017 года.

Оснащенность станций скорой медицинской помощи медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения в соответствии с утвержденными стандартами, составила по республике 100%.

В работе служб применяется новое оборудование, препараты и даже новые методы оказания медицинской помощи пациентам.

В областных станциях скорой помощи открыты единые централизованные Call-центры. Все вызовы скорой помощи поступают в этот центр, откуда поступившие вызовы диспетчер станции СМП посредством автоматизированной системы управления передает вызовы фельдшерским и врачебным бригадам станции СМП или отделениям СМП при организации первичной медико-санитарной помощи.

С целью повышения качества скорой медицинской помощи внедрена новая система обучения специалистов службы навыкам оказания неотложной медицинской помощи в соответствии с международными стандартами.

С 2017 по 2020 годы в рамках исполнения пунктов Дорожной карты по совершенствованию организации оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан проведено масштабное обучение специалистов скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи при первичной медико-санитарной помощи и приемных отделений медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь по международным стандартам:

Также, в целях совершенствования деятельности приемных отделений медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь в новом формате, с проведением медицинской сортировки по триаж-системе.

Основные функции приемного отделения (Emergency department):

- оказание помощи пациента с состояниями, угрожающими их жизни;
- оказание неотложной медицинской помощи в круглосуточном режиме;
- обеспечение своевременной, эффективной, экстренной и неотложной медицинской помощи;
- поддержание связи и взаимодействие с правоохранительными органами и службами ЧС при чрезвычайных ситуациях;
- обеспечение готовности к аварийным ситуациям и массовым жертвам.

Согласно утвержденным Правилам, при поступлении пациента в приемное отделение в экстренном порядке проводится медицинская сортировка, в ходе которой пациенты подразделяются на 3 группы:

- первая группа (красная зона) – пациенты, состояние которых представляет непосредственную угрозу жизни или имеющие высокий риск ухудшения и требующие экстренной медицинской помощи;
- вторая группа (желтая зона) – пациенты, состояние которых представляет потенциальную угрозу для здоровья или может прогрессировать с развитием ситуации, требующей экстренной медицинской помощи;
- третья группа (зеленая зона) – пациенты, состояние которых не представляет непосредственной угрозы для жизни и здоровья и не требует госпитализации.

Внедрение системы триажа позволило получить следующие результаты:

- сортировка пациентов не по профилю (хирургические, терапевтические, травматологические, гинекологические и др.), а по тяжести состояния;
- оказание экстренной медицинской помощи по широкому спектру профилей состояний за счет территориальной целостности отделений;
- обеспечение круглосуточной доступности диагностики экстренных патологических состояний.

В результате внедрения нового формата приемных отделений, сократилось время ожидания пациентом экстренной медицинской помощи. До внедрения время ожидания экстренной медицинской помощи пациентом составляло 39,1 минут. После внедрения:

- пациентам в красной зоне медицинская помощь оказывается незамедлительно;
- пациентам в желтой зоне – до 15 минут;
- пациентам в зеленой зоне – до 30 минут.

Таким образом, пациенты могут получать экстренную медицинскую помощь круглосуточно вне зависимости от профиля и тяжести состояния.

3.1.4 Первичная медико-санитарная помощь

В рамках государственных программ развития здравоохранения развитие ПМСП всегда имело приоритетное направление.

За 2012 – 2023 годы в республике был значительно укреплен институт общеврачебной практики, разработаны и внедрены правила по динамическому наблюдению хронических неинфекционных заболеваний, профилактических осмотров населения для выявления ранних форм заболеваний, медицинской реабилитации и паллиативной помощи.

Основой деятельности организаций ПМСП стал принцип Семейной медицины во главе с Врачом общей практики. Эти цели были отражены в Государственных программах «Саламатты Қазақстан 2011-2015», «Денсаулық 2016-2019», где были определены поэтапные шаги по выведению ПМСП из консультативно-диагностического блока поликлиник, давая тем самым им полную самостоятельность. Концепция развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года содержит принципы преемственности проведенной работы, и определяет дальнейшие шаги по совершенствованию организации медицинской помощи, включая ПМСП. Одновременно с этим проводилось поэтапное увеличение финансирования ПМСП,

которое в настоящее время составляет 55% от общих расходов на здравоохранение. Согласно поручению Главы государства, выделение средств на ПМСП должно составить 60% от общего финансирования отрасли к 2025 году.

Концепция развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года предусматривает:

- дальнейший переход ПМСП на социальную ориентированность и усиление деятельности в селах путем обеспечения отдаленных регионов фельдшерско-акушерскими пунктами и врачебными амбулаториями, усиление транспортной медицины;
- развитие дистанционных услуг;
- строительство и модернизацию крупных современных больниц, и обновление инфраструктуры медицинских организаций, в том числе университетских клиник, а также инфекционных стационаров;
- трансферт и внедрение новых и инновационных технологий диагностики и лечения заболеваний в рамках государственных и частных инициатив;
- улучшение здоровья женщин и детей;
- развитие методологических центров по основным направлениям отрасли;
- развитие единого цифрового пространства здравоохранения;
- развитие индивидуальной частной практики ПМСП (семейный врач);
- проведение оценки медицинских технологий для принятия решения о включении новых методов диагностики, лечения в пакеты услуг в рамках ГОБМП и ОСМС;
- усиление работы координационных советов профильных клинических служб, основанных на доказательной медицине и объективных, специфичных для конкретной службы индикаторах качества медицинской помощи.

На 01.01.2022 год инфраструктура организаций ПМСП включает в себя самостоятельные организации амбулаторно-поликлинического обслуживания (АПО), центры ПМСП в составе больничных организаций, врачебные амбулатории, фельдшерско-акушерские и медицинские пункты.

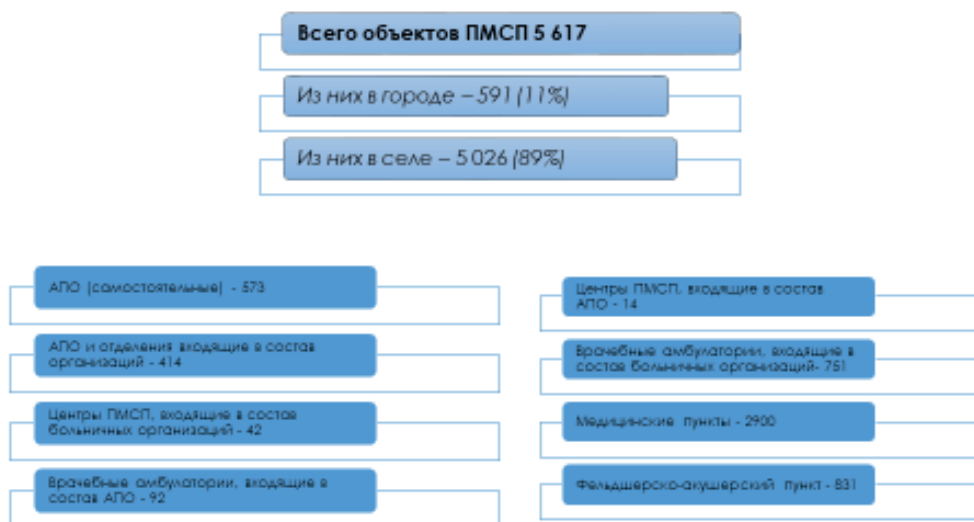


РИСУНОК 66 – СТРУКТУРА ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПМСП

Организации ПМСП функционируют как самостоятельные центры, так в составе многопрофильных медицинских организаций, оказывающих амбулаторные и поликлинические услуги (АПО). Среди поставщиков ПМСП есть как государственные (57%), так и частные (43%) организации.

Результатом перехода на семейный принцип обслуживания стала подготовка врачей общей практики (ВОП), так за период с 2017 -2022 годы количество участков ВОП выросло в 2 раза (рис. 67).

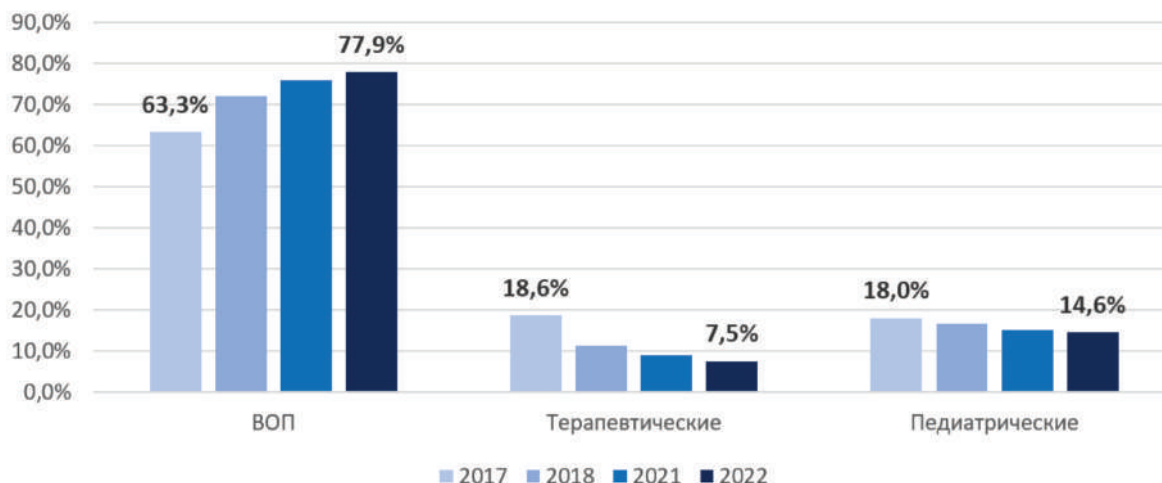


РИСУНОК 67 - ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ВРАЧЕБНОГО ПРИЕМА УЧАСТКОВОЙ СЛУЖБЫ 2017-2022

Количество прикрепленного населения в городе и селе составляет 12 209 302 и 7 557 505 человек соответственно. Совершенствование нормативно-правовой базы обеспечило снижение прикрепленного населения на 1 участок с 1903 до 1818 за период 2018-2022 годы. Количество участков было увеличено на 25,4 %, что снизило нагрузку на участкового врача – 1818 человек на 1 ВОП в среднем (рис. 68).

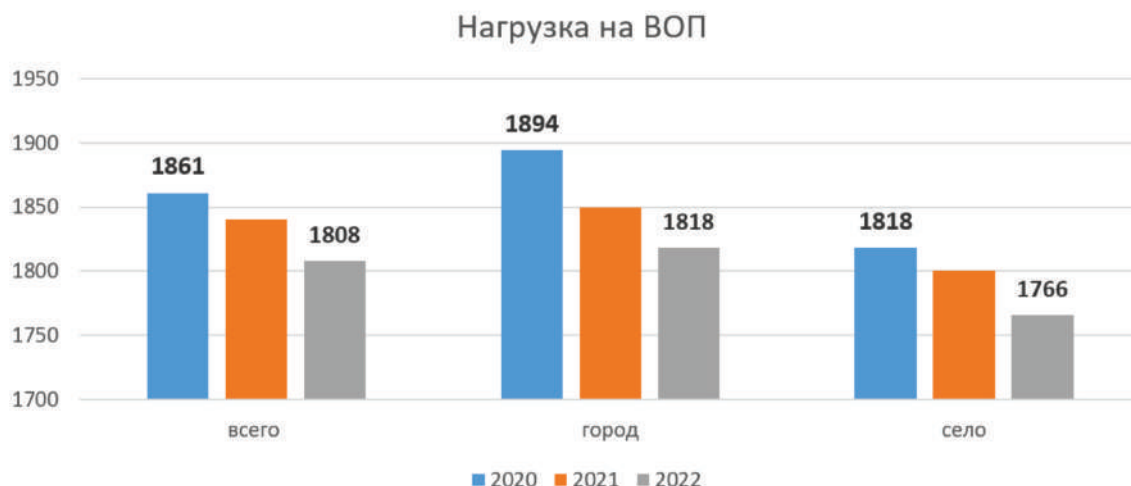


РИСУНОК 68 – ДИНАМИКА НАГРУЗКИ НА ОДНОГО ВОП

Организации ПМСП осуществляют лечебно-диагностические и профилактические мероприятия, имеют в своем составе участковую службу; подразделение/кабинет социально-психологической поддержки; службу поддержки пациента. Основными направлениями деятельности организаций ПМСП являются динамическое наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, профилактические скрининг-осмотры населения для выявления ранних форм заболеваний, социально-психологическая поддержка.

За 2012 - 2022 годы разработаны и реализованы такие проекты, как скрининговые профилактические осмотры, программа управления заболеваниями, интегрированное ведение болезней детского возраста, универсальная прогрессивная модель патронажа. Данные программы позволили значительно увеличить охват населения медицинскими услугами и способствовали началу формирования нового мышления граждан, направленного на профилактику.

Проведен пересмотр нормативно-правовых актов, регулирующих деятельность ПМСП. Совершенствование Стандарта оказания ПМСП определило роль ПМСП в поддержании не только физического, но и духовного здоровья, с акцентом на деятельность мультидисциплинарных команд клинических и неклинических специалистов.

Количество посещений организаций ПМСП в период с 2019 по 2022 год увеличилось на 14,4% (с 72583,2 тыс. в 2019г. до 83017,8 тыс. в 2022г.), при этом в 2021 году отмечалось увеличение посещений, как в медицинские организации, так и на дому. Наибольшее число посещений сельского населения врачами ПМСП отмечено также в 2021 году – рост до 40157,8 посещений (тыс.).

В 2022 году наблюдалось снижение числа посещений в сельской местности с 40157,8 в 2021г. до 37334,2 и на дому с 11741,0 в 2021г. до 9492,6. Однако, число посещений у врачей в организациях ПМСП в 2022 году сохраняет тенденцию роста, с 2019 года этот показатель увеличился на 14,4% (с 72583,2 тыс. в 2019г. до 83017,8 тыс. в 2022г.).

За период 2022 года АПО оказали 137,1 млн услуг, среди которых большую часть составляют услуги профилактического направления (61,7%) (Таблица 16).

ТАБЛИЦА 16 – КОЛИЧЕСТВО УСЛУГ, ОКАЗАННЫХ АПО ЗА 2022 ГОД

РЕГИОНЫ	ЧИСЛО ПОСЕЩЕНИЙ ВРАЧЕЙ, ВКЛЮЧАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ	ЧИСЛО ПОСЕЩЕНИЙ ПАЦИЕНТАМИ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ	ЧИСЛО ПОСЕЩЕНИЙ ВРАЧАМИ НА ДОМУ
РК	84646190	42868160	9609392
АБАЙСКАЯ	2671971	1418238	324312
АКМОЛИНСКАЯ	3934306	2114107	312512
АКТЮБИНСКАЯ	4413060	2345139	374126
АЛМАТИНСКАЯ	8221777	4106762	1271927
АТЫРАУСКАЯ	2585757	1228743	392787
ВКО	2347492	1372290	180972
ЖАМБЫЛСКАЯ	5555538	2530231	457704
ЖЕТЫСУСКАЯ	4270064	1553119	287163
ЗКО	3082045	1759291	239942
КАРАГАНДИНСКАЯ	4175171	2298894	807306
КОСТАНАЙСКАЯ	2966418	1822862	293716
КЫЗЫЛОРДИНСКАЯ	3827715	1581356	516311
МАНГЫСТАУСКАЯ	2659666	1151438	203769
ПАВЛОДАРСКАЯ	2320842	1491864	299507
СКО	1978442	1193900	123953
ТУРКЕСТАНСКАЯ	10959533	4516068	1286920
УЛЫТАУСКАЯ	527077	258811	77324
Г.АЛМАТЫ	9749929	4997165	1149391
Г.АСТАНА	4958036	3206640	641822
Г.ШЫМКЕНТ	3441351	1921242	367928

Участковый принцип обслуживания подразумевает, что лидером является врач – врач общей практики/терапевт/педиатр, с которым работают три медсестры, в том числе одна медицинская сестра расширенной практики. Кроме того, в штате организации ПМСП работают социальные работники и психологи. Клинические и неклинические специалисты работают в составе мультидисциплинарной команды, что способствует целостному подходу при учете потребностей пациента. Создание мультидисциплинарных команд (МДК) явилось ключевой моделью оказания ПМСП, а их деятельность ярко проявилась в период пандемии COVID-19

2020-2021 года. Участковая служба, совместно с социальными работниками и психологами, внесли значительный вклад в поддержание ментального здоровья граждан во время санитарно-эпидемиологических ограничений, проводили динамическое наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями на дому, а также значительно вырос объем дистанционных услуг.

Динамическое наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями усилено ведением Программы Управления заболеваниями (ПУЗ) по трем нозологиям: артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, хроническая сердечная недостаточность. Работу по ПУЗ также осуществляет мультидисциплинарная команда, где помимо лечебно-диагностических услуг, оказывает социальную и психологическую поддержку. Такой подход обеспечивает целостность ведения пациента, с индивидуальным определением его потребностей, обучением пациента управлению своим здоровьем. За время проведения ПУЗ, имеет место снижение экстренной госпитализации на 5-9% по наблюдаемым нозологиям.

Продолжается работа над повышением качества оказываемых услуг, отдельно выделены рекомендации по дальнейшему созданию Центров Лучших Практик (ЦЛП) - организаций с усиленными процессами по выявлению ранних стадий заболеваний, в том числе онкологических, повышению медицинской грамотности и ответственности за свое здоровье у населения. В настоящее время функционируют 17 ЦЛП, планируется, что к 2024 году количество ЦЛП увеличится до 48 объектов.

В ЦЛП активно ведут работу мультидисциплинарные команды, значительный акцент уделяется ментальному здоровью населения. Помимо оказания услуг по Программе управления заболеваниями и Универсальной прогрессивной модели патронажа, в ЦЛП функционируют служба социально-психологической поддержки, а также учебно-тренинговые центры. Особое внимание уделяется детям и подросткам, для чего в ЦЛП функционируют молодежные центры здоровья, оказывающие услуги по сохранению и укреплению психологического и репродуктивного здоровья молодых людей. За период 2019-2022 годы количество центров здоровья увеличилось до 191, из них 124 в городах, 67 в сельской местности. Количество услуг в молодежных центрах здоровья за указанный период увеличилось в 3 раза и достигло 728 тысяч.

Учитывая географические особенности страны, имеется неравномерное распределение услуг ПМСП между городом и селом. Так, количество организаций ПМСП в городах составляет - 1132 объекта, где количество прикрепленного населения составляет в среднем от 10 тыс. до 100 тыс. человек, и 5022 объекта на селе, где в среднем обслуживается 1505 человек. Кроме того, расстояние до медицинской организации на селе не всегда позволяет выдержать принцип «шаговой доступности» медицинских услуг. Для обеспечения равного доступа к медицинским услугам принят пилотный национальный проект «Модернизация сельского здравоохранения», в рамках которого будут введены дополнительно 655 объектов ПМСП и модернизированы 32 многопрофильные центральные районные больницы.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «МОДЕРНИЗАЦИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»



РИСУНОК 69 – НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «МОДЕРНИЗАЦИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Введение системы обязательного медицинского страхования (ОСМС) позволило в 1,5 раза увеличить финансирование службы ПМСП. В настоящее время, в рамках ОСМС выделяются средства для оплаты услуг специализированной медицинской помощи. Динамика финансирования показана на рисунке.

Расходы на ПМСП, млрд. тг.

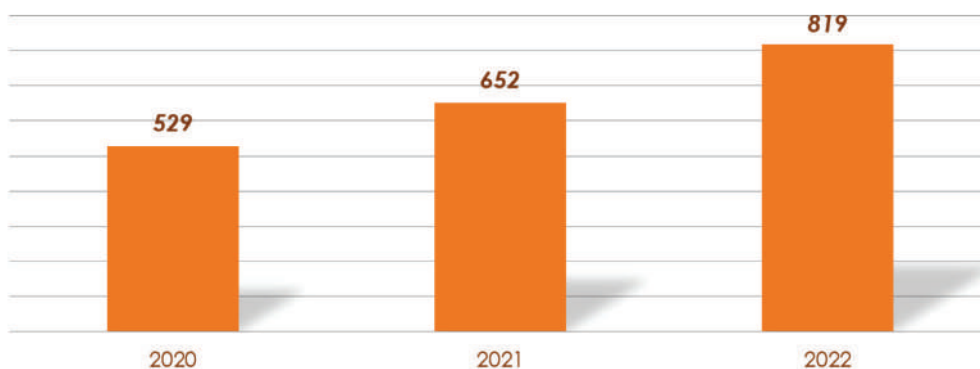


РИСУНОК 70 – ДИНАМИКА РАСХОДОВ НА ПМСП

Отмечается рост заработной платы сотрудников ПМСП, в том числе, за счет системы поощрения. В настоящее время, действует система расчета - стимулирующий компонент подушевого норматива, который рассчитывается по индикаторам процесса (21) и индикаторам результата (7).

Рост заработной платы участковой службы

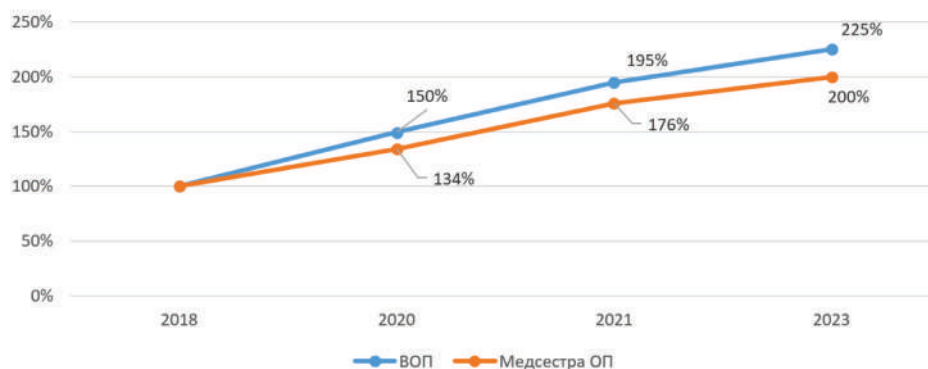


РИСУНОК 71 – ДИНАМИКА РОСТА ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ УЧАСТКОВОЙ СЛУЖБЫ

Одним из вызовов для службы ПМСП остается изношенный фонд зданий, составляющий коэффициент 56,4 по республике, с наиболее выраженным коэффициентом изношенности в СКО, и менее всего по г. Астана (рис. 72).

Уровень износа зданий медицинских организаций

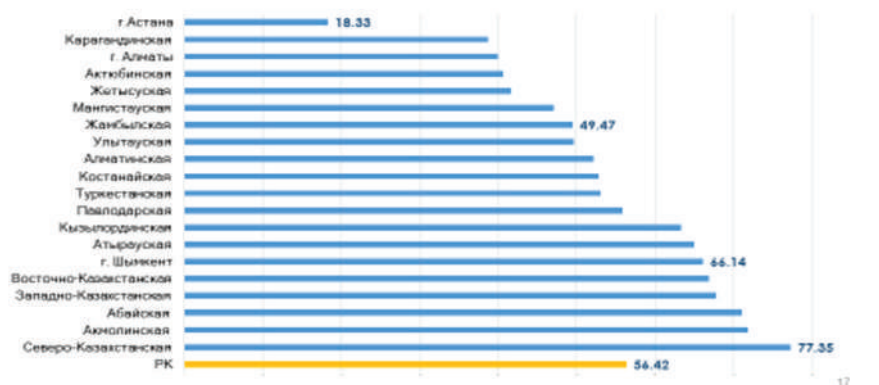


РИСУНОК 72 – КОЭФФИЦИЕНТЫ ИЗНОШЕННОСТИ ЗДАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Для решения проблемы проводятся следующие мероприятия:

- 1) Согласно Закону «Об объемах трансфертов общего характера между республиканским и областными бюджетами, бюджетами городов республиканского значения, столицы на 2023-2025 годы» от 01.12.2022, выделены средства для закупок оборудования в регионы – аппараты УЗИ, флюорографы, ЛОР-комбайны, комплексы суточного мониторинга;
- 2) Согласно Национальному проекту «Модернизация сельского здравоохранения» от 30.11.2022 года, проводится работа по оснащению 32 многопрофильных районных больниц;
- 3) Согласно Комплексному плану по борьбе с онкологическими заболеваниями в РК на 2023 – 2027 годы от 09.02.2023 года, выделены средства для оснащения поликлиник маммографами и видеоэндоскопическим оборудованием.

Кроме того, в рамках Национального проекта «Модернизация сельского здравоохранения», будут возведены здания медицинских организаций для 655 сельских населенных пунктов.

Другим вызовом остается неравномерное распределение услуг ПМСП и консультативно-диагностической службы (КДУ) между городским и сельским населением (таблица 17).

ТАБЛИЦА 17 – РАСПРЕДЕЛЕНИЕ УСЛУГ ПМСП И КДУ МЕЖДУ ГОРОДСКИМ И СЕЛЬСКИМ НАСЕЛЕНИЕМ

2022 ГОД	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	КОЛИЧЕСТВО ОРГАНИЗАЦИЙ (ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ), ОКАЗЫВАЮЩИХ ПМСП	ПЛОТНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИЙ ПМСП (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)	КОЛИЧЕСТВО ОРГАНИЗАЦИЙ (ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ), ОКАЗЫВАЮЩИХ КДУ	ПЛОТНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИЙ КДУ (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)
ГОРОД	12 209 302	591	4,84	1 163	9,5
СЕЛО	7 557 505	5 026	66,5	183	2,4

Неравенство обусловлено сохраняющимся дефицитом профильных специалистов, оказывающих КДУ жителям села. В целом дефицит кадров по службе ПМСП увеличивается ежегодно на 3 %.

С учетом географических и демографических особенностей Казахстана, для усиления доступности медицинской помощи, действует мобильная служба, представленная передвижными медицинскими комплексами (ПМК), медицинским поездом, службой санитарной авиации. Для доставки консультативно-диагностической помощи отдаленным сельским районам, за 2022 год ПМК было охвачено 1 889 населенных пунктов.

Кроме того, усовершенствована нормативно-правовая база по оказанию дистанционных услуг, количество которых значительно возросло (в 4,7 раза) (рис. 73).



РИСУНОК 73 – СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ МОБИЛЬНЫМИ СЛУЖБАМИ И ПОСРЕДСТВОМ ДИСТАНЦИОННЫХ УСЛУГ

Выводы и рекомендации

Анализ проведенных реформ в системе в рамках государственных программ, показывает, что ПМСП всегда была в центре внимания и практически во всех реформах изменения касались именно этой службы.

Однако, несмотря на все изменения, сделать ПМСП центральным звеном оказания медицинской помощи населению до сих пор не удалось, чему препятствовал ряд субъективных и объективных причин.

Несмотря на постоянно увеличивающееся финансирование службы, доля ПМСП все еще остается низкой по сравнению со стационарным сектором и регламентированные цифры в 60% от общих расходов на медицину так и не были достигнуты.

Эти и другие проблемы все еще не позволяют переместить акцент с дорогостоящей стационарной помощи на амбулаторную.

Казахстан сделал заметный шаг в сторону развития конкуренции в данном секторе и уже сегодня доля частных поставщиков ПМСП заметно выше государственного сектора.

Благодаря изменению тарифной политики и внедрению системы ОСМС, населению стали гораздо доступней многие виды амбулаторных услуг, особенно в части получения дорогостоящих видов как КТ, МРТ, ПЭТ и других.

Развитие ГЧП позволило передать многие виды услуг в конкурентную среду, что дало мощный толчок к развитию частного сектора и стало весьма заметно в лабораторной, стоматологической службе и в секторе оказания гемодиализных услуг, где роль государственного сектора практически сведена до минимума.

Стало быть, что ПМСП все еще нуждается в дальнейшем совершенствовании и развитии. И в этом плане, принимаемые меры по укреплению сельского здравоохранения должны стать пусковым этапом развития ПМСП.

Однако, это потребует концептуального изменения многих подходов к оказанию ПМСП, что станет одной из главных задач отрасли в ближайшей перспективе.

3.1.5 Специализированная и высокоспециализированная медицинская помощь

3.1.5.1 Развитие кардиологической и кардиохирургической служб

Развитие кардиологической и кардиохирургической помощи населению Республики Казахстан является приоритетным направлением отечественного здравоохранения.

Так, в 2006 году в Казахстане кардиохирургическая помощь осуществлялась лишь в 3 организациях здравоохранения. К настоящему времени, в стране такие медицинские услуги населению осуществляются в 34 медицинских организациях.

В рамках государственной программы по развитию кардиохирургии, практически во всех областных центрах, городах Астана и Алматы открыты отделения кардиохирургии и интервенционной кардиологии. За рубежом и в Казахстане прошли подготовку специалисты по направлениям кардиологии, кардиохирургии, кардиореаниматологии, интервенционной кардиологии. Открыт новый кардиохирургический центр на 200 коек в г. Астана.

Благодаря ряду мер по развитию здравоохранения, отечественная кардиохирургическая служба развилась стремительно. Если в 1999 году в стране в год проводилось не больше 100 открытых операций на сердце, то в 2022 году этот показатель достиг уровня свыше 10 000 открытых операций на сердце.

Казахстан входит в список 30 лучших стран по уровню развития кардиохирургии

За 2010-2022 гг. в целом по Республике Казахстан было проведено 931 459 кардиохирургических операций и интервенционных вмешательств, а в сравнении с 2010-2019 гг. динамика количества кардиохирургических операций увеличилась более чем в 10 раз, с 12 363 (2010г.) до 111 438 (2022г.) (рис. 72).

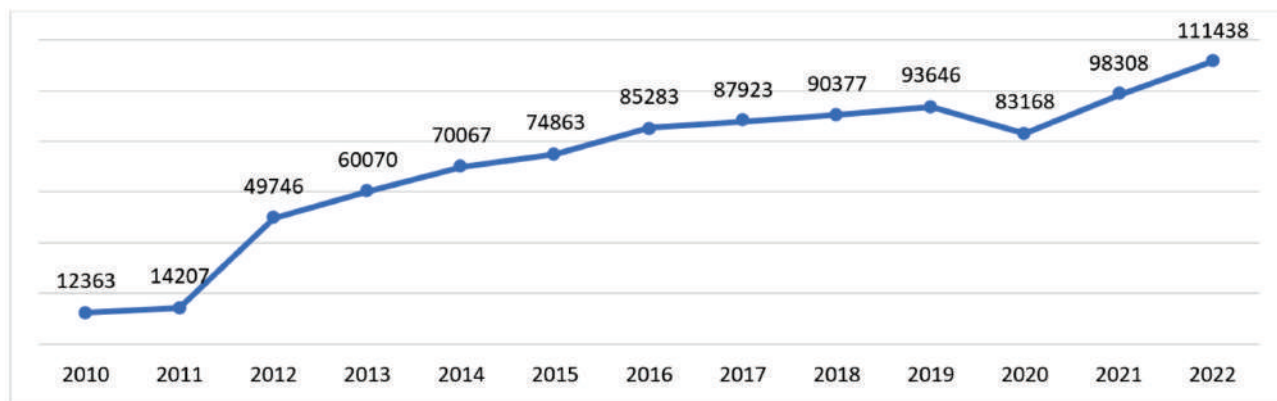


РИСУНОК 74 – ДИНАМИКА КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

За последние 13 лет по Республике Казахстан проведено 163 637 операций на открытом сердце, из них в республиканских медицинских организациях проведено 53 642 операций или 40,3% от общего числа всех операций, в регионах – 79 335 операций или 59,7% от общего числа операций. С 2010 по 2022 гг. динамика количества операций на открытом сердце увеличилась в 2 раза, с 5 731 до 11 318 (рис. 75).

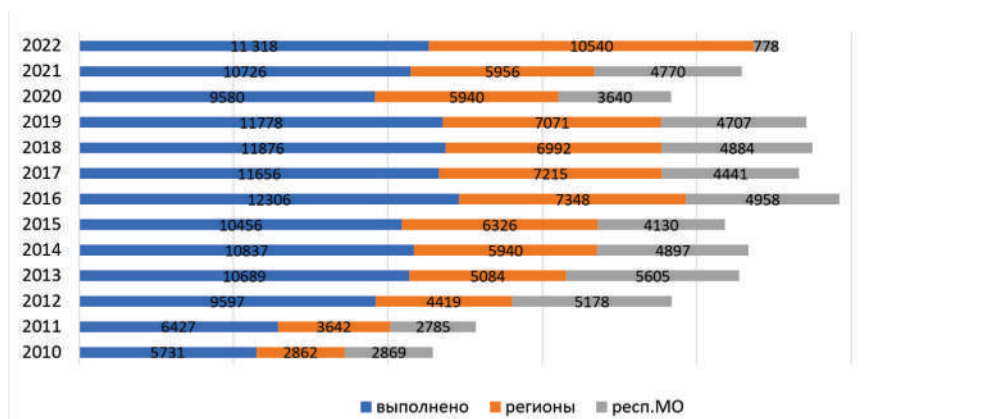


РИСУНОК 75 – КОЛИЧЕСТВО ОПЕРАЦИЙ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ

Количество интервенционных вмешательств в Республике Казахстан за 2010-2022 гг. составило 798 482 операции и исследований. Отмечается рост интервенционных вмешательств в 15,1 раз, с 6632 в 2010 году до 100 120 в 2022 году (рис. 76).

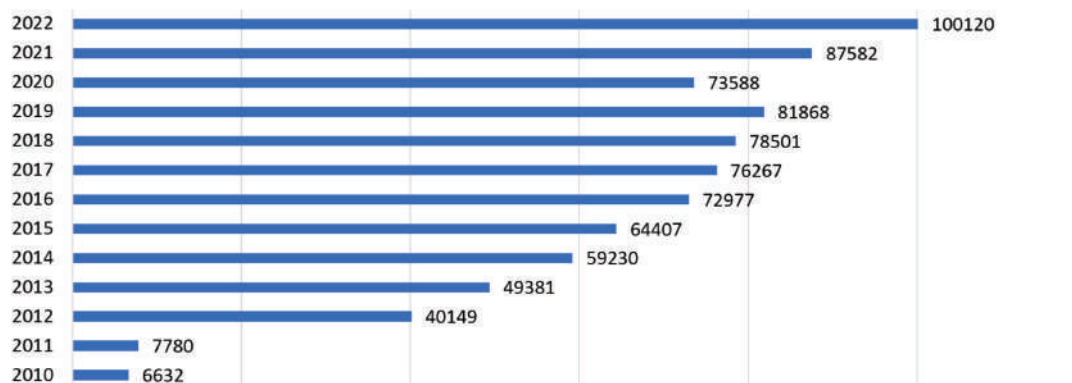


РИСУНОК 76 – КОЛИЧЕСТВО ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

По состоянию на 01 января 2023 г. 42 действующих ЧКВ центров по Республике Казахстан, из которых 22 – центры II уровня, 20 – центры III уровня.

На текущий момент, количество оснащённости ЧКВ центров ангиографическими установками (на республиканском и региональном уровнях) составляет 89 центров, из которых 18 – республиканских и 71 региональных.

Детская кардиохирургия

Основной задачей детской кардиохирургической службы является обеспечение доступности кардиохирургической помощи детям и повышение удовлетворенности населения кардиохирургической помощью.

Развитие детской кардиохирургии повышает шансы на выживание у детей с особо тяжёлыми пороками сердца. Появляется возможность спасти жизнь новорожденного в максимально сжатые сроки. Как правило, после удачно проведенной операции 90% детей, страдающих от того или иного порока сердца, выздоравливают и становятся практически здоровыми.

В период с 2004 по 2015 год детская кардиохирургия в РК развивалась экстенсивно. В начале 2000-х годов в РК была отмечена крайне высокая потребность в операциях на сердце среди детей, что привело к появлению большого числа центров и отделений, оказывающих детскую кардиохирургическую помощь. В РК кардиохирургическую помощь детскому населению оказывают 13 медицинских организаций, при которых развернуты 142 детских кардиохирургических койки, в т.ч. в 4-х республиканских организациях, где развернуты 71 койки.

По данным мировой статистики на 1000 живорожденных детей рождается от 6-8 (в среднем 7) детей с врожденными пороками сердца (далее – ВПС). От 33 до 50% при ВПС являются критическими и требуют оперативного лечения в течение первого года жизни. Из них 50% должны быть прооперированы в период новорожденности. Ежегодно, в РК рождается около 3500 детей с ВПС.

За 2022 год детям при ВПС проведено 1937 операции на открытом сердце, что в 2,2 раза больше уровня 2010 года (2010 г. – 860) (рис. 77).

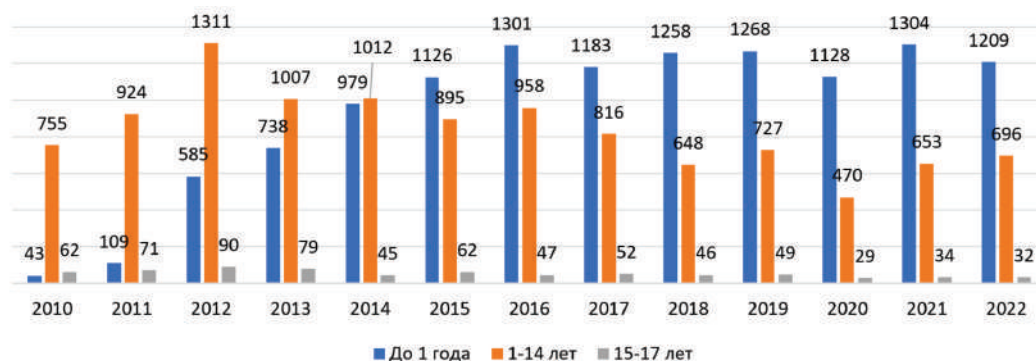


РИСУНОК 77 – КОЛИЧЕСТВО ОПЕРАЦИЙ ДЕТЯМ ПРИ ВПС В РАЗРЕЗЕ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

При ежегодном выполнении плана осмотра пациентов подлежащих скрининговому осмотру, отмечается увеличение в 2022 году на 11,9%, по сравнению с предыдущими годами. Рост количества взятых на «Д» учет увеличился с 85,9% до 87,5% (Таблица 18).

ТАБЛИЦА 18 – СКРИНИНГОВЫЕ ОСМОТРЫ БСК

ГОД	ПОДЛЕЖАЛО	ОСМОТРЕНО	%	ВЫЯВЛЕНО	%	ВЗЯТО НА «Д» УЧЕТ	%
2015	1 493 185	1 500 235	100,5	111 094	7,4	104 800	94,3
2016	1 450 971	1 458 506	100,5	106 129	7,3	100 333	94,5
2017	1 472 820	1 482 203	100,6	98 121	6,6	93 152	94,9
2018	1 639 973	1 652 544	100,8	95 196	5,8	89 102	93,6
2019	1 646 191	1 641 226	99,7	107 545	6,5	83320	77,5
2020	1 630 015	1 526 856	93,67	65 693	4,3	57 389	87,36
2021	1 544 518	1 355 766	87,8	66 949	4,9	57 536	85,9
2022	1 444 786	1 420 855	98,3	77 479	5,5	67 759	87,5

НАО «Национальный научный кардиохирургический центр» (далее – ННКЦ) является ведущей кардиохирургической клиникой в центрально-азиатском регионе, соответствующий мировым стандартам качества и уровня медицинского обслуживания.

В 2014 году ННКЦ успешно прошел международную аккредитацию Joint Commission International, которая считается «золотым стандартом» качества и подтверждает соответствие международному уровню по медицинским и административным стандартам. В марте 2021 года, ННКЦ прошел реаккредитацию на соответствие стандартам JCI. Практическая деятельность Joint Commission International (JCI) не ограничивается проведением аккредитации медицинских организаций, данная организация также предлагает сертификации, специфические для определенных болезней или услуг, посредством Программы по сертификации клинических программ (Clinical Care Program Certification или ССРС). ННКЦ прошел сертификацию ССРС по программам «Хроническая сердечная недостаточность» и «Имплантация VAD».

С открытием Центра в Астане и прохождением международной аккредитации JCI для иностранцев появилась возможность получать кардиохирургические медицинские услуги в Казахстане по международным стандартам. Всего с 2012 года пролечено 479 иностранных пациента, из стран дальнего и ближнего зарубежья таких, как Кыргызстан, Узбекистан, Таджикистан, Азербайджан, Туркменистан, Турция, Россия, США, Индия, Украина, Болгария, Армения, Эстония, Белоруссия, Монголия и др.

С момента открытия центра по 2022 год проведено 6125 операций по 23 новым технологиям, одобренных Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК.

Достижением отечественной кардиохирургии стала первая в Среднеазиатском регионе пересадка донорского сердца пациенту с ХСН, выполненная на базе Центра «8» Августа 2012 года.

С 2012 г. по 2022 г. в Центре выполнено 86 трансплантаций сердца.

В сентябре 2016 года успешно выполнена первая уникальная операция по пересадке легких. С 2012 г. по 2022 г. количество трансплантаций легких составило 17. Центр является единственной клиникой в Казахстане и Центральной Азии, выполняющей трансплантацию сердца и легких.

Впервые в республике, на базе ННКЦ внедрена уникальная высокотехнологичная кардиохирургическая операция для лечения пациентов с тяжелой хронической сердечной недостаточностью (ХСН): «Имплантация устройства длительной механической поддержки кровообращения – искусственного левого желудочка сердца» (типа «Heart Mate III»). С 2012 по 2022 гг. в ННКЦ имплантировано 460 подобных устройств.

Уникальным международным мультицентровым исследованием, в котором принимает участие ННКЦ, является имплантация полностью искусственного сердца Carmat.

Полностью искусственное сердце впервые на международном уровне было имплантировано на базе ННКЦ «19» Октября 2017 года.

В рамках клинического исследования Carmat было проведено 3 имплантации полностью искусственного сердца с дальнейшим выполнением трансплантации сердца.

В 2018 году впервые в мире на базе ННКЦ команда казахстанских кардиохирургов с партнерами из Чехии, Израиля, Италии и США успешно провели уникальную операцию полностью имплантируемой системы поддержки сердца с помощью устройств - Leviticus Cardio SET & Jarvik. Это нововведение предоставляет технологическую альтернативу, практически эквивалентную трансплантации сердца.

3.1.5.2 Развитие нейрохирургической службы

Нейрохирургическая служба в Республике Казахстан создана в 1964 году с момента открытия кафедры нейрохирургии в г. Алматы. На сегодняшний день, в Казахстане медицинская помощь нейрохирургического профиля оказывается в 1 специализированном нейрохирургическом центре – АО «Национальный центр нейрохирургии» (далее – Центр) и в 51 отделениях (44

специализированных нейрохирургических отделений; 2 отделения нейротравматологии и в 5 травматологических, в составе которых имеются нейрохирургические койки) на базе 39 областных и городских стационаров.

Национальный центр нейрохирургии был создан в 2008 году по поручению Главы государства Назарбаева Н.А. о формировании в Астане «Госпиталя будущего». В настоящее время, Центр занимает одно из лидирующих мест в Центральной Азии по лечению нейрохирургических заболеваний и является флагманом медицинских инноваций, передовым научным и клиническим центром в области нейрохирургии. Вместимость клиники составляет 160 коек. В Центре функционируют 6 клинических отделений, в том числе отделение детской нейрохирургии вместимостью 24 койки. Клиника оснащена современным медицинским оборудованием, не имеющим аналогов в республике, которое позволяет с максимальной точностью и максимальной безопасностью для пациента проводить малоинвазивные нейрохирургические операции. Центр обладает высоким кадровым потенциалом, большинство специалистов являются профессионалами своего дела, прошедших обучение в лучших зарубежных клиниках США, Италии, Швейцарии, Австрии, Германии, Израиля и России.

За время работы в стенах Центра пролечено более 57 тысяч пациентов, прооперировано более 30 тысяч пациентов с нейрохирургической патологией, которым проведено около 39 тысяч сложных, комбинированных и 2-х этапных операций.

Внедрено 70 новых нейрохирургических технологий, ранее не применяемых в Казахстане и Средней Азии. Впервые в Казахстане внедрены принципиально новые разделы нейрохирургии — микронейрохирургия, эндоваскулярная, эндоскопическая и функциональная нейрохирургия. До открытия Центра, 80% пациентов с нейрохирургическими патологиями были вынуждены выезжать на лечение за границу, либо смириться с тяжестью заболевания.

Так, были освоены эндоваскулярное лечение аневризм и артериовенозных мальформаций головного мозга - закрытый, минимально инвазивный метод лечения, при котором через кровеносные сосуды осуществляется доступ в патологически измененный сосуд и закрывается дефект, без необходимости проведения трепанация черепа.

В клинике внедрены и активно выполняются эндоскопические методы лечения нейрохирургических патологий, среди которых такие технологии, как эндоскопический трансназальный транскраниальный доступ к основаниям черепа, микрохирургические операции с применением нейронавигационной системы, интраоперационного мониторинга и другие методы. По сравнению с традиционными нейрохирургическими операциями эндоскопические вмешательства малотравматичны, дают меньше осложнений, а процесс восстановления после них происходит намного быстрее.

Следует отметить, что с момента основания, одним из первых в СНГ, Центром проводились уникальные операции беременным женщинам по спасению двух жизней - мамы и ребенка, при патологиях головного и спинного мозга.

Одно из перспективных направлений развития является функциональная нейрохирургия. В 2012 году впервые в Казахстане в Центре была внедрена методика нейростимуляции спинного мозга при болевых синдромах после операций на позвоночнике, проведена стереотаксическая биопсия головного мозга. В мае 2013 года, совместно с зарубежными коллегами были проведены первые операции при болезни Паркинсона при помощи глубокой стереотаксической стимуляции мозга. С целью более качественного медицинского обслуживания пациентов с экстрапирамидной патологией, был открыт кабинет двигательных расстройств, в котором проходят обследование и лечение пациенты со всего Казахстана. Освоены современные методы хирургического лечения эпилепсии.

Еще одно значительное направление в работе Национального центра нейрохирургии – это хирургическое лечение заболеваний позвоночника и спинного мозга. В специализированном отделении освоены современные реконструктивные операции на позвоночнике, позволяющие поднимать на ноги безнадежных пациентов.

В рамках научно-технического проекта, впервые в мире, Центром проведены 4 уникальных операций с применением 3D принтинга на промышленном 3D принтере. Пациентам были установлены имплантаты, в необходимый позвоночный сегмент, после тотальной спондилэктомии с сохранением анатомических и функционально важных структур спинного мозга без компримирующих влияний, во время проведения манипуляции.

В отделении детской нейрохирургии проводится хирургическое лечение патологии головного мозга у новорожденных, при этом, отдается предпочтение эндоскопическим операциям. Применяемые детскими нейрохирургами уникальные минимально-инвазивные оперативные технологии, а также достижения в области анестезиологии и интенсивной терапии, позволяют расширить показания для оперативных вмешательств и снизить операционные риски в детской нейрохирургии.

В Центре проводят комплексную реабилитационную программу и осуществляют физическую, психологическую и социальную реабилитацию больных с нейрохирургической патологией.

Медицинская помощь оказывается не только гражданам нашей страны, но и зарубежным пациентам. За время функционирования в Центре пролечено более 300 иностранных пациентов. Это граждане России, Таджикистана, Кыргызстана, Узбекистана, Турции, Азербайджана, Албании, Украины, Грузии, Германии, США, Великобритании, Франции, Нигерии, Канады, Белоруссии, Косовы, Ямайки, Гвинеи, Италии, Китая, Ливии, Бразилии, Сингапура, Ирландии, Австралии, Египта, Ингушетии, Каракалпакстана и др. Все это говорит о высоком уровне доверия и начале развития медицинского туризма в столице страны в рамках поручения Главы государства.

Центр постоянно стремится к улучшению качества оказываемых медицинских услуг. Подтверждением этому являются многочисленные международные, республиканские награды и премии, такие как «Европейский Гран - При» за качество обслуживания пациентов (2012 г.), республиканская премия «Алтын сапа - 2013» в номинации «Лучшее предприятие, оказывающее услуги» (2013 г.), Государственная премия РК в области науки и техники за цикл работ «Развитие высокотехнологичных инновационных методов лечения нейрохирургической патологии в Республике Казахстан» (2013 г.), 3-х кратная международная аккредитация качества и получение сертификата Международной Объединенной Комиссии JCI (2013 г., 2016 г., 2019 г.), 2-х кратная национальная аккредитация Республики Казахстан (2014 г., 2018 г.), Институциональная аккредитация и специализированная аккредитация по специальностям «Нейрохирургия, в том числе детская» и «Невропатология, в том числе детская» (2016 г.), Сертификат GCP на соответствие требованиям надлежащих фармацевтических практик в сфере обращения лекарственных средств для проведения клинических исследований лекарственных средств и исследования биоэквивалентности клинических исследований изделий медицинского назначения и медицинской техники (2018 г.), а также награда «Звезда столицы» за большой вклад в развитие и процветание города Астана (2018 г.).

Кроме того, в целях улучшения лечебных процессов проведена следующая работа:

1. открыт тренинговый центр, где функционируют 2 тренинговых класса, которые позволяют повышать практические навыки врачей;
2. проведена централизация определения группы крови и резус-фактора;
3. создан Отдел госпитальной фармации для улучшения качества и безопасности использования лекарственных средств;
4. применяется AWAKE анестезия для удаления опухолей головного мозга при сохраненном сознании;
5. развивается использование интраоперационного нейрофизиологического мониторинга, которое позволяет предотвратить возникновение тяжелых послеоперационных осложнений (парезы, параличи), тем самым снизить показатели инвалидизации в послеоперационный период.

Согласно поручению Министерства здравоохранения Республики Казахстан в рамках реализации Плана мероприятий Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы на базе Центра открыт Республиканский координационный центр по проблемам инсульта. Данный центр является координационным, консультативным, методическим и образовательным центром по всей республике, и целью которого является снижение смертности от инсульта, улучшение качества оказания медицинской помощи больным инсультом, предупреждение инвалидизации, а также внедрение интегрированной модели оказания медицинской помощи больным при инсульте.

Помимо клинической работы, Национальный центр нейрохирургии объединил в себе практическую, образовательную и научную деятельность. Объединение этих трех составляющих позволяет наиболее эффективно решить поставленную перед центром задачу по созданию условий для предоставления полного цикла высокотехнологичных услуг в приоритетных областях медицины.

Решением Совета директоров Акционерного Общества (от 28.12.2018 г., № 8), с согласования Министерства здравоохранения Республики Казахстан (от 23.11.2018 г. № 06-2-9/26069), на базе Центра начала свою функцию Кафедра нейрохирургии и неврологии, деятельность которой включает в себя подготовку резидентов и курсантов.

На базе Центра прошли повышение квалификации более 1500 человек, переподготовку более 60 человек, стажировку на рабочем месте более 40 человек. Подготовлено 64 резидента, из них 47 специалистов-нейрохирургов и 17 невропатологов, а на сегодняшний день обучаются еще 37 человек. Качество и востребованность выпускников резидентуры определяется высоким уровнем их трудоустройства (100%).

Имея уровень республиканского значения, Национальный центр нейрохирургии на постоянной основе осуществляет трансферт медицинских технологий в регионы республики. Это инновационные технологии в хирургии позвоночника и спинного мозга, микронейрохирургия в нейроонкологии, малоинвазивные методы лечения геморрагических инсультов, эндоскопические операции на головном мозге и позвоночнике. За время работы, в регионы внедрено 62 технологии, по которым пролечено более 1000 пациентов республики.

С целью развития и совершенствования всей нейрохирургической службы Республики Казахстан, Национальным центром нейрохирургии проводится активная работа с нейрохирургами регионов по линии санитарной авиации, обучению и повышению квалификации специалистов, организации методической помощи. Так, за годы работы специалистами Центра проведено более 90 вызовов в регионы для консультационной помощи, более 60 выездных операций.

Национальный центр нейрохирургии заслуженно получил национальное и международное признание, несомненно оправдав цель своего открытия путем улучшения качества оказания нейрохирургической помощи казахстанцам, как часть реализации большой Стратегии развития Республики Казахстан. Сегодня, клиника является флагманом медицинских инноваций, передовым научным и клиническим центром в области нейрохирургии.

3.1.5.3 Служба родовспоможения

За 40 лет истории развития службы акушерства и гинекологии были достигнуты определенные успехи в части улучшения здоровья девочек-подростков, женщин репродуктивного возраста, так же беременных и послеродовых женщин. Отмечено снижение показателя материнской смертности - в 2 раза, а младенческой смертности - в 3 раза.

За последние 10 лет была модернизирована служба родовспоможения:

- проведена регионализация медицинской помощи, интеграция роддомов в многопрофильные стационары;
- создана и развивается квалифицированная система подготовки медицинских кадров;
- внедрены механизмы контроля качества медицинской помощи;
- представлены новые пути снижения материнской смертности.

Целью регионализации перинатальной помощи является обеспечение доступа каждой женщины к медицинским услугам, соответствующим ее рискам развития осложнений беременности и родов. Согласно проводимой регионализации, акушерские стационары каждого региона страны были распределены по трехуровневой системе оказания перинатальной помощи, что позволило рационально использовать технические возможности службы родовспоможения страны, включая кадровый ресурс, лекарственные средства, оборудование и специализированный санитарный транспорт.

На первом этапе регионализации, была проведена ревизия каждого стационара на соответствие предписанному уровню перинатальной помощи, включая вопросы технического оснащения и медицинского обеспечения. Следующим этапом, было создание консультативно-транспортной системы госпитализации и переводу беременных и новорожденных с низшего уровня на высший по принципу «на себя».

Далее, усилия были направлены на обеспечение адекватного финансирования акушерских и неонатальных услуг, дифференцированной оплаты труда сотрудников родовспомогательных организаций, в соответствии с уровнем оказываемой перинатальной помощи. Благодаря проведенным работам, регионализация сыграла свою положительную роль в обеспечении доступа беременных, рожениц и новорожденных к специализированной помощи, были снижены показатели материнской и младенческой смертности.

Перинатальная помощь в РК построена на принципах трехуровневой регионализации, функционируют 240 родовспомогательных организаций, из них 143 районных больниц 1 уровня, 58 родильных домов и отделений 2 уровня, 37 перинатальных центров (акушерских отделений многопрофильных больниц) 3 уровня. Высококвалифицированную медицинскую помощь женщины получают в государственных республиканских учреждениях в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии, КФ УМС «Научный центр материнства и детства».

Разработан стандарт организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан, в котором пересмотрены подходы к организации медицинской

помощи беременным, роженицам и родильницам. Актуализированы нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность службы родовспоможения с учетом международных рекомендаций и сведений доказательной медицины. Проведен аудит материально-технической базы организаций родовспоможения, улучшено оснащение организаций родовспоможения, которое приводится в соответствие с международными рекомендациями.

По данным Бюро национальной статистики Казахстана, динамика характеризуется в последние годы существенным приростом населения, который достигается, главным образом, за счет увеличения уровня рождаемости (рис. 78).

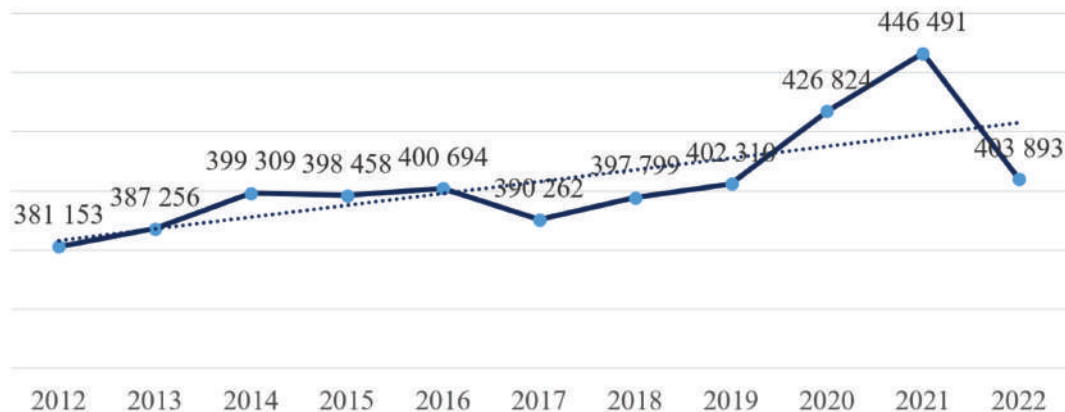


РИСУНОК 78 – ДИНАМИКА РОЖДАЕМОСТИ

Учитывая рост рождаемости, в стране отмечено увеличение нагрузки на объекты родовспоможения. В перспективе, в регионах определено строительство 13 современных перинатальных центров, для оказания комплекса медицинской помощи матерям и детям. В том числе, планируется строительство республиканского центра «Матери и ребенка» в городе Астана для госпитализации беременных с факторами высокого риска из столицы и регионов. При формировании потребности постройки перинатальных центров, учитывалась динамика роста рождаемости, демографические показатели регионов с учетом прироста населения и структура, а также износ и инфраструктура действующих родовспомогательных организаций.

Также планируется дальнейшее улучшение материально-технического состояния перинатальных центров и родильных домов, модернизация пренатального скрининга путем совершенствования службы ультразвуковой диагностики, внедрение инновационных методов диагностики хромосомных нарушений. На базе многопрофильных стационаров будут организованы профильные койки для беременных с экстрагенитальными заболеваниями, а тренинговые центры при перинатальных центрах будут оснащены симуляционным оборудованием.

Все это, позволит обеспечить безопасность, расширит возможности реализации современных технологий выхаживания тяжелых пациентов, что в итоге позволит снизить материнские и перинатальные потери и улучшить удовлетворенность граждан уровнем оказания медицинской помощи.

3.1.5.4 Медицинская реабилитация

По оценкам ВОЗ, около 2,4 миллиарда человек в мире страдают заболеваниями, при которых необходима реабилитация.

В 2019 году, ВОЗ была проведена оценка распространенности и частоты случаев более 300 видов болезней и травм, подсчитано число связанных с ними лет жизни с инвалидностью, а также были описаны потребности в реабилитационных услугах, путем представления общего числа людей с нарушениями здоровья, при которых могла бы помочь реабилитация и общего числа лет жизни с инвалидностью, связанной с этими нарушениями здоровья.

Согласно данным расчетам, в Республике Казахстан по состоянию на 2019 год 5,8 млн человек (32%) из 18 млн человек общей численности населения имеют по крайней мере одно патологическое состояние, при котором могли бы помочь реабилитационные услуги (Таблица 19).

ТАБЛИЦА 19 – ПОТРЕБНОСТИ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГАХ ВО ДАННЫМ ВОЗ [16]

№	НАИМЕНОВАНИЕ СТРАНЫ	ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ ИМЕЮТ, ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ, ОДНО ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ МОГЛИ БЫ ПОМОЧЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ УСЛУГИ	УДЕЛЬНЫЙ ВЕС
1	ВЕНГРИЯ	9 674 413	4 771 113	49%
2	ШВЕЦИЯ	10 222 546	4 240 877	41%
3	АЗЕРБАЙДЖАН	10 278 674	3 266 603	32%
4	ГРЕЦИЯ	10 337 172	4 537 827	44%
5	ЧЕХИЯ	10 643 487	5 341 208	50%
6	ПОРТУГАЛИЯ	10 651 263	4 622 579	43%
7	БЕЛЬГИЯ	11 419 166	5 046 655	44%
8	НИДЕРЛАНДЫ	17 156 788	6 902 825	40%
9	КАЗАХСТАН	18 392 068	5 845 234	32%
10	РУМУНИЯ	19 237 066	9 294 541	48%

Таким образом, каждый третий человек живет с заболеванием, требующим реабилитации.

Согласно международным исследованиям, потребности в реабилитации будут только расти в ближайшие годы. Связано это с тем, что продолжительность жизни с каждым годом увеличивается, а число людей, живущих с хроническими заболеваниями, продолжает расти во всем мире. Таким образом, организация проведения своевременных восстановительных мероприятий становится одной из первоочередных задач медицины.

Традиционно, в прежней модели здравоохранения реабилитационные услуги входили в руководства лечения основного заболевания и оказывались в стационарах с круглосуточным пребыванием пациентов, что приводило к чрезмерному увеличению коечного фонда и сроков лечения пациентов.

По мере внедрения ресурсосберегающих технологий, возникла необходимость выделения данной службы в самостоятельную структуру с отдельным финансированием.

На сегодняшний день, количество коек восстановительного лечения и реабилитации достигло 12,7 тыс., что превышает показатель 2014 года практически в 3 раза (Таблица 21).

ТАБЛИЦА 20 – КОЛИЧЕСТВО ФАКТИЧЕСКИХ КОЕК ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗА 2014-2022 ГОДЫ

ПРОФИЛЬ КОЕК	2014 ГОД	2015 ГОД	2016 ГОД	2017 ГОД	2018 ГОД	2019 ГОД	2020 ГОД	2021 ГОД	2022 ГОД
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, ВСЕГО	4 267	4 093	4 085	4 168	4 448	6 158	10 366	11 437	12 763
ИЗ НИХ ДЛЯ ДЕТЕЙ	1 424	1 569	1 560	1 527	1 784	2 775	3 743	3 846	4 102
В ТОМ ЧИСЛЕ									
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	531	472	398	400	423	539	943	894	1 031
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ	38	47	40	30	29	29	49	63	73
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	143	123	112	126	109	114	179	265	345
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ	54	59	43	39	46	43	49	48	52
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ (ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ) ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	1 078	859	846	887	889	1 137	1 937	2 157	2 734
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ (ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ) ДЛЯ ДЕТЕЙ	444	439	545	424	704	912	1 369	1 449	1 616
НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	143	147	148	218	202	258	453	578	679
НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ	33	29	20	23	25	37	106	181	192
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	248	243	261	269	302	442	936	1 037	1 193
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ	55	61	62	58	68	77	191	219	235
ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	90	118	129	115	135	158	308	347	479
ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ	91	109	107	107	122	165	235	250	293

Наибольший прирост коек наблюдается по нейрохирургическому профилю для детского населения (в 2014 году – 33 койки, в 2022 году – 192 койки, прирост в 6 раз). Увеличение коек в 5 раз наблюдалось по трем профилям: нейрохирургические для взрослых (в 2014 году – 143 койки, в 2022 году – 679 коек), травматологические для взрослых (в 2014 году – 248 коек, в 2022 году – 679 коек), ортопедические для взрослых (в 2014 году – 91 койка, в 2022 году – 293 койки).

Как отмечалось выше, в рамках ОСМС стимулировано оказание реабилитационной помощи, расширение профилей и повышение ее доступности с 2020 года, что позволило развернуть койки круглосуточного стационара до 10,3 тыс. (в 2019 году – 6 тыс. коек). Утверждены соответствующие тарифы с учетом этапности и условий оказаний услуг медицинской реабилитации восстановительного лечения. Впервые утверждены тарифы на медицинскую реабилитацию пациентам, перенесшим онкологические заболевания и начато внедрение онкорехабилитации. С внедрением ОСМС в 2020 году, в перечень заболеваний по кодам МКБ-10 при лечении основного заболевания включена реабилитация после трансплантации органов, после пневмонии, в том числе с COVID-19, а также по отдельным состояниям, возникающим в перинатальном периоде (анемия новорожденных, врожденная пневмония, крайняя малая масса тела при рождении и др.) и отдельным видам пневмонии у детей.

Вместе с тем, в 2020 году на основе современной доказательной практики внедрена новая модель реабилитации с акцентом на амбулаторный уровень. Таким образом, расширены компетенции кадров с учетом современных требований физической медицины и реабилитации, внедрена международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для постановки полноценного реабилитационного диагноза мультидисциплинарной командой для эффективной реабилитации.

Если в 2014 году было выписано 68 тысяч больных с отделений восстановительного лечения, то в целом за 2022 год услугами медицинской реабилитации в стационарных условиях (круглосуточный и дневной стационары) было охвачено 295 тысяч пациентов. Рост числа получивших услуги реабилитации составил за эти годы свыше 300%, что говорит о достижении цели повышения доступности данной формы медицинских услуг.

По данным НАО «Фонд социального медицинского страхования», по итогам 2022 года, объемы медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС составили 2 142,8 млрд. тенге и уменьшились в среднем на 0,8% в сравнении с 2021 годом, при этом наблюдался рост финансирования практически по всем видам медицинских услуг. В том числе, расходы увеличились на 31,6% на медицинскую реабилитацию.

Важным шагом в развитии службы, стало создание Республиканского детского реабилитационного центра в 2007 году, так как проблема детской реабилитации была одной из наиболее актуальных проблем.

По официальным данным Министерства труда и социальной защиты РК (далее – МТСЗН РК), прирост детской инвалидности в Республике в 2022г., составил 58,3%, в сравнении с 2012г. (рис. 79).

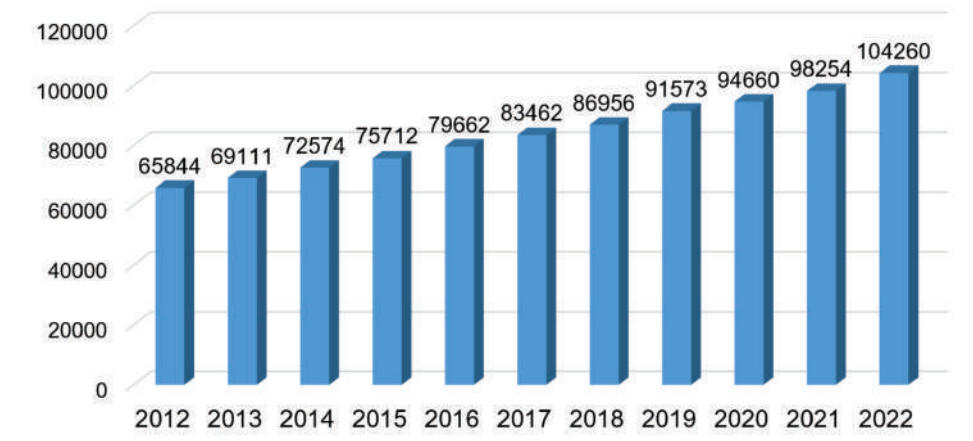


РИСУНОК 79 – КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ЗА 10 ЛЕТ

Источник: Министерство труда и социальной защиты РК

В структуре первичной инвалидности ведущие позиции занимают врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии, болезни нервной системы, психические расстройства, эндокринные заболевания.

В динамике 5 лет, из вышеперечисленных позиций на одном уровне остаются врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии, болезни нервной системы, **отмечается рост заболеваемости по психическим расстройствам на 87%, эндокринным заболеваниям на 55 %.** (рис. 80).

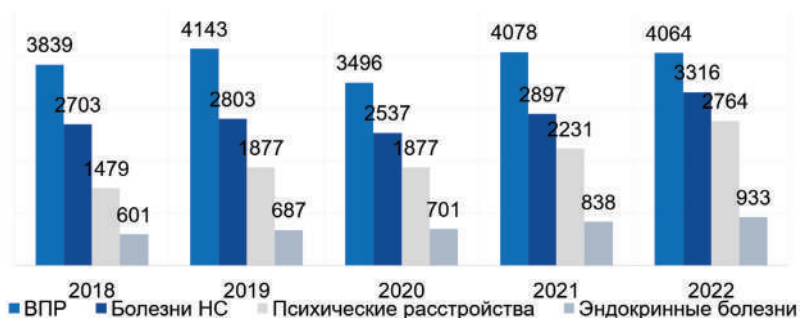


РИСУНОК 80 – СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

Источник: Министерство труда и социальной защиты РК

Таким образом, причинами, формирующими детскую инвалидность, являются врожденные аномалии развития, болезни нервной системы, психические расстройства, эндокринные болезни. Так же, одним из факторов способствующих данной ситуации, является современный уровень развития медицины, позволяющий сохранить жизнь глубоко недоношенным новорожденным, детям с нейроинфекциями, тяжелыми травмами нервной системы и врожденными пороками развития.

Наблюдается рост заболеваемости диагноза церебральный паралич (далее - ЦП). Динамика роста численности детей с инвалидностью с диагнозом ЦП за 5 лет по данным МТСЗН РК составила 5,8%.

ТАБЛИЦА 21 – ЧИСЛЕННОСТЬ ДЕТЕЙ С ЦП В РК ЗА 2018-2022 ГГ.

ДЕТИ	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
ВСЕГО	17149	17 619	17 939	18307	18612
С 0 ДО 16 ЛЕТ	16 172	16 545	16 680	6303*	6482*
С 16 ДО 18 ЛЕТ	977	1 074	1 259	12004*	12130*

Источник: Министерство труда и социальной защиты РК

*В соответствии с законом РК от 12.10.2021 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты РК по вопросам социальной защиты отдельных категорий граждан» установлены следующие категории инвалидности у детей: дети-инвалиды до семи лет, дети-инвалиды с 7 до 18 лет.

Высокие темпы роста инвалидности среди детского населения обусловили расширение сети медицинских организаций восстановительного лечения и медицинской реабилитации для детей. Сеть медицинских организаций, оказывающих реабилитационную помощь детям, увеличилась в 6 раз в 2022г., в сравнении с 2013г. (Таблица 23)

ТАБЛИЦА 22 – КОЛИЧЕСТВО ОРГАНИЗАЦИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ

№	РЕГИОН	КОЛИЧЕСТВО РЦ									
		2013*	2014*	2015*	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	АКМОЛИНСКАЯ	2	1	1	2	2	2	2	2	2	5
2	АКТЮБИНСКАЯ							2	3	3	5
3	АЛМАТИНСКАЯ								1	4	5
4	АТЫРАУСКАЯ								4	2	1
5	ВКО								1	2	1
6	ЖАМБЫЛСКАЯ	2	1	1	1	1	1	1	1	2	4
7	ЗКО								1	1	1
8	КАРАГАНДИНСКАЯ				1	1	1	2	2	4	3
9	КЫЗЫЛОРДИНСКАЯ		1		1	1	1	1		1	1
10	КОСТАНАЙСКАЯ							1	2	2	1
11	МАНГИСТАУСКАЯ								1		2
12	ПАВЛОДАРСКАЯ							1	1	2	2
13	СКО							1			
14	ТУРКЕСТАНСКАЯ	2	2	2	1	1	1	2	4	4	5
15	ГОРОД АЛМАТЫ	2	2	2	2	2	2	6	6	6	7
16	ГОРОД АСТАНЫ	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3
17	ГОРОД ШЫМКЕНТ				2	2	2	3	3	3	4
18	АБАЙ										3
19	ҰЛЫТАУ										1
20	ЖЕТІСУ										1
	ПО РК	9	8	7	11	11	11	23	34	40	55

Источник: данные отчетов по детской реабилитационной службе РК

* Источник: Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013, 2014, 2015 году. Статистические сборники. МЗ РК

По итогам 2022 года, медицинская реабилитация детям оказывается в 55 реабилитационных центрах с общим коечным фондом 3580, из которых, 3 центра республиканского уровня на 522 койки:

- НАО «НЦДР» на 300 коек с Филиалом в г. Кызылорда на 57 коек;
- Детский реабилитационный центр «Балбулак» на 65 коек;
- Республиканский центр реабилитации «Бурабай» на 100 коек и 52 региональных реабилитационных центра с коечным фондом - 3058, из которых 22 реабилитационных центра были открыты в рамках инициативы Президента страны «Қамқорлық». Также, медицинская реабилитация оказывается на 624 реабилитационных койках восстановительного лечения и медицинской реабилитации в многопрофильных больницах областей и городов. Всего по стране, с учетом реабилитационных центров и отделений/коек детских стационаров, функционирует 4204 реабилитационных коек для детей (круглосуточного стационара) (рис. 81).



РИСУНОК 81 – СТРУКТУРА СЕТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ

Источник: данные отчетов по детской реабилитационной службе РК

За 2022 год реабилитационное лечение в круглосуточных стационарах получили 64 537 детей, из них 10,3% детей получили реабилитационное лечение на республиканском уровне (6643 детей), 89,7% (57 894 детей) получили реабилитационное лечение на региональном уровне.

Охват медицинской реабилитацией детей с инвалидностью в 2022г. составил 61,9% и в сравнении с 2018г. увеличился на 16,9% (рис. 82).

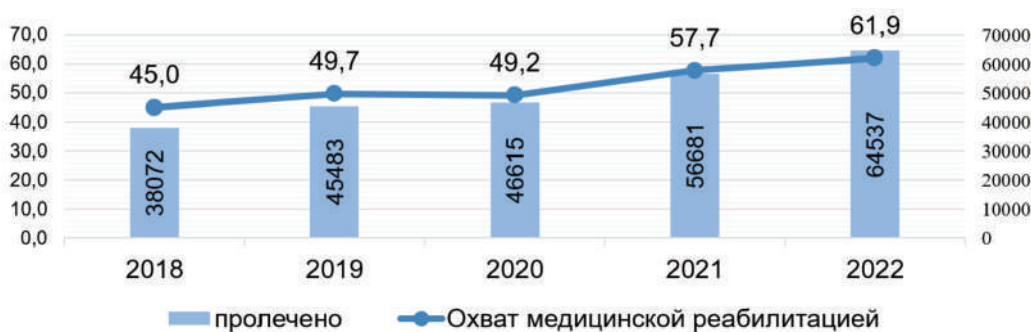


РИСУНОК 82 – ДИНАМИКА ОХВАТА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Источник: данные отчетов по детской реабилитационной службе РК

Анализ охвата реабилитационным лечением детей в разрезе регионов в 2022г. показал охват ниже республиканского показателя 61,9% в следующих регионах: г. Астана и областях Абай, Улытау, Кызылординской, ВКО, СКО, Жетысу, ЗКО, Павлодарской, Атырауской, Мангистауской (рис. 83).

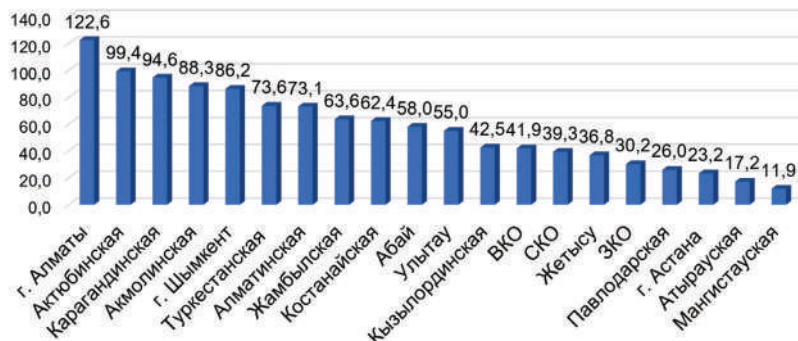


РИСУНОК 83 – ОХВАТ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ В 2022 Г.

Источник: данные отчетов по детской реабилитационной службе

Одним из главных акцентов национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» на 2020-2025 г.г. стали укрепление здоровья детей и подростков путем предупреждения заболеваний, оказания своевременной помощи и полноценной реабилитации. В рамках обеспечения детского населения медицинской реабилитацией определены задачи по повышению доступности

реабилитационной помощи путем увеличения охвата медицинской реабилитацией, а также обеспечение дальнейшего совершенствования медицинской реабилитации путем внедрения Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ).

Выводы и рекомендации

В республике создана достаточная нормативно-правовая база, регулирующая оказание медицинской реабилитации на всех уровнях и этапах, с возможностью вовлечения специалистов различного профиля для обеспечения качественной комплексной помощи детям с учетом пациент-ориентированного подхода.

Отмечается положительная динамика в росте количества функционирующих реабилитационных центров, отделений на базе многопрофильных детских больниц во всех регионах страны, включая районный и сельский уровень.

Поэтапное открытие реабилитационных центров и центров раннего вмешательства в рамках инициативы «Қамқорлық» внесли большой вклад в развитие сети организаций, оказывающих реабилитационную помощь, что позволило увеличить охват, в том числе детей с инвалидностью.

Мультидисциплинарный подход в оказании реабилитационной помощи, позволил всем заинтересованным специалистам, включая реабилитологов, эрготерапевтов, инструкторов по лечебной физической культуре, психологов, логопедов, дефектологов и других, совместно проводить оценку степени тяжести состояния и нарушений биосоциальных функций пациента при поступлении, в динамике и перед выпиской в соответствии с международными критериями; определять реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал и прогноз; определять объем, этапность для проведения медицинской реабилитации и т.д.

Внедрение высокотехнологичных, роботизированных методов и способов медицинской реабилитации, включая нейрофизиологическую реабилитацию, а также внедрение ортезно-ортопедических изделий, позволили получить значимую клиническую эффективность и улучшение биосоциальных функций у больных.

Для обеспечения адаптации детей осуществляется педагогическая коррекция путем обучения детей по адаптивно-прикладной программе, социальная адаптация ребенка к полноценной жизни в обществе, путем проведения занятия агроландшафтотерапии, в столярной мастерской, в костюмерной, парикмахерской, на автодроме, а также спортивных и других организационных групповых и индивидуальных мероприятий с вовлечением в параолимпийские игры.

Несмотря на значительные улучшения, по республике отмечается недостаточная доступность реабилитационной помощи с учетом существующего уровня инвалидности, существует недостаток квалифицированных кадров, уровень оплаты труда медицинских и немедицинских работников (педагогический состав специалистов: логопеды, дефектологи, эрготерапевты и т.д.) остается недостаточным и требует пересмотра.

Динамичное развитие медицинских и управленческих технологий в сфере здравоохранения требует регулярного пересмотра тарифов. На сегодняшний день, система финансирования сети реабилитационных организаций требует дальнейших расчетов тарифообразования, т.к. сложившаяся система затрат по тарификатору не способствует повышению качества реабилитационных услуг потому, что является низкой и не привлекательной для менеджеров здравоохранения, предпочитающих оказывать высокоспециализированную медицинскую помощь.

Вместе с тем, отсутствует информация об ориентировочных потребностях в реабилитационных услугах в стране, что не позволяет обеспечить полный охват нуждающихся в помощи пациентов. Существует проблема низкой осведомленности пациентов о реабилитации, о широком спектре и высокой распространенности функциональных нарушений, при которых может помочь реабилитация. Также, актуальным является вопрос наращивания потенциала реабилитационных кадров в поддержку развития и расширения реабилитационных служб.

3.1.5.5 Паллиативная помощь

Паллиативная помощь в Казахстане за последние 10 лет динамически развивается. Паллиативную помощь в Республике Казахстан оказывают 12 хосписов, 22 отделения паллиативной помощи в стационарах. На сегодняшний день в паллиативной помощи нуждаются 107 430 - 134 190 чел., из которых 4900-6500 это диапазон нуждающихся в помощи детей. Большую часть нуждающихся в паллиативной помощи (42 %) составляют пациенты онкологического профиля, из которых 1% составляют пациенты онкогематологического профиля. 25 159 пациентов в 2021 году получили паллиативную помощь в стационаре, средняя длительность пребывания в стационаре составила 17 дней. Охват паллиативной помощью в Казахстане составляет 25%.

В период 2013-2015 гг. была создана Казахстанская ассоциация паллиативной помощи.

Были разработаны и адаптированы 10 клинических протоколов, а также внесены изменения в нормативно-правовые акты в части доступа к опиоидам. В 2017 году 17 препаратов, включая 3 опиоида, были включены в список ГОБМП. Упрощен порядок выписки опиоидов, срок рецепта 15 дней. МО имеет 5 дневный запас опиоидов в кабинетах, 30 дневный запас в аптеках, также исключена сдача использованных ампул.

Во всех областных центрах были открыты отделения паллиативной помощи, а в г. Шымкент был открыт хоспис.

В 2016-2017гг была внедрена методика расчета опиоидов и разработана Дорожная карта развития паллиативной помощи на 2018-2020 гг.

Проведены международный семинар ASCO и конференция с участием ВОЗ «Stop My Pain».

В 2018-2019гг. внедрены мобильные бригады для онкопациентов, открыты хосписы в Таразе, Астане, Баканасе, осуществлено расширение перечня АЛО.

С 2019 года закуп опиоидов осуществляется Единым дистрибьютором СК Фармация.

В 2020 году была создана горячая линия КАПП, внедрены новые определения паллиативной помощи в «Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения», был разработан новый стандарт паллиативной помощи.

В 2021 году специализация для врачей «Хоспис и паллиативная медицина» была включена в номенклатуру медицинских специальностей, а в Гостандарт обучения были включены обязательные часы по паллиативной помощи, также прошла VI Конференция КАПП (800+ участников).

В 2022 году были разработаны дорожная карта развития паллиативной медицинской помощи. и дорожная карта развития паллиативной медицинской помощи детям на 2022-2024 гг., а также был открыт Центр РП и ПП для детей с НМЗ и создана Ассоциация паллиативной помощи детям.

Казахстан достиг уровня 4a на мировой карте развития паллиативной помощи, т.е. начальной стадии интеграции. Следующей целью Казахстана является достижение уровня 4b к 2030 году, когда паллиативная помощь будет интегрирована в систему здравоохранения на всех уровнях и усилена системой социальной защиты населения.

3.1.5.6 Пандемия COVID-19

Принятые меры по сдерживанию пандемии COVID-19 в Республике Казахстан

(Справочно: Вспышка заболеваемости вирусом впервые была зафиксирована в Ухане, Китай, в декабре 2019 года, 30 января 2020 года ВОЗ объявила эту вспышку чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, а 11 марта 2020 года — пандемией).

В 2019 году при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан (в Национальном центре общественного здравоохранения) был создан Оперативный центр по чрезвычайным ситуациям в общественном здравоохранении (далее - Оперативный центр), на который в период Пандемии COVID-19 (с января 2020 года) были возложены функции по мониторингу, сбору, анализу всей информации по коронавирусной инфекции в Республике Казахстан и других странах мира и оперативному круглосуточному информированию Министерства здравоохранения и других государственных органов Республики Казахстан (Ситуационный центр Совета Безопасности РК, Администрация Президента РК, Канцелярия Премьер-Министра РК, Комитет национальной безопасности РК, Генеральная прокуратура РК, Министерство внутренних дел РК, Министерство (Комитет) по чрезвычайным ситуациям РК). После выявления первых случаев COVID-19 в декабре 2019 года в г. Ухань провинции Хубэй Китайской Народной Республики (далее - КНР), Оперативный центр обеспечивал ежесуточное

информирование Министерства здравоохранения Республики Казахстан о заболеваемости коронавирусной инфекцией (далее - КВИ) населения КНР непосредственно с сайтов Департамента санитарно-эпидемиологической службы г. Ухань и Государственного Комитета здравоохранения КНР.

С 5 января 2020 года по май 2023 года (до объявления ВОЗ о завершении режима чрезвычайной ситуации, связанной с пандемией COVID-19 в мире) Оперативный центр работал в круглосуточном режиме (24/7/365) без выходных и праздничных дней и обеспечивал мониторинг, сбор, анализ всей информации по COVID-19, а также прогнозировал дальнейшее развитие эпидемиологической ситуации и оперативно в круглосуточном режиме снабжал всей необходимой информацией Министерство здравоохранения и другие государственные органы Республики Казахстан.

В связи с пандемией COVID-19 и в целях предупреждения завоза и распространения коронавирусной инфекции, Правительством Казахстана были приняты следующие нормативные правовые акты:

- Распоряжение Премьер-Министра Республики Казахстан от «27» Января 2020 года № 10-р. «О мерах по недопущению возникновения и распространения коронавирусной инфекции на территории Республики Казахстан», которым образована Межведомственная комиссия (оперативный штаб) по недопущению возникновения и распространения коронавирусной инфекции на территории Республики Казахстан, которую возглавил вице-премьер Правительства, курирующий данное направление, в функции которого входила координация всей проводимой работы государственных органов по борьбе с COVID-19 в стране. Аналогичные оперативные штабы по борьбе с COVID-19 были созданы при акиматах во всех регионах страны;

- Распоряжение Премьер-Министра Республики Казахстан от «29» Января 2020 года № 14-р «О мерах по недопущению возникновения и распространения коронавирусной инфекции на территории Республики Казахстан», которым утвержден План мероприятий по недопущению возникновения и распространения коронавирусной инфекции на территории Республики Казахстан;

- Постановление Правительства Республики Казахстан от «30» Июля 2020 года № 489 «Об утверждении Национального плана по защите жизни и здоровья казахстанцев в условиях пандемии»;

- Постановление Правительства Республики Казахстан от «4» Ноября 2021 года № 781 «Об утверждении Плана оперативных действий по противодействию пандемии коронавирусной инфекции на 2021 - 2022 годы»;

В связи с завозом коронавирусной инфекции на территорию Казахстана «13» Марта 2020 года и объявлением Всемирной организацией здравоохранения эпидемии COVID-19 - Пандемией, в целях защиты жизни и здоровья граждан страны Президентом Республики Казахстан был подписан Указ от «15» Марта 2020 года № 285 «О введении чрезвычайного положения в Республике Казахстан», в период с «16» Марта 2020 года по «15» Апреля 2020 года, которое далее было продлено до «30» Апреля и «11» Мая 2020 года.

На мероприятия по борьбе с COVID-19, Правительством Республики Казахстан было выделено 894 млрд. тенге (2,1 млрд. долларов США), в том числе на строительство новых модульных инфекционных стационаров, закуп лекарств и вакцин, медицинского оборудования, тест систем, средств индивидуальной защиты, а также дополнительных выплат медицинским работникам, занятым в борьбе с КВИ, лечении больных и др.

Во всех регионах были сформированы специальные стабилизационные фонды для борьбы с коронавирусной инфекцией.

В регионах республики были открыты дополнительные инфекционные и провизорные стационары для больных COVID-19, а также карантинные стационары для контактных лиц. В каждом регионе были в сжатые сроки построены и оснащены необходимым оборудованием современные модульные инфекционные больницы для больных коронавирусной инфекцией, что позволило значительно увеличить общий коечный фонд и снизить нагрузку на лечебную сеть.

Для борьбы с коронавирусной инфекцией было создано 3 640 мобильных бригад первичной медико-санитарной помощи, в том числе 1 737 в сельской местности.

В целях своевременного выявления больных коронавирусной инфекцией по всей стране было обеспечено массовое обследование на COVID-19 методом ПЦР всех подлежащих групп населения.

На основании стандартов ВОЗ и других международных рекомендаций, были разработаны и утверждены нормативные документы по профилактике, лечению и борьбе с COVID-19, в том числе национальные протоколы лечения и диагностики.

В целях оперативного введения (снятия) карантинных и других ограничительных мероприятий по профилактике и борьбе с COVID-19 в стране было принято более 80 Постановлений Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан.

Разработана отечественная вакцина против COVID-19 (Qaz Vac), которой помимо других закупленных вакцин осуществляется вакцинация населения республики.

Сокращены сроки регистрации лекарственных средств для лечения COVID-19 с 6 до 2 месяцев, а сроки сертификации лекарств были сокращены с 1 месяца до 3 дней.

Разработаны матрицы оценки эпидемиологической ситуации по COVID-19 и оценки уровня госпитализаций для Республики Казахстан в целом и каждого региона, в соответствии с которыми вводились или отменялись карантинные и другие ограничительные меры в стране и в регионах.

Разработано и внедрено краткосрочное и среднесрочное прогнозирование эпидемиологической ситуации по COVID-19 в стране и на основе его данных проводилось развёртывание дополнительных инфекционных коек для больных, закуп лекарственных препаратов, тест-систем.

Были приняты и обеспечены меры по социальной защите медицинских работников, участвующих в мероприятиях по профилактике, борьбе и лечению COVID-19, а также другие меры.

Для оперативного информирования населения по вопросам борьбы с COVID-19 и ответа на возникающие вопросы при Министерстве здравоохранения был создан call-центр по вопросам коронавирусной инфекции (на базе Оперативного центра), который проработал с января 2020 года по август 2022 года. Аналогичные call-центры были созданы во всех регионах.

В связи с периодическими подъемами (волнами) заболеваемости коронавирусной инфекцией на уровне страны 3 раза вводился карантин в периоды с 19.03.2020 по 11.05.2020 года, с 20.06.2020 по 05.07.2020 года и с 05.07.2020 по 02.08.2020 года.

В ходе карантина вводились следующие ограничительные мероприятия:

- приостанавливалось транспортное сообщение с другими странами, в зависимости от разработанных критериев эпидемиологической ситуации в этих странах, включая авиационные, железнодорожные и автомобильные сообщения;

- приостанавливалось транспортное сообщение между регионами в стране, ограничивалось движение общественного транспорта в населенных пунктах;

- вводился усиленный санитарно-карантинный контроль с проведением опроса, бесконтактной термометрией всех прибывающих пассажиров из-за рубежа, а также проверки наличия паспортов вакцинации против коронавирусной инфекции и справок об отрицательном результате на COVID-19;

- обеспечивалось соблюдение социального дистанцирования населения в общественных местах;

- вводился повсеместный масочный режим в общественных местах и на открытом воздухе;

- приостанавливалось функционирование торгово-развлекательных объектов, рынков, объектов общественного питания и других объектов с массовым скоплением людей;

- вводилось дистанционная форма работы для государственных и других организаций и обучения в школах, высших и средних специальных заведениях, а также другие меры.

В мае 2023 года Всемирная организация здравоохранения объявила об отмене глобальной чрезвычайной ситуации в области здравоохранения в связи с пандемией COVID-19.

3.2 Организация и управление качеством медицинской помощи

3.2.1 Аккредитация в области здравоохранения

Аккредитация в области здравоохранения, в частности аккредитация медицинских организаций, получила широкое распространение в последние годы, и данная отрасль неуклонно движется в сторону международных стандартов, разработанных с учётом лучших международных практик.

Наибольшим опытом разработки, внедрения и развития аккредитации медицинских организаций обладают США, Канада и Великобритания, занимающие на сегодняшний день лидирующие позиции в разработке методологии аккредитации, а также являющихся основными генераторами новаций в международном сообществе, как в части подготовки и

обучения специалистов передовым технологиям в области внешней комплексной оценки, так и анализа качества медицинской помощи.

Так, например, на сегодняшний день имеют международную аккредитацию и сертификацию JCI (Joint Commission International) порядка 23 000 медицинских организаций в 70-ти странах мира. Основным стимулом для развития аккредитации стало глобальное стремление к обеспечению всеобщего охвата населения услугами здравоохранения. Стоит отметить, что система аккредитации медицинских организаций успешно функционирует в различных источниках финансирования и в различных моделях здравоохранения. Аккредитация с успехом проводится как при государственной, так и при частной, и страховой моделях здравоохранения. Кроме того, в большинстве стран для проведения аккредитации существуют организации государственного и негосударственного типа, сертификат которых признается заказчиком медицинских услуг как гарант оказания качественной медицинской помощи.

Вопросы аккредитации теснейшим образом связаны со стандартизацией медицинской деятельности. Основной целью аккредитации в области здравоохранения является улучшение качества медицинской помощи на основании стандартов, а также укрепление доверия к системе здравоохранения и снижение рисков.

Оказание качественных, безопасных и равнодоступных медицинских услуг – основа развития здравоохранения. В 2009 году в Казахстане впервые было введено понятие аккредитации в здравоохранении медицинских организаций и разработаны первые национальные стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную, амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь. Стандарты разрабатывались экспертными рабочими группами, национальными экспертами из практического здравоохранения, международными экспертами и представителями медицинских организаций. Вплоть до 2012 г. процедура аккредитации медицинских организаций представляла собой преимущественно аудит прописанных правил и политик медицинских организаций. Данный механизм не позволял провести эффективную оценку происходящих бизнес-процессов в медицинской организации и не позволял существенно повлиять на их реализацию с перспективой улучшения, в том числе в части влияния на качество и доступность оказываемой медицинской помощи.

Отличительной особенностью аккредитации медицинских организаций является фокус на качестве медицинской помощи, оценке происходящих в клинике процессов и обеспечении безопасной окружающей среды, как для пациентов и посетителей, так и для сотрудников медицинской организации. С 2011 по 2013 годы в рамках Проекта Всемирного Банка «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» совместно с Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан и Канадского общества международного здравоохранения (CSIH) были:

1. Обновлены национальные стандарты аккредитации (утверждены приказом министра здравоохранения Республики Казахстан № 676 от 02.10.2012 г.) для медицинских организаций, оказывающих:

- стационарную медицинскую помощь
- амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь
- скорую медицинскую помощь.

2. Разработан проект новых стандартов аккредитации центров крови

3. Проведено тестирование обновленных стандартов аккредитации, на базе 22 медицинских организаций Акмолинской, Карагандинской, Павлодарской, Южно-Казахстанской, Костанайской, Актюбинской областей, г. Алматы и Астаны.

4. Обучено 43 тренера, 156 инспекторов, 740 координаторов качества.

Вместе с тем, в 2012 г. применяемые в Казахстане стандарты аккредитации для организаций, оказывающих стационарную помощь, были признаны Исполнительным Комитетом Международного сообщества по качеству в здравоохранении (ISQua). В феврале 2013 года сертификат соответствия международным требованиям был получен также и на стандарты аккредитации для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. В 2013 году, Центр аккредитации получил международное право от ISQua обучать инспекторов для проведения аккредитации.

На базе ННЦРЗ были разработаны первые методические рекомендации по интерпретации стандартов аккредитации медицинских организаций. Однако, стандарты аккредитации были неравномерными по смысловой нагрузке и требованиям. Так, один стандарт мог содержать только один критерий, в то время как другой стандарт имел от 10 до 15 критериев. На протяжении последующих 7-ми лет стандарты аккредитации были пересмотрены, усовершенствованы в части соответствия стандартам организации оказания медицинской помощи, дополнены тре-

бованиями современных тенденций в части цифровизации системы здравоохранения, использования клинических протоколов диагностики и лечения, внедрения программы управления заболеванием, универсальной прогрессивной моделью патронажного наблюдения, развития таргетной терапии, проведения скринингов и деятельности школ здоровья пациентов.

В 2013 году в рамках подготовительных мероприятий к реформированию финансирования амбулаторно-поликлинических организаций, Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности была запланирована аккредитация организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП). Договора на выполнение государственного заказа на оказание услуг ПМСП были заключены с 441 поставщиками, в том числе с 67 частными медицинскими организациями. Из них 154 организации ПМСП подлежали аккредитации в 2013 году, остальные организации уже имели статус аккредитованных организаций. Для проведения внешней комплексной оценки медицинских организаций на предмет соответствия стандартам аккредитации были привлечены 197 экспертов из всех областей страны. 42 экспертные группы работали в течение 5 недель. Наряду с результатами внешней комплексной оценки при принятии решения Аккредитационной комиссией учитывались индикаторы оценки достигнутых результатов работы организаций ПМСП. По результатам аккредитации, из 154 медицинских организаций были аккредитованы сроком на 4 года только 2 медицинские организации: поликлиника №3 Караганды и поликлиника №4 города Костаная. Срок на 2 года получили аккредитацию - 125 медицинских организаций (81%), в том числе 12 частных медицинских организаций. Организациям ПМСП, у которых отмечались наихудшие показатели результатов деятельности и отрицательная динамика по основным показателям, было отказано в аккредитации. В их числе оказалось 27 медицинских организаций (17,5%). Данным организациям было рекомендовано устранить замечания, выявленные по результатам внешней комплексной оценки, а также провести работу по улучшению основных показателей деятельности, прежде чем повторно подавать заявку на прохождение аккредитации.

По итогам 2015г. из 238 медицинских организаций, подавших заявку, аккредитацию прошли 229 медицинских организаций, при этом, 36 из них являлись частными организациями, а 193 - государственными. Аккредитация проходила уже по обновленной методике оценки (на основании приказа министра здравоохранения и социального развития РК от «10» Марта 2015 года «Об утверждении Правил аккредитации в области здравоохранения» № 127), согласно которой присуждаются три категории аккредитации: вторая, первая, высшая. По результатам аккредитации, 229 медицинским организациям (МО) был присвоен статус аккредитации, не аккредитованы - 9 МО. В числе шести лучших: Национальный научный медицинский центр, Национальный научный центр материнства и детства, Национальный научный кардиохирургический центр в Астане, «Центр матери и ребенка» в Усть-Каменогорске, многопрофильная клиника Sofie Medgroupe в Актау и Центр ЭКО в Алматы. Вместе с тем, 4% медицинских организаций, участвовавших в аккредитации, не смогли доказать свое соответствие предъявляемым требованиям стандартов. В основном, в них выявлены проблемы, связанные с риск-менеджментом, внедрением 6 международных целей безопасности пациентов, стандартизацией клинических и неклинических процессов. Для проведения внешней комплексной оценки были привлечены 235 экспертов из числа сотрудников Комитета контроля качества медицинской и фармацевтической деятельности (ККМФД) МЗ СР РК, территориальных департаментов комитета, Центра аккредитации РЦРЗ, специалистов практического здравоохранения, прошедших специальную подготовку.

С начала 2016 года Центр аккредитации РЦРЗ проводил преаккредитационную подготовку медицинских организаций. Для подготовки медучреждений к данной процедуре консультантами Центра использовались новые современные технологии обучения с учетом рекомендации международных экспертов. В 2016 году заявку на прохождение добровольной процедуры подали 187 медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также медицинские организации районного и сельского уровня. От общего количества организаций, подавших заявки - 99 (52,9%) являлись государственными, 88 (47,1%) - частными. Наибольшее количество заявок на прохождение аккредитации поступило от медицинских организаций (далее - МО) города Алматы (32 МО, что составило 18% от всех заявок), Кызылординской (17 МО - 9%), Карагандинской (14 МО - 7,4%) и Костанайской (14 МО - 7,4%) областей. Наименьшее количество заявок от МО зарегистрировано в Северо-Казахстанской области - 2 (1%) МО. Для проведения внешней комплексной оценки медицинских организаций сформировано 34 экспертные группы, в состав которых вошли 68 обученных экспертов, а также 39 сотрудников территориальных департаментов ККМФД МЗСР РК - в качестве руководителей групп. Процедура аккредитации проводилась перекрестным методом в период с 31 октября по 26 ноября 2016 года в 14 областях и городах Алматы и Астана. Срок аккредитации для всех

категорий составляет три года. Не признаны аккредитованными 11 МО (6,1%), в том числе по 1 МО в Акмолинской, Жамбылской, Костанайской, Кызылординской, Южно-Казахстанской областях и по городу Астана, 2 МО в Карагандинской области и 3 МО в г. Алматы. Таким образом, в целом по Республике Казахстан успешно прошли внешнюю комплексную оценку на соответствие национальным стандартам аккредитации всего 176 (94,1%) МО, в том числе 89 (89,9%) государственных и 87 (98,9%) частных МО.

В первом полугодии 2017 года, заявку на прохождение добровольной процедуры подали 65 медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную и стационарную помощь на различных уровнях. Экспертная оценка соответствия медицинских организаций стандартам аккредитации проводилась перекрестным методом в период с 29 мая по 24 июня 2017 года. По итогам работы высшую категорию получило ГКП на ПХВ «Городской кардиологический центр» Управления здравоохранения Алматы. Соответствие первой категории получили 13 медицинских организаций, а второй - 39. Срок аккредитации для всех категорий составляет три года. Не признаны аккредитованными 12 медицинских организаций, в том числе по одной - в Акмолинской, Атырауской, Карагандинской, Костанайской, Южно-Казахстанской областях и по городу Астана, 2 медорганизации в Алматы и 4 - в Жамбылской области. Таким образом, по Республике Казахстан из 65 медорганизаций, подавших заявку на аккредитацию, успешно прошли внешнюю комплексную оценку на соответствие национальным стандартам 46 государственных и 7 частных. Во втором полугодии 2017 года аккредитовано еще 128 медицинских организаций.

В 2017 году Центр аккредитации получил международное признание как аккредитуемый орган сроком на 4 года от International Society for Quality in Health Care (Международное Общество по Качеству в Здравоохранении, далее - ISQua). В период за 2016-2017 годы проводилось пилотное тестирование обновлённых стандартов на базе медицинских организаций с их последующей доработкой.

За первое полугодие 2018 года было аккредитовано 95 медицинских организаций. С 25 июня 2018 года аккредитация медицинских организаций была приостановлена по необходимости обновления автоматизированной информационной системы МЗ РК «Система управления качеством медицинских услуг» (далее - «СУКМУ») сроком до 20 августа 2018 года. В дальнейшем аккредитация медицинских организаций проводилась по обновленным стандартам согласно приказа Министра здравоохранения от 5 июня 2018 года № 325 «О внесении изменения и дополнения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций». С момента внедрения национальной аккредитации медицинских организаций, этот выпуск стандартов аккредитации являлся третьим по счету. Согласно лучшей мировой практике и требованиям ISQua раз в четыре года рекомендуется пересматривать национальные стандарты аккредитации. По стандартам третьего пересмотра проводилась аккредитация медицинских организаций в течение следующих четырех лет. Данные стандарты аккредитации разработаны с учетом рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения (далее - ВОЗ), международных стандартов аккредитации, требований Международного Общества по качеству в сфере здравоохранения (далее - ISQua) и действующих нормативно-правовых актов Республики Казахстан. Новые стандарты отличаются своей детальностью и понятным изложением требований, что минимизирует возможность их неправильной интерпретации. В новых стандартах равномерно распределена тяжесть стандартов - каждый стандарт имеет 5 четких измеримых критериев. Сохранена система ранжирования: каждому критерию стандарта присваивается ранг от I до III в зависимости от влияния на безопасность пациента и качество медицинской помощи. «СУКМУ» автоматически подсчитывает введённые баллы, согласно ранжированию, для исключения человеческого фактора при подсчете. В содержании стандартов аккредитации появились новые требования из лучшей практики в области корпоративного управления, HR-менеджмента, обращения и применения лекарственных средств, управления качеством, включая выявление и предотвращение медицинских ошибок, и многие другие разделы. Так, впервые в нормативных документах Казахстана появился термин «культура безопасности», что означает поддержание не карательной обстановки в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности. Таким образом, прописаны требования к руководству медицинских организаций, которые должны внедрять и поддерживать культуру безопасности, поощрять выявление инцидентов, и принимать системные меры по улучшению работы. Обновленные стандарты содержат рекомендации ВОЗ в области инфекционного контроля, контроля использования антибиотиков, а также международные цели безопасности пациента. Были утверждены стандарты аккредитации отдельно для 6 типов медицинских организаций: амбулаторно-поликлинических организаций; стационарных организаций (больниц);

служб скорой помощи; организаций восстановительного лечения и медицинской реабилитации; организаций, оказывающих паллиативную помощь и сестринский уход; служб крови. Более того, по инициативе МЗ Республики Казахстан по пяти приоритетным направлениям для снижения смертности в Республике Казахстан от инсульта, инфаркта, онкологии, травматизма и в области родовспоможения были разработаны профильные стандарты для тех медицинских организаций, которые в составе своей структуры имеют такие службы или отделения. Теперь в рамках общих стандартов аккредитации имелись специальные разделы для вышеуказанных пяти профильных служб. Новые стандарты аккредитации прошли сертификацию ISQua как стандарты, соответствующие лучшей мировой практике.

В январе 2019 года, Общественное объединение «Экспертов и консультантов по внешней комплексной оценке в сфере здравоохранения» включено в реестр саморегулируемых организаций (согласно Правилам ведения реестра саморегулируемых организаций, утвержденным приказом МНЭ от 27 января 2016 года № 32) МЗ Республики Казахстан. В ноябре 2019 года, в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы и стратегического плана РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» (далее – РЦРЗ), завершена третья (финальная) фаза поэтапной передачи функции аккредитации медицинских организаций – выделение Центра аккредитации РЦРЗ в негосударственный сектор. Согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 252 НҚ от 29 октября 2019 года Общественное объединение «Экспертов и консультантов по внешней комплексной оценке в сфере здравоохранения» (далее – Объединение) аккредитовано уполномоченным органом (КККБТУ МЗ РК) в качестве аккредитующего органа на основании протокольного решения Объединенной Комиссии по Качеству МЗ РК от 17 октября 2019 №75. С 15 ноября 2019 года функции аккредитации выведены в негосударственный сектор.

По итогам 2021 года были аккредитованы по национальным стандартам только 46% поставщиков ГОБМП/ОСМС – 118 государственных и 33 частных, по международным стандартам (JCI) – 8 клиник.

За период с 2012 по 2022 годы была отслежена общая динамика вовлеченности медицинских организаций в национальную процедуру аккредитации (рис. 84) в разрезе участия частного и государственного секторов.



РИСУНОК 84 – ВОВЛЕЧЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В НАЦИОНАЛЬНУЮ АККРЕДИТАЦИЮ В ПЕРИОД С 2012 ПО 2022 ГОДЫ

Следует отметить, что тенденции к существенному росту участия частного сектора здравоохранения на протяжении десятилетия не было выявлено, средние значения по-прежнему удерживаются на показателях 35 - 46,2 (в абс.числах). Также обращает на себя внимание снижение общего количества медицинских организаций в аккредитации с 2016 года в 1,5 раза при том, что общее количество участников в оказании медицинской помощи, включая медицинские организации с частной формой собственности, предоставляющие медицинские услуги по договорам соисполнения, с каждым годом увеличивается (рис. 85).



РИСУНОК 85 – ДИНАМИКА ВОВЛЕЧЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН С ЧАСТНОЙ ФОРМОЙ СОБСТВЕННОСТИ В НАЦИОНАЛЬНУЮ АККРЕДИТАЦИЮ

Наибольшую заинтересованность на протяжении анализируемого периода в прохождении аккредитации проявляют медицинские организации, предоставляющие медицинскую помощь на уровне круглосуточного стационара, что подтверждено при анализе показателей за исследуемый период (рис. 86).



РИСУНОК 86 – УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ СТАЦИОНАРНУЮ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АККРЕДИТАЦИИ

При анализе реализации процедуры аккредитации среди медицинских организаций детского профиля была отмечена низкая вовлеченность в процесс (рис. 87), однако, с тенденцией к наращиванию потенциала в последние 2 года.



РИСУНОК 87 – ДИНАМИКА ВОВЛЕЧЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДЕТСКОГО ПРОФИЛЯ В ПРОЦЕСС АККРЕДИТАЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

В последние годы, можно отметить снижение процента участия в процессе аккредитации медицинских организаций стоматологического и офтальмологического профилей (рис. 88).

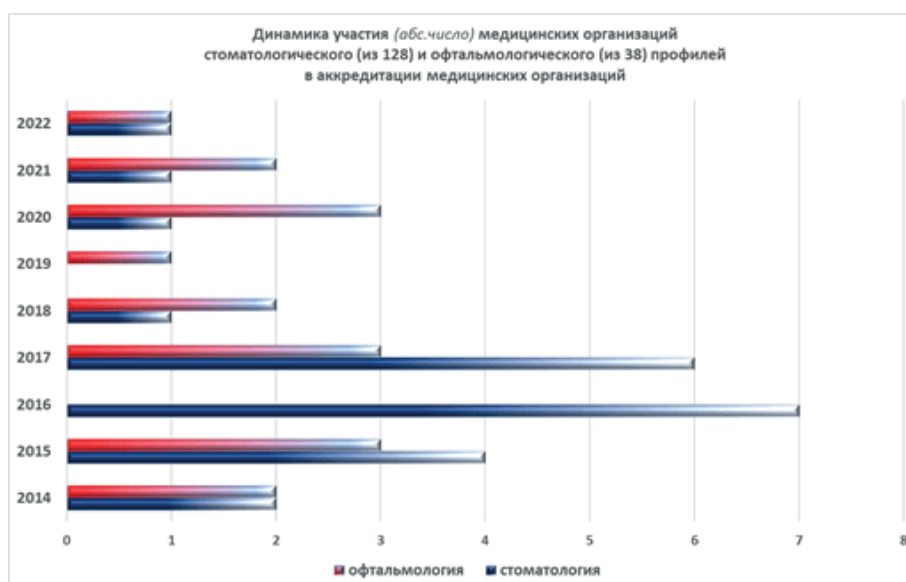


РИСУНОК 88 – ДИНАМИКА УЧАСТИЯ СТОМАТОЛОГИЙ И ОФТАЛЬМОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ АККРЕДИТАЦИИ

На данный период Казахстан являлся единственной страной из стран СНГ, которая использовала признанную ISQua национальную аккредитацию в целях стандартизации и повышения качества услуг в сфере здравоохранения. Опыт Казахстана заинтересовали и другие страны СНГ и дальнего зарубежья, с которыми было начато сотрудничество по обмену лучшей практикой в области аккредитации.

Из стран СНГ именно в Казахстане наибольшее количество клиник, прошедших национальную и международную (JCI) аккредитацию. Продолжается работа по увеличению охвата медицинских организаций национальной аккредитацией, разрабатываются мотивирующие механизмы:

- отсутствие необходимости проведения проактивного мониторинга от ФСМС и профилактического контроля от КМФК медицинских организаций, имеющих действующий сертификат аккредитации;

- в рамках формирования рейтинга медицинских организаций одним из весомых индикаторов выбрано наличие у медицинской организации национальной аккредитации, а также уровень её категории;

- разрешение на оказание высокотехнологичных медицинских услуг выдаётся медицинским организациям, получившим высшую категорию национальной аккредитации.

Выводы и рекомендации

В целом, следует отметить, что за 10 лет была проделана определенная работа по развитию и популяризации национальной аккредитации медицинских организаций. Методология проведения процедуры внешней комплексной оценки была дважды пересмотрена с акцентированием основного вектора мероприятий на оценку процессов, выполняемых в медицинской организации, и проведением автоматизированного расчёта итоговых показателей по внешней комплексной оценке в программе «СУКМУ» (система управления качеством медицинских услуг) с целью исключения влияния человеческого фактора. Стандарты аккредитации пересматривались, совершенствовались и актуализировались за анализируемый период трижды с целью приведения к единому комплексу взаимодействия аккредитации и стандартами организации оказания медицинской помощи по профилям. Это, в свою очередь, позволяет влиять непосредственно на уровень качества предоставляемых медицинских услуг, путем регулирования процессов менеджмента, проработки командного подхода по разворачиванию и проведению мероприятий при экстренных и неотложных состояниях, при чрезвычайных ситуациях, обеспечением реализации прав пациентов и членов их семей как в процессе консультирования, обследования, лечения и последующих ухода и наблюдения, так и с внедрением лучших практик для повышения доступности медицинской помощи.

Следует отметить, что медицинские организации, впервые прошедшие процесс аккредитации, в дальнейшем стремятся не просто поддерживать статус аккредитованной организации, но и повышать уровень своей категории аккредитации, что безусловно приводит не только к повышению рейтинга среди других аналогичных медицинских организаций, но и к повышению уровня доверия среди стейкхолдеров, в виду обеспечения надёжности, безопасности и качества предоставляемых медицинских услуг.

Однако, данное направление деятельности требует дальнейшего совершенствования, в виду наличия множества проблем по реализации механизмов. В настоящее время в медицинском сообществе идут активные дискуссии по вопросу децентрализации аккредитации и передачи функций по её проведению в конкурентную среду. Несмотря на наличие соответствующей нормативной базы, существуют ещё множества проблем с аккредитацией самих организаций по проведению данной процедуры.

По-прежнему остается открытым вопрос прямой зависимости аккредитации от качества и безопасности медицинских услуг, оказываемых в аккредитованных организациях. Несмотря на наличие преимущественного права аккредитованных организаций в получении средств ОСМС, данное положение всё ещё требует законодательной доработки.

3.2.2 Рациональная клиническая практика

Одной из гарантий обеспечения прав в области здравоохранения гражданам Республики Казахстан, закрепленных Кодексом, является качество медицинской помощи.

Качество медицинской помощи в РК обеспечивается соответствием оказываемой медицинской помощи клиническим протоколам (далее - КП), стандартам организации оказания медицинской помощи (далее - Стандарт), правилам оказания медицинской помощи.

КП представляет собой научно доказанные рекомендации по профилактике, медицинской реабилитации и паллиативной помощи, лечению и диагностике заболеваний, что определено Кодексом. Порядок разработки и актуализации КП регламентирован приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2020 года № ҚР ДСМ - 188/2020 «Об утверждении правил разработки и пересмотра клинических протоколов».

КП обеспечивают целостность лечебно-диагностического процесса, преемственность на всех этапах оказания медицинской помощи в различных медицинских организациях и защиту прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов, а также решают задачи выбора оптимальных технологий профилактики, лечения и реабилитации.

КП разрабатывают научные медицинские центры, высшие медицинские учебные заведения с привлечением неправительственных организаций. Разработка и актуализация КП проводится с предварительной приоритизацией тем КП по уровню распространенности заболевания, уровню смертности населения от заболеваний, отнесению заболевания к социально значимым заболеваниям и другим критериям.

В период разработки проекты КП доступны к открытому обсуждению государственным органам, профессиональным и пациентским сообществам для последующего рецензирования ввиду размещения на сайте разработчиков.

В дальнейшем проводится экспертная оценка проектов КП на наличие доказанной клинической эффективности и безопасности лекарственных средств и технологий с использованием международных данных по доказательной медицине.

Принцип доказательной медицины и системный подход при экспертизе направлены на снижение частоты применения неэффективных методов лечения и профилактики, малоинформативных методов диагностики, небезопасных лекарственных средств и хирургических вмешательств, что позволяет исключить гипердиагностику, полипрагмазию и оптимизировать расходы на медицинскую помощь.

Решение о рекомендации КП к использованию принимает Объединенная комиссия по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан. КП размещены в открытом доступе на сайте министерства.

В настоящее время в практическом здравоохранении Республики Казахстан применяются 1100 КП, в том числе КП диагностики и лечения - 926, КП медицинского вмешательства - 129, КП медицинской реабилитации - 33, КП паллиативной помощи - 12. КП охватывают такие профили как акушерство и гинекология (73 КП), хирургия (558 КП), педиатрия (150 КП), терапия (319 КП).

Кроме того, медицинская помощь населению Республики Казахстан оказывается в соответствии со Стандартами, разработанными с учетом принципов доказательной медицины и устанавливающих требования и правила к организации медицинской помощи. Всего в Республике Казахстан действует 40 Стандартов по профильным службам.

Для создания четкой и прозрачной системы принятия управленческих и клинических решений, основанных на доказательной медицине в Республике Казахстан с 2011 года проводят оценку технологий здравоохранения (далее - ОТЗ). Сформирована база экспертов по Оценке медицинских технологий (далее - ОМТ), разработаны методические пособия (5 методических рекомендаций, 1 учебное пособие) и Регламент проведения ОТЗ.

Первые отчеты по ОМТ были представлены в 2013 году, на основании которых Казахстан принят в международную сеть агентств ОТЗ - INANTA.

С 2011 по 2014 годы проэкспертированы 676 медицинских технологий на соответствие критериям ВТМП, 257 медицинской технологии на наличие доказательной базы по клинической эффективности и безопасности, 87 новых медицинских технологий на соответствие критериям безопасности, эффективности и качества применения, сформированы 11 полных отчетов ОТЗ для принятия решений.

3.3 Инфраструктура здравоохранения

В период 2012-2022 гг. реализованы меры по улучшению инвестиционного климата в медицинской отрасли в целях обеспечения территориальной доступности медицинских организаций для населения, в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях.

Министерством здравоохранения Республики Казахстан (МЗРК), в целях улучшения инфраструктуры организаций здравоохранения, повышения эффективности использования ресурсов и предоставления медицинских услуг в соответствии с международными стандартами, были запланированы мероприятия по реструктуризации сети организаций здравоохранения и планированию инвестиций. Для реализации данных мероприятий была привлечена консалтинговая компания «Sanigest Internacional», разработанными проектами мастер-планов по 3 основным направлениям:

- реструктуризация сети больничных организаций;
- развитие сети амбулаторно-поликлинических организаций;
- совершенствование лабораторной службы для регионов.

С целью приведения больничных организаций регионов к международным стандартам в 2009 году постановлением Правительства в Казахстане утвержден государственный норматив сети организаций здравоохранения. В последующем государственный норматив сети организаций здравоохранения неоднократно пересмотрен с изменениями и дополнениями. Региональными Управлениями здравоохранения совместно с местными исполнительными органами с 2015 года проводится разработка региональных перспективных планов (РПП) с целью развития сети организаций здравоохранения региона, на основе которых формируется и утверждается единый перспективный план.

РПП развития инфраструктуры организаций здравоохранения - это стратегия перехода от существующей сети к оптимизированной сети организаций здравоохранения, включающей изменения в структуре и локализации.

В рамках реализации государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы в части совершенствования сети организаций здравоохранения во всех регионах проведена **оптимизация инфраструктуры организаций здравоохранения** с вертикальной интеграцией фтизиатрической и горизонтальной интеграцией психиатрической и наркологической служб.

С 2018 года проводится рационализация сети круглосуточных стационаров путем объединения монопрофильных медицинских организаций в состав многопрофильных больниц с учетом единого перспективного плана развития инфраструктуры здравоохранения. Реструктуризация больничного сектора и развитие многопрофильности оказания медицинской помощи позволили провести мероприятия по слиянию и укрупнению больниц, их модернизации современным оборудованием, закрытию маломощных, нерентабельных, со слабой материальной базой, в основном сельских больниц, и открытию современных оснащённых реабилитационных центров, хосписов, больниц сестринского ухода. Реструктуризация больничного сектора была направлена на дальнейшее развитие многопрофильности оказания медицинской помощи. За счёт укрупнения и создания многопрофильных больниц с включением в их состав монопрофильных больниц и произошло уменьшение больничных организаций с 640 до 477 по итогам 2021 года.

Больничная сеть должна быть ориентирована на потребности населения с учетом демографических изменений согласно прогноза численности населения по полу и возрасту, заболеваемости, наличия кадровых ресурсов и медицинской техники. Это предусматривает развитие сети вокруг потребностей населения и своевременного доступа к медицинским услугам, а не размещение больницы в соответствии с административно-территориальным делением страны, региона.

Рост необоснованной госпитализации в круглосуточный стационар и приоритетное развитие ПМСП говорит о необходимости укрепления сети первичной медицинской помощи – при условии, что высокий уровень госпитализации вызван отчасти слабой сетью первичной медицинской помощи. Наряду с этим, снижающийся уровень госпитализации означает, что потенциал сети ПМСП значительно увеличивается.

Структура организаций ПМСП является одним из ключевых факторов, позволяющих обеспечить доступность, своевременность и качество оказываемой медицинской помощи.

За 2012-2022 годы в рамках реализации государственных программ развития здравоохранения, развитие ПМСП имело приоритетное направление, значительно укреплен институт общеврачебной практики. За организациями ПМСП закреплено место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества. Переход на пациентоориентированную модель потребовал пересмотра и совершенствования нормативно-правовой базы, в том числе определил приоритет государственно-частного партнерства (ГЧП) при оказании ПМСП.

Сегодня доступность медицинских услуг для сельского населения, в том числе жителям отдаленных населенных пунктов, обеспечивается посредством использования ресурсов дистанционной медицины и транспортной медицины (медицинских поездов, передвижных медицинских комплексов, санитарной авиации). В 2020 году для обеспечения доступности и предоставления медицинских услуг населению, проживающему в отдаленных селах, было приобретено 100 передвижных медицинских комплексов на шасси к имеющимся, сегодня их количество составляет 149. Расширена сеть районных подстанций скорой медицинской помощи для своевременного оказания больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, а также доставки пациентов в кратчайшие сроки в медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи.

Дополнительно созданы условия для открытия частных индивидуальных и групповых семейных врачебных практик (семейных врачебных амбулаторий), приближенных к местам проживания населения. За счет средств местных исполнительных органов и привлечения частных инвестиций планируется открыть не менее 500 объектов первичной медико-санитарной помощи здравоохранения.

В рамках региональных перспективных планов развития акиматами планомерно осуществляются мероприятия по обновлению инфраструктуры системы здравоохранения регионов, в том числе капитальный ремонт, реконструкция, строительство объектов за счет средств местных и республиканских бюджетов, частных инвестиций, ГЧП, а также в рамках программы «Ауыл – Ел бесігі».

В 2020-2021 годы система здравоохранения Казахстана выдержала колоссальную нагрузку в связи с высоким ростом заболевших коронавирусной инфекцией. Учитывая все риски

распространения коронавирусной инфекции, Министерством здравоохранения приняты меры по обеспечению готовности коечного фонда. Для готовности инфраструктуры здравоохранения к росту заболеваемости коронавирусной инфекцией и повышения доступности оказания медицинской помощи населению в условиях пандемии, возведены модульные инфекционные больницы в областных центрах и в городах Алматы, Шымкент, Астана акиматами регионов в рамках средств программы Дорожная карта занятости с софинансированием из местного бюджета, резерва Правительства Республики Казахстан и спонсорской помощи.

В Послании Главы Государства народу Казахстана от 1 сентября 2020 года «Казахстан в новой реальности: время действий» одним из важных вопросов развития системы здравоохранения определено развитие медицинской инфраструктуры, в том числе строительство новых инфекционных больниц, многопрофильных медицинских центров и введение в эксплуатацию современных многофункциональных объектов здравоохранения. В Послании Главы Государства народу Казахстана от 1 сентября 2022 года «Справедливое государство. Единая нация. Благополучное общество» подчеркнута необходимость уделить особое внимание комплексному улучшению медицинской инфраструктуры, в том числе посредством государственно-частного партнерства, и в рамках реализации национального проекта, нацеленного на нужды сельских жителей нашей страны.

Инфраструктура здравоохранения представляет собой важный компонент структурного качества системы здравоохранения. Материально-техническая инфраструктура медицинских организаций в значительной степени влияет как на способность поставщиков услуг здравоохранения выполнять свою работу, так и на удовлетворенность пациентов. Оснащенность медицинских организаций медицинским оборудованием с 2012 года претерпела значительные положительные изменения. Необходимо отметить крайне низкую оснащенность в 2010-2012 годах как больничных, так и амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения на региональном уровне. Министерством регулярно проводится постоянная работа по вопросу улучшения материально-технической базы организаций здравоохранения. По итогам 2022 года оснащенность медицинских организаций составила по республике 84,5%, при этом износ 49,8%. В предыдущие годы были реализованы масштабные проекты «Строительство 100 школ, 100 больниц» и «Строительство 350 врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов и поликлиник», а также индивидуальные проекты в рамках средств государственного бюджета и частных инвестиций.

Выделенные средства в первоочередном порядке Правительством РК и МИО направлялись на решение проблем аварийности, изношенности зданий и сооружений, обеспечения доступности медицинской помощи, в том числе в отдаленных населенных пунктах, и в ряде частных центров были построены высокотехнологичные медицинские объекты.

Также в городе Астане созданы современные специализированные центры, соответствующие международным стандартам и оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь населению всей Республики.

В 2020-2022 годы проведены капитальные ремонтные работы по 27 стационарным объектам здравоохранения, поставлено более 3 тысяч единиц аппаратов искусственной вентиляции легких, в том числе 1500 отечественного производства, централизованно обеспеченных кислородом за счет ввода в эксплуатацию 64 кислородных станций; районные больницы дооснащены 53 рентген-аппаратами, из них 49 закуплено у отечественного производителя «Актюбрентген» для оказания медицинской помощи инфекционным больным.

Начиная с 2020 по 2022 год в эксплуатацию введены 260 объектов, в том числе в 2020 году - 80, 2021 году - 71 и в 2022 году - 109.

Данные меры позволили улучшить качество и доступность медицинской помощи.

Вместе с тем, инфраструктура требует постоянных инвестиций, ввиду развития технологий и новых методов диагностики и лечения в мире, а также физического износа активов здравоохранения, который составляет более 40 %.

Для эффективного развития инфраструктуры здравоохранения, а также реализации крупных инвестиционных проектов и проектов государственно-частного партнерства в области здравоохранения в 2020 году, Министерством определен национальный оператор в области здравоохранения НАО «Turar Healthcare». Национальным оператором активно ведется работа по реализации проектов с целью создания новой медицинской инфраструктуры с учетом национальных и международных стандартов качества и безопасности пациентов, работников и посетителей медицинских организаций. При медицинском планировании учитывается опыт лучших мировых практик в области инфраструктуры здравоохранения с минимизацией возможных рисков, включая инфекционные, финансовые и другие.

В целях комплексного обновления инфраструктуры здравоохранения и с учетом потребности

регионов, планируется поэтапная реализация проектов строительства многопрофильных больниц, соответствующих международным стандартам.

Проведенный анализ обеспеченности медицинским персоналом планируемых больниц обуславливает приоритетность реализации, в первую очередь, университетских больниц с целью обеспечения кадрами всех остальных проектов и соблюдения принципа триединства образования, науки и практики.

Таким образом, на первом этапе, до 2026 года, планируется реализовать проекты строительства 6 многопрофильных университетских больниц (на 300 коек в г.г. Алматы и Караганде, на 800 коек в г.г. Астане и Шымкенте, до 500 коек в г.г. Актобе и Семей), а также завершить начатые по инициативе инвесторов проекты (на 480 коек в г. Петропавловске, на 570 коек в г. Туркестане, на 630 коек в г. Кокшетау).

На втором этапе, с 2026 года по 2030 год, планируется реализация 8 многопрофильных больниц в городах Актау (300 коек), Атырау (350 коек), Костанай (400 коек), Павлодар (500 коек), Тараз (450 коек), Уральск (440 коек), Жезказган (300 коек), Қонаев (800 коек) и реабилитационного центра в городе Астана. Также планируется построить 13 современных перинатальных центров.

Это позволит выстроить перспективную модель триединства науки, образования и клинической деятельности, повысить эффективность клинических исследований. Для улучшения инфраструктуры сельского здравоохранения в рамках национального проекта «Модернизация сельского здравоохранения» будут построены 655 объектов ПМСП, а также будут организованы многопрофильные центральные районные больницы путем модернизации и организации новых объектов, которые будут являться альтернативой областным больницам по объему оказания медицинской помощи.

В 2022 году Министерству здравоохранения необходимо было достичь показатель инвестиции в основной капитал на сумму 248,5 млрд. тенге, по итогам года, согласно данным системы ИС «Талдау» ИОК составил 257,4 млрд. тенге - данный показатель Министерством достигнут.

При этом, основной объем капиталовложений в отрасль здравоохранения за счет средств республиканского бюджета приходится в размере 57,0 млрд. тенге, на местный бюджет - 80,3 млрд. тенге, и на частные инвестиции - 119,8 млрд. тенге, согласно данным системы ИС «Талдау».

Модернизация государственных субъектов здравоохранения будет осуществляться с учетом необходимости доведения до требуемого уровня стандартов минимального технического и капитального оснащения медицинских организаций.

Планирование и выполнение таких проектов будут реализованы в партнерстве с международными финансирующими организациями и частными партнерами, выбранными на основе прозрачных международных конкурсных процедур. Все планируемые меры позволят обновить инфраструктуру здравоохранения в регионах страны, обеспечить качество и мультидисциплинарный подход в лечении пациентов, снизить отток пациентов за рубеж и обеспечить въездной медицинский туризм, создать клинические базы для медицинских высших учебных заведений.

3.3.1 Национальный оператор в области здравоохранения

Постановлением Правительства Республики Казахстан создано НАО «Turar Healthcare» со стопроцентным участием государства в уставном капитале, которое определено Национальным оператором в области здравоохранения (далее - Национальный оператор), основным предметом его деятельности является развитие инфраструктуры здравоохранения.

Постановлением Правительства определены следующие функции Национального оператора:

- 1) реализация проектов в области здравоохранения, в том числе инвестиционных проектов;
- 2) осуществление деятельности по медицинскому планированию объектов здравоохранения;
- 3) осуществление деятельности по разработке предпроектной и проектно-сметной документации объектов здравоохранения, в том числе с одобрением проектов повторного применения;

- 4) осуществление деятельности по ведению авторского надзора по объектам здравоохранения.

Национальным оператором начата работа по реализации проектов по созданию новой медицинской инфраструктуры, с учетом национальных и международных стандартов качества и безопасности пациентов, работников и посетителей медицинских организаций. При медицинском планировании рассматривается опыт лучших мировых практик в области инфраструктуры здравоохранения с минимизацией возможных рисков, включая инфекционные, финансовые и другие.

В настоящее время планируется реализация 6 крупных проектов по строительству Университетских больниц в городах Астана, Алматы, Шымкент, Актобе, Караганды и Семей.

Проекты Университетских больниц в городах Астана и Шымкент на 800 коек реализуются в рамках государственно-частного партнерства (далее – ГЧП) по механизму частные финансовые инвестиции (далее – ЧФИ).

Университетские больницы в городах Алматы и Караганды на 300 коек реализуются совместно с МФО по механизму концессии.

В 2022 году Национальным оператором проведены работы по медицинскому планированию Университетских больниц в городах Актобе на 400 коек и Семей на 600 коек.

Кроме этого, Национальным оператором проводится разработка медицинской документации по планированию и проектированию проектов по строительству сети 13 современных перинатальных центров в 12 регионах республики. Исходя из потребностей регионов, определен перечень проектов в городах Астана (2), Алматы, Шымкент, Атырау, Жезказган, Караганда, Костанай, Кызылорда, Тараз, Уральск, Каскелен Карасайского района Алматинской области и в селе Темирлан Ордабасинского района Туркестанской области, оснащенных современным оборудованием.

Реализация вышеприведенных проектов позволит обновить инфраструктуру здравоохранения Республики Казахстан, удовлетворить внутренний спрос на качественную медицинскую помощь, в короткий срок, создать центры притяжения медицинского туризма для Центральной Азии и СНГ, вовлечь ресурсы и опыт частного сектора.

Почему государство уделило особое внимание данному вопросу? Практически вся функционирующая сеть медицинских организаций построена в середине и конце прошлого века, и многие из них морально и материально устарели и не соответствуют современным требованиям. Особенно это заметно в сельской местности.

Кроме того, анализ показывает, что капитальные вложения в инфраструктуру здравоохранения, с созданием благоприятных условий для врачей и пациентов, позволяет в короткие сроки добиться высоких результатов за счёт абсолютного соблюдения стандартов диагностики и лечения на всех этапах оказания медицинской помощи.

3.4. Совершенствование политики обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями

3.4.1 История, динамика и перспективы политики обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями

Национальная лекарственная политика (далее - НЛП) прошла и проходит сложный период трансформации и становления.

Целью фармацевтической политики изначально было решение определенных существующих проблем в секторе здравоохранения через:

- усиление государственного регулирования обращения лекарственных средств;
- дальнейшее развитие местной фармацевтической и медицинской промышленности;
- предоставление доступа к безопасным, эффективным и качественным лекарственным средствам;
- балансирование конкурентных интересов всех участников фармацевтической отрасли, в том числе потребителей, государственных органов и предпринимателей, занимающихся фармацевтической деятельностью.

В НЛП одной из важнейших функций государства является предоставление населению качественных, безопасных и эффективных лекарственных средств и определение лечебно-профилактических мероприятий.

Развитие фармацевтической отрасли несет важное стратегическое, социальное и экономическое значение для Республики Казахстан. Среди достижений в фармацевтической промышленности отмечается формирование Казахстанского национального лекарственного формуляра, перечней возмещения в который входят перечень лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями), и перечень лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемых у единого дистрибьютора, и увеличение числа фармацевтических и медицинских организаций, предоставляющих свои услуги населению.

В 2011 году, в рамках партнерского взаимодействия по фармацевтической политике (Техническое задание № KHSTTIRP-E/CS-01) консультантами Euro Health Group были выявлены следующие недостатки в НЛП:

- Недоступность лекарственных средств для сельского населения;
- Наличие на рынке контрафактных и незарегистрированных лекарств;
- Отсутствие соответствующей законодательной и нормативно-правовой базы;
- Отсутствие международных стандартов качества для производства лекарственных средств;
- Отсутствие финансовой поддержки для разработки новых лекарственных средств и новых производителей;
- Нерациональное использование лекарственных средств и полипрагмазия;
- Отсутствие статистических данных о фармацевтической отрасли.

Национальный Формулярный Комитет был образован в 2009 году и в 2011 году около 600 позиций были удалены из списка, что вызвало сопротивление со стороны фармпоставщиков.

Нынешний список, как считается, частично основан на стандартах/руководствах по лечению, составленных ведущими (старшими) профессионалами здравоохранения.

Анализ Национального Формуляра показал, что из 735 позиций списка, 463 (63%) не входили в Модельный список основных лекарств ВОЗ. Аналогично, из 224 позиций Лекарственного Пакета для амбулаторной помощи (OPDBP), 136 (61%) не соответствовали Модельному списку ВОЗ. Более того, 10 позиций Лекарственного Пакета не входили в действующий Национальный Формулярный список.

Первое издание Национального формулярного справочника Республики Казахстан было опубликовано в 2008 году. Согласно введению, он был основан на концепции жизненно необходимых лекарственных средств и рассматривал проблему нерационального использования лекарственных средств. Считается, что выбранные лекарства (важные или жизненно важные) обладают подтверждённой эффективностью и безопасностью, которые основаны на надлежащих клинических доказательствах, и эти лекарственные средства соответствуют рекомендациям действующих национальных руководств и протоколов лечения пациентов, а также рекомендации ВОЗ, европейских и американских организаций.

Однако, в ходе проведения интервью, было подтверждено, что многие лекарственные средства вошли в Формуляр на основании того, что они использовались в прошлом. Создавалось впечатление, что исключение определенных лекарств из этого перечня может привести к существенным трудностям в медицинской практике, в частности, связанным с зависимостью пациентов от некоторых лекарств.

Повышение качества и эффективности медикаментозной терапии остаётся актуальной проблемой в сфере охраны здоровья населения. Лекарственное обеспечение занимает значительную часть в расходах здравоохранения и важное место в оказании медицинской помощи населению. В связи с чем, нерациональное использование лекарственных средств имеет медицинские, социальные и экономические последствия для системы общественного здравоохранения.

Лекарственные формуляры организаций здравоохранения формируются на основе Казахстанского национального лекарственного формуляра (далее - КНФ), постоянно совершенствуются на основе регулярного проведения мониторинга и оценки эффективности применения в отношении отдельных, наиболее дорогостоящих лекарственных средств.

В соответствии с Кодексом, перечень лекарственных средств с доказанной клинической безопасностью и эффективностью, а также перечень орфанных (редких) лекарственных препаратов, являются обязательной основой для разработки лекарственных формуляров медицинских организаций, а также основной для формирования списков закупок лекарственных средств, в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в рамках системы обязательного социального медицинского страхования.

КНФ разрабатывается на основе фармакотерапевтической и (или) анатомо-терапевтической классификации лекарственных средств. Для формирования КНФ используется Государственный реестр лекарственных средств и медицинских изделий. Лекарственное средство вносится в КНФ под международным непатентованным наименованием лекарственного средства с указанием каждого торгового наименования лекарственного средства, зарегистрированного на территории Республики Казахстан.

В 2015 году в рамках стратегического партнерства Правительства Республики Казахстан и Всемирного Банка согласно Компоненту, совместно с международными экспертами создан Центр «Редакция Казахстанский национальный лекарственный формуляр», (далее - редакция КНФ). Редакция КНФ была структурным подразделением Республиканского центра развития здравоохранения - ныне Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой.

Целью Проекта является внедрение международных стандартов и формирование долгосрочного институционального потенциала в Министерстве здравоохранения РК и

соответствующих органах и организациях здравоохранения в поддержку ключевых реформ в секторе здравоохранения, проводимых Правительством Республики Казахстан в контексте Государственной программы реформирования и развития системы здравоохранения в Республике Казахстан.

В настоящее время КНФ, утвержденный приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан, включает в себя 6940 позиций торговых наименований лекарственных средств.

Вместе с тем, согласно правилам, принятие решения об исключении лекарственных средств из КНФ Формулярной комиссией рассматривается при наличии одного из следующих оснований:

- 1) появление научно-обоснованных рекомендаций о недостаточной эффективности лекарственного средства;
- 2) появление сведений о токсичности и (или) высокой частоте нежелательных побочных явлений при применении лекарственного средства;
- 3) отзыв уполномоченным органом регистрационного удостоверения у лекарственного препарата или истечение срока регистрации в Республике Казахстан в течение периода, превышающего три года или исключение из Перечня орфанных лекарственных средств, определенного согласно пункту 3 статьи 177 Кодекса.

3.4.2 Обеспечение населения лекарственными средствами и медицинскими изделиями

Исторически лекарства выдавались согласно перечню заболеваний для определенных групп пациентов. АЛО обеспечивал лекарствами только ограниченные группы населения и ограниченное число заболеваний, за которые правомочные пациенты могли получить 100% или 50% компенсацию. 50% льготы предоставлялись всем группам населения, но только на лечение ограниченного числа заболеваний и на ограниченное число лекарств. Система работала по утвержденному перечню лекарственных средств на каждое заболевание. Перечень был составлен по МНН лекарств, хотя назначение и отпуск лекарств осуществлялся по торговому названию лекарств. Амбулаторный лекарственный перечень являлся частью национального формулярного перечня. Финансирование осуществлялось как из республиканского бюджета, так и из областных/городских бюджетов. Объем финансирования из каждого источника зависел от категории пациентов и заболевания.

Система работала вполне эффективно, однако со временем, начались повсеместные нарушения в виде искусственного завышения цен в той части, которая покрывалась за счет бюджетных средств.

Поэтому, позднее от этой практики пришлось отказаться.

Была внедрена новая программа бесплатного лекарственного обеспечения с 2004 года. Благодаря этой программе граждане, состоящие на динамическом наблюдении по заболеваниям, получили возможность приобретать лекарственные средства на бесплатной основе.

В настоящее время обеспечение лекарственными средствами граждан на амбулаторном уровне в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) и обязательного социального медицинского страхования (далее - ОСМС) осуществляется в соответствии с Перечнем, утвержденным приказом Министра здравоохранения

Согласно Приказу, в Перечень АЛО входят 59 нозологий в рамках ГОБМП, 72 нозологии в системе ОСМС (из них ОСМС для взрослых - 24 нозологии, ОСМС для детей до 18 лет - 48 нозологий).

ТАБЛИЦА 23 – ПЕРЕЧЕНЬ АЛО

ГОБМП		ОСМС ВЗРОСЛЫЕ		ОСМС ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ	
НОЗОЛОГИЙ	59	НОЗОЛОГИЙ	24	НОЗОЛОГИЙ	48
НОЗОЛОГИИ БЕЗ ПОВТОРОВ	56	НОЗОЛОГИИ БЕЗ ПОВТОРОВ	24	НОЗОЛОГИИ БЕЗ ПОВТОРОВ	48
ПОЗИЦИЙ ЛС	367	ПОЗИЦИЙ ЛС	74	ПОЗИЦИЙ ЛС	174
МНН БЕЗ ДУБЛИРОВАНИЯ	287	МНН БЕЗ ДУБЛИРОВАНИЯ	55	МНН БЕЗ ДУБЛИРОВАНИЯ	86
МИ	22	МИ	0	МИ	0

В Перечне АЛО представлен 31 орфанное заболевание, 82 позиций ЛС (без дублирования 60 МНН), 14 МИ.

Согласно действующему законодательству Республики Казахстан ГОБМП предоставляется гражданам Республики Казахстан, кандасам, беженцам, иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Республики Казахстан, за счет бюджетных средств и

включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью.

В рамках ГОБМП лекарства выдаются бесплатно по социально-значимым заболеваниям, как: туберкулез, хронические вирусные гепатиты и цирроз печени, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства, детский церебральный паралич, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, системные поражения соединительной ткани, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и др.

Закуп лекарств, представленных в утвержденном перечне АЛО, осуществляет ТОО «СК-Фармация» в зависимости от финансирования (ГОБМП или ОСМС).

Первоначальный список жизненно-важных лекарств 2005 года содержал около 1200 лекарств и, по существу, являлся списком для государственных закупок. Однако система была слишком жесткая (не гибкая) и трудно было что-либо изменить. Она не позволяла закупку дополнительных лекарств. Лекарственные средства были включены в список без четкого протокола. Часто это происходило посредством давления фармацевтических компаний.

Ввиду этого приказом Министра здравоохранения в 2009 году был утвержден перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного и льготного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне, который охватывал 2 направления:

- Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного и льготного обеспечения населения в рамках ГОБМП на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами, с коэффициентом возмещения 1,0 (далее - перечень АЛО с коэффициентом возмещения 1,0) с 40 заболеваниями/состояниями и 231 позициями ЛС (161 МНН), а также с 6 МИ и специализированными продуктами. Перечень АЛО с коэффициентом возмещения 1,0 финансировался за счет бюджетных средств (35 заболеваний/состояний с 205 позициями ЛС и 5 МИ и специализированных продуктов (138 МНН)) и за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов (субвенций) (5 заболеваний с 26 позициями ЛС (23 МНН) и 1 МИ).

- Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения для льготного обеспечения отдельных категорий населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями), с коэффициентом возмещения 0,5 (далее - перечень АЛО с коэффициентом возмещения 0,5) был представлен с 7 заболеваниями/состояниями и с 64 позициями ЛС (53 МНН).

Необходимо отметить, что перечень АЛО имел следующую структуру: категория граждан, заболевания, наименование ЛС. Лекарственные средства указывались по МНН, лекарственной форме и дозировке, а заболевания указаны без кодов МКБ-10.

С 2011 по 2016 годы амбулаторное лекарственное обеспечение регламентировалось приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан, который включал в себя 47 заболеваний/состояний с 237 позициями ЛС и 19 специализированных лечебных продуктов, которые финансировались в рамках республиканского бюджета (11 нозологий, 47 МНН) и местного бюджета (36 нозологий, 155 МНН). В структуре приказа, помимо заболеваний, категории населения, наименований лекарственных средств с формой выпуска, были включены показания (степень, стадия, тяжесть течения) для назначения лекарственных средств, а также из Перечня АЛО исключили дозировки лекарственных средств.

В августе 2017 года был утвержден Перечень лекарственных средств и медицинских изделий в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, медицинскими изделиями и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне, где были представлены 49 заболеваний/состояний (в рамках ГОБМП - 18, в системе ОСМС - 31) с 270 позициями ЛС (216 МНН) и 20 медицинскими изделиями и специализированными лечебными продуктами.

В Приказе были добавлены новые критерии, такие как:

- Код МКБ 10, Международная классификация болезней 10-го пересмотра, которая является общепринятой классификацией для кодирования медицинских диагнозов, разработанная ВОЗ. МКБ является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов и международную сопоставимость материалов.
- Код АТХ, Международная система классификации лекарственных средств, разделяющая все ЛС на группы, согласно их основному терапевтическому применению. АТХ - классификация имеет понятную, иерархическую структуру, что облегчает поиск нужных ле-

карственных препаратов.

- Классификация нозологий по разделам и системам, что значительно упрощает работу с перечнем, например, болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения и т.д.

Позднее в данный приказ неоднократно вносились изменения и дополнения, что стало вполне обычной процедурой.

В настоящее время перечень АЛО составляется согласно правилам формирования перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями), утвержденный приказом Министра здравоохранения в 2021 году, где впервые, наравне с нормами о включении лекарств в перечень, предусмотрены нормы исключения из него.

Принятие данного решения об исключении из перечня АЛО Формулярной комиссией рассматривается по инициативе уполномоченного органа при наличии одного из следующих оснований:

- 1) исключении лекарственного средства, с учетом лекарственной формы из КНФ;
- 2) включении альтернативных лекарственных средств и изделий медицинского назначения, обладающих доказанными клиническими и (или) фармакоэкономическим преимуществом, и (или) особенностями действия, и (или) большей безопасностью при диагностике, профилактике, лечении или реабилитации заболеваний, синдромов и состояний;
- 3) появлении сведений о токсичности или высокой частоте нежелательных побочных явлений при применении лекарственных средств и медицинских изделий, представленных государственным органом в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий;
- 4) приостановлении применения лекарственных средств и медицинских изделий специализированных лечебных продуктов в Республике Казахстан решением государственного органа в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий;
- 5) отмене государственной регистрации лекарственных средств и медицинских изделий решением государственных органов в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий.

3.4.3 Развитие единой дистрибуции

Одним из знаковых событий в системе стало создание единого дистрибьютора по закупке лекарственных средств в лице ТОО «СК-Фармация», который был изначально организован в составе национальной компании «Самрук-Казына».

С момента создания новая организация прошла сложный путь, сопровождавшийся скандалами и разбирательствами. Однако, всё же со временем, ситуация стабилизировалась и в настоящее время система адаптировалась к положению, когда практически все лекарственные средства для отрасли закупает одна организация, о чём свидетельствуют следующие данные.



РИСУНОК 89 – СОСТОЯНИЕ ЗАКУПА ЛС и МИ

Список Единого дистрибьютора утверждается приказом Министра здравоохранения

На сегодня в списке Единого дистрибьютора 1 762 наименований лекарственных средств и медицинских изделий.

Для обеспечения преемственности терапии на уровне ПМСП, с 2021 года все лекарства, предназначенные для пациентов, проходящих лечение на амбулаторном уровне, включены для стационаров. Вместе с тем, по 121 наименованию ЛС и МИ у медицинских организаций отсутствовала потребность на 2022 год. Таким образом, в рамках стационарной помощи медицинскими организациями заявлена потребность на 1541 ЛС и МИ на сумму 177,8 млрд. тенге, а в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения – 611 наименований на сумму 196,4 млрд. тенге.

За период с 2010 по 2022 годы отмечается снижение доли закупа у локальных коммерческих дистрибьюторов, увеличение доли закупа по прямым договорам (в том числе через международные организации (ЮНИСЕФ, ПРООН, СТОП-ТБ)) и у отечественных производителей.

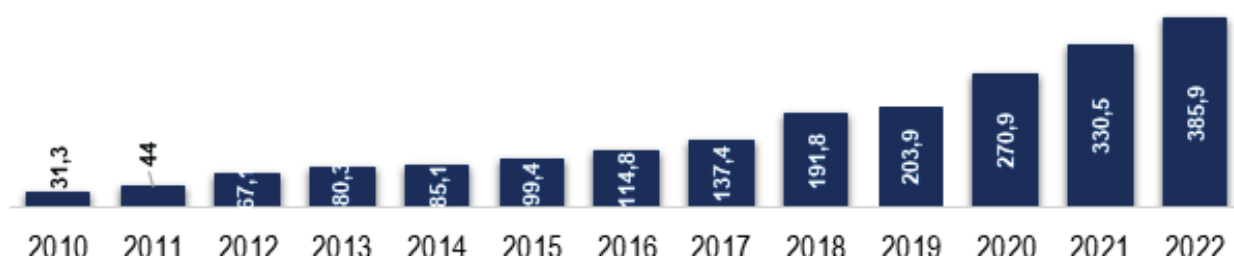


РИСУНОК 90 – ДИНАМИКА ЗАКУПА ЕД ЗА 2010 – 2022 Г (В МЛРД.ТГ.) ПО ПЕРЕЧНЮ ЕД

В результате работы Единого дистрибьютора, за период с 2009 года по настоящее время, было централизованно приобретено лекарственных средств и медицинских изделий на сумму более 2 трлн. тенге или \$6,5 млрд.

По итогам последних трех лет работы Единого дистрибьютора, в структуре закупа увеличилась доля прямых договоров, как с отечественными, так и с зарубежными производителями, в том числе с международными организациями, как ЮНИСЕФ, ПРООН и СТОП-ТБ.

Закупка медицинских препаратов через международные организации, учрежденные Организацией Объединенных Наций (ЮНИСЕФ, ПРООН, СТОП-ТБ), позволяет значительно экономить выделяемые Казахстаном средства. Даже при закупке небольшого объема лекарств ЮНИСЕФ, ПРООН и СТОП-ТБ могут пользоваться скидками, предоставленными для крупных закупок в рамках глобальных корпоративных договоров, заключенных с надежными поставщиками. Благодаря этому, в 2018-2021 гг. Правительству Казахстана удалось сэкономить порядка 30 млн. долл. США на закупке лекарств.

Вместе с тем, закуп через ЮНИСЕФ позволил увеличить охват ВИЧ – больных с 6 тысяч до 18 тысяч человек за счет снижения цены специфических препаратов, что позволило обеспечить бесплатными лекарствами 85-90 % ВИЧ инфицированных больных по стране.

Закуп через ПРООН - это увеличение охвата больных Гепатитом С с 4 тысяч до 18 тысяч человек. Благодаря ПРООН закупочная стоимость лекарств снизилась в 10 раз, что позволило значительно увеличить охват пациентов противовирусной терапией против гепатита «С». Так, если до сотрудничества с ПРООН за 7 лет, с 2011 по 2018 год, лечение прошли всего 6,5 тысяч человек. С 2018, благодаря снижению стоимости препаратов, количество пациентов, принимающих бесплатное лечение, увеличилось до 28 тысяч.

Единым дистрибьютором на 2022 год за счет собственных средств, в пилотном проекте, сформирован неснижаемый запас по 501 наименованию ЛС и МИ в объеме 25% от заявленного медицинскими организациями годового объема на сумму 29,1 млрд. тенге.

С момента создания Единого дистрибьютора общая экономия средств, выделенных на лекарственное обеспечение в рамках ГОБМП, составила 192,9 млрд. тенге. Наблюдается тенденция увеличения экономии средств, так, по сравнению с 2010 годом, за 2022 год объем сэкономленных средств в абсолютном выражении вырос в 5,2 раз.

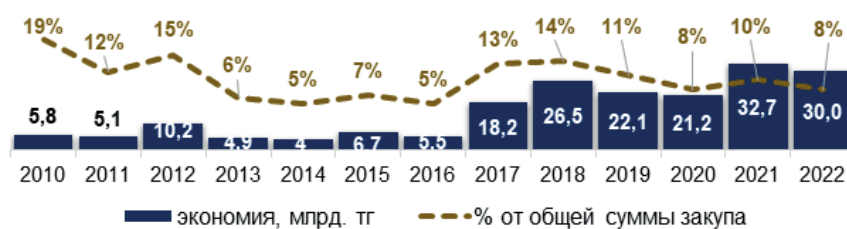


РИСУНОК 91 – ОБЩАЯ ЭКОНОМИЯ СРЕДСТВ

Таким образом, экономия достигается благодаря централизации закупок и консолидации объема потребности со всех регионов. Поставщики идут на значительное снижение цены, когда централизованно закупается объем для целой республики.

Освободившуюся разницу медицинские организации используют на закуп дополнительного объема лекарств, тем самым повышая охват и доступность препаратов населению.

Единый дистрибьютор проводит централизованный закуп всего амбулаторного перечня с 1 января 2018 года, что позволило сэкономить бюджет страны в 2018 году в размере 23,4 млрд. тенге.

Ежегодно, государство увеличивает финансирование на амбулаторное лекарственное обеспечение, увеличивается охват нозологий и населения.

С 1 января 2020 года в Казахстане внедрена система ОСМС, что позволило покрывать дополнительно 105 нозологий.

Тем самым, достигнуто расширение охвата нозологий в рамках ГОБМП и ОСМС в 3 раза с 45 до 131 нозологий.

Лекарственное обеспечение в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения осуществляется согласно Перечню ЛС и МИ для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями.

Расходы на лечение ТОП-10 нозологий составляют 147,1 млрд. тенге, или 73% от общего расхода на лекарственное обеспечение в рамках выделенных бюджетных средств на амбулаторное лекарственное обеспечение.

ТАБЛИЦА 24 – ТОП 10 НОЗОЛОГИЙ ПО СУММЕ РАСХОДОВ

№	НАЗВАНИЯ СТРОК	ПРИЗНАК ГОБМП/ ОСМС	2021 г., в млн.тг.	2022 г., в млн.тг.	ПРИРОСТ К 2021 г.	ДОЛЯ
1	ДИАБЕТ САХАРНЫЙ	ГОБМП/ ОСМС	31 300,28	38 554,56	23%	19%
2	ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	ГОБМП/ ОСМС	23 884,69	28 215,03	18%	14%
3	ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛИМФОИДНОЙ, КРОВЕТВОРНОЙ И РОДСТВЕННЫХ ИМ ТКАНЕЙ, ВКЛЮЧАЯ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ	ГОБМП/ ОСМС	11 045,99	19 850,25	80%	10%
4	НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ДЕФИЦИТЫ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ	ГОБМП	9 779,42	13 893,99	42%	7%
5	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	ГОБМП/ ОСМС	12 482,18	13 003,44	4%	6%
6	МУКОПОЛИСАХАРИДОЗ	ГОБМП	8 206,52	9 190,57	12%	5%
7	РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ	ГОБМП/ ОСМС	6 801,31	8 616,45	27%	4%
8	ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	ГОБМП/ ОСМС	5 400,23	6 371,98	18%	3%
9	РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ	ГОБМП	4 443,77	4 744,37	7%	2%
10	СПИНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ	ГОБМП		4 686,72		2%
	ТОП-10			147 127,36		73%
	ВСЕГО			200 558,36		

При этом, ТОП 10 нозологий по количеству больных отличается от ТОП 10 нозологий по сумме расходов и составляет 83% от всех больных, обеспеченных бесплатными лекарственными средствами в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения.

ТАБЛИЦА 25 –ТОП 10 НОЗОЛОГИЙ ПО КОЛИЧЕСТВУ БОЛЬНЫХ*

№	НОЗОЛОГИЯ	ПРИЗНАК ГОБМП/ ОСМС	КОЛ-ВО ПАЦ. ОБЕСПЕЧЕНО В ЗА 2021 Г.	КОЛ-ВО ПАЦ. ОБЕСПЕЧЕНО В ЗА 2022 Г.	ПРИРОСТ К 2021 Г.	ДОЛЯ
1	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	ГОБМП/ ОСМС	1 098 208	1 423 423	30%	35%
2	ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА	ГОБМП/ ОСМС	416 311	564 522	36%	14%
3	ДИАБЕТ САХАРНЫЙ	ГОБМП/ ОСМС	362 301	505 642	40%	13%
4	ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	ОСМС	301 154	241 856	-20%	6%
5	ГИПОТИРЕОЗ/ ГИПЕРТИРЕОЗ/ ГИПОПАРАТИРЕОЗ	ГОБМП/ ОСМС	110 061	139 953	27%	3%
6	ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	ОСМС	138 140	118 354	-14%	3%
7	ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	ГОБМП/ ОСМС	77 744	101 442	30%	3%
8	БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА	ГОБМП/ ОСМС	79 499	98 480	24%	2%
9	ЭПИЛЕПСИЯ	ГОБМП/ ОСМС	61 288	81 810	33%	2%
10	ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ	ГОБМП/ ОСМС	66 159	80 324	21%	2%
ТОП - 10			3 355 806			83%
ВСЕГО			4 038 896			

* - количество уникальных пациентов подсчитано с учетом типа оплаты (ГОБМП/ОСМС), региона РК и нозологии.

Таким образом, за 2022 год было выписано более 15,29 млн. рецептов для 4,03 млн. пациентов, на сумму более 200,6 млрд. тенге, что говорит о том, что в среднем ежедневно выписывается и отпускается около 42 тысяч рецептов.

За 2022 год бесплатными лекарствами охвачены более 4 млн 038 тыс. населения, из них 2 439,28 тыс. в рамках внедренной системы ОСМС.

Поддержка отечественных товаропроизводителей и предпринимательской инициативы - одно из главных направлений деятельности Единого дистрибьютора.

В период с 2009 по 2022 годы наблюдается планомерный рост доли казахстанских препаратов в закупе Единого дистрибьютора. Большая часть отечественных препаратов закупается посредством заключения долгосрочных договоров с ОТП на 10 лет.

Если в 2010 году доля отечественных производителей в денежном выражении составила 15% (на сумму 4,8 млрд. тенге), то по итогам 2022 года доля закупа в денежном выражении выросла в 2,2 раза, составив 33% (на сумму 131,41 млрд. тенге).

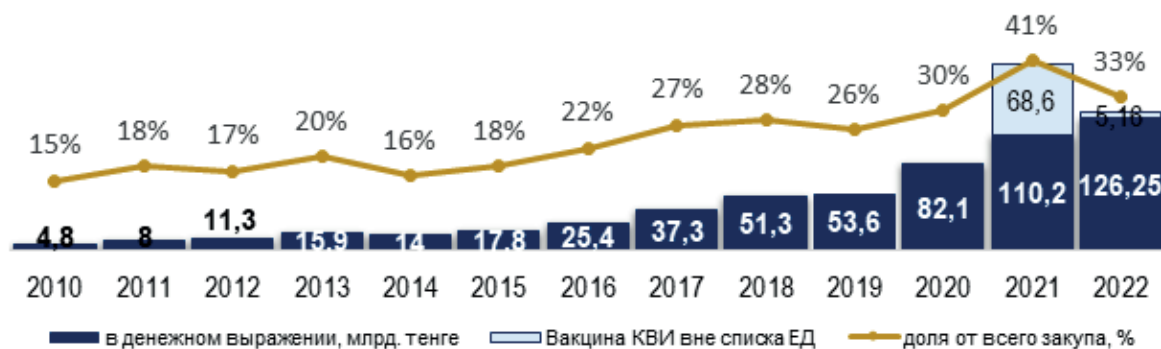


РИСУНОК 92 – ДИНАМИКА ЗАКУПА ЕД У ОТП ЗА ПЕРИОД 2010- 2022 ГОДА

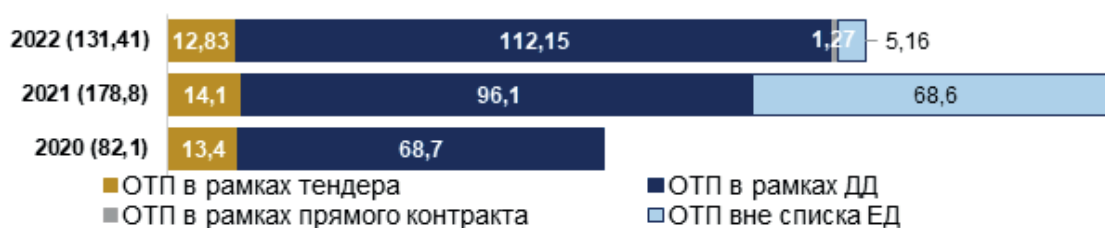


РИСУНОК 93 – ДИНАМИКА ЗАКУПА ЕД У ОТП В РАМКАХ ДД ЗА 2020 –2022 ГГ.

Из закупленных в 2022 году ЛС, МИ у ОТП 85% (112,15 млрд. тенге) закуплены через долгосрочные договоры.



РИСУНОК 94 – ПОКРЫТИЕ ОТП НАИМЕНОВАНИЙ В РАЗРЕЗЕ АТХ ГРУПП

Анализ покрытия ОТП в разрезе АТХ групп (в том числе МИ) за 2022 год (факт отгрузки + обеспечение АЛО), показал следующее:

- Более 50% ОТП покрываются в 3 группах:
 - медицинские изделия: 599 наименований из 621 производства Казахстана;
 - средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему: 48 наименований из 82 производства Казахстана;
 - дерматологические средства: 9 наименований из 17 производства Казахстана.
- в 10 из 15 групп ОТП производится более 30% наименований ЛС, закупаемых по перечню ЕД.

Учитывая положительную динамику, Президентом страны поставлена задача доведения доли отечественных производителей лекарственных средств до 50% в структуре закупок к 2025 году. Для реализации поручения необходимо рассмотреть вопрос о локализации ЛС из 5 групп с долей наименований ЛС ОТП менее 30%.

Текущую ситуацию фармацевтического производства в стране нельзя считать достаточной: его объемы обеспечивают лишь 24% потребности страны в лекарственных средствах и медицинских изделиях.

При этом, Республика Казахстан остается импортозависимой как в отношении технологий и компонентов для производства лекарственных средств, так и широкого ряда фармацевтических препаратов и субстанций.

На сегодняшний день действуют 101 долгосрочных договора, заключенных с 37 отечественными товаропроизводителями на поставку 788 наименований лекарственных средств и 3 912 медицинских изделий, из них 47 долгосрочных договора заключены на ЛС и 54 долгосрочных договора на МИ.

3.4.4 Совершенствование Формулярной системы

Основой для рационального применения лекарственных средств, как указано в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан в 2020-2025 годы, является дальнейшее развитие доказательной медицины, в том числе путем совершенствования формулярной системы.

Формулярная система – это комплекс информационно-методологических мероприятий, обеспечивающий условия для рационального использования лекарственных средств в рамках ГОБМП, и оказание своевременной, качественной медицинской помощи для граждан Республики Казахстан.

Развитие формулярной системы в Республике Казахстан проводится путем внедрения принципов рационального и безопасного использования лекарственных средств, проведения экспертизы запросов на включение / исключение лекарственных средств в Перечни ГОБМП, исследований практики назначения лекарственных средств по индикаторам ВОЗ с проведением социологического опроса специалистов в области здравоохранения, информирования медицинских работников по лекарственным средствам, внедрения международных рекомендаций по использованию лекарственных средств.

Целью деятельности Формулярной комиссии (далее - ФК МЗ РК) является выработка рекомендаций по обеспечению населения лекарственными средствами.

ФК МЗ РК является постоянно действующим консультативно-совещательным органом при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан.

В его состав вошли 32 человека, представители уполномоченного органа, фармацевтических ассоциаций, руководители и ведущие специалисты медицинских центров, профильные эксперты в сфере обращения лекарственных средств и др.

Согласно утвержденному Положению ФК МЗ РК Рабочий орган осуществляет организационно-техническое обеспечение работы ФК МЗ РК, в том числе готовит предложения по повестке дня заседания ФК МЗ РК, необходимые документы, материалы. Секретарь ФК МЗ РК назначается из числа сотрудников Рабочего органа ФК МЗ РК.

Основными задачами Формулярной комиссии являются:

- 1) согласование и регулярный пересмотр КНФ;
- 2) согласование и регулярный пересмотр перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями) (далее - Перечень АЛО);
- 3) согласование и регулярный пересмотр перечня лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемых у единого дистрибьютора (далее - Перечень ЕД);
- 4) согласование и регулярный пересмотр перечня орфанных (редких) заболеваний и лекарственных средств для их лечения (орфанных) (далее - Перечень орфанных лекарственных средств).

С 2021 года на заседаниях ФК МЗ РК рассмотрено 377 лекарственных средств по включению в КНФ, Перечни возмещения и Перечень орфанных лекарственных средств (из них положительные решения ФК - 283 ЛС, отрицательных решений - 49 ЛС, не принято решений - 38 ЛС, сняты с рассмотрения - 7 ЛС), в частности рассмотрены лекарственные средства по включению в КНФ - 73 ЛС, в Перечень АЛО - 163 ЛС, в Перечень закупа ЕД - 31 ЛС, в перечень орфанных лекарственных средств - 110 ЛС.

Внесение изменений и дополнений в КНФ проводится с периодичностью не чаще 1 (одного) раза в полгода, согласно правилам формирования КНФ.

Выводы и рекомендации

Одним из основных приоритетов государственной политики в области здравоохранения остается доступное, качественное и эффективное лекарственное обеспечение населения Республики Казахстан.

Обеспечение лекарственными средствами граждан в рамках ГОБМП и ОСМС осуществляется согласно Перечню АЛО, в который периодически вносятся изменения и дополнения. В настоящее время Перечень расширен в части заболеваний, лекарственных средств и медицинских изделий в рамках ГОБМП и ОСМС.

Перечни возмещения лекарственных средств в рамках ГОБМП и ОСМС, а также лекарственные формуляры организаций здравоохранения формируются на основе Казахстанского национального лекарственного формуляра (КНФ), который включает в себя лекарственные средства с доказанной клинической безопасностью и эффективностью, а также орфанные (редкие) лекарственные препараты.

Ежегодно актуализируются монографии по мере поступления новой информации о лекарственных средствах по данным международных баз данных доказательной медицины. Разработано 1008 монографий (статей) на лекарственные средства по международным непатентованным наименованиям, 846 монографий гармонизированы с национальными клиническими протоколами.

Все процессы в рамках лекарственного обеспечения четко регламентированы соответствующими НПА.

Для включения лекарственных средств в КНФ и перечни возмещения ЛС в рамках ГОБМП и ОСМС ННЦРЗ проводится профессиональная экспертиза, на основании которых определяются клинически и экономически эффективные технологии и разрабатываются рекомендации для принятия решений о целесообразности или нецелесообразности их финансирования и применения в рамках поддерживаемых государством перечней лекарственных препаратов и медицинских изделий, а также пакетов медицинских услуг. В рамках аналитического сопровождения совершенствования амбулаторного лекарственного обеспечения и развития формулярной системы Республики Казахстан, за 2018-2022 годы, ННЦРЗ по инициативе уполномоченного органа и заявке заявителей проведены профессиональные экспертизы 377 лекарственных средств и медицинских изделий, для рассмотрения и принятия решений по включению в КНФ и в перечни возмещения лекарственных средств и медицинских изделий в рамках ГОБМП и ОСМС.

На сегодняшний день амбулаторное лекарственное обеспечение финансируется государством в рамках ГОБМП и Фондом социального медицинского страхования за счет средств населения.

С учетом ежегодного роста расходов на лекарственные средства в рамках ГОБМП, в Казахстане все же сохраняется недостаточность одних бюджетных средств, в связи с чем необходимо изыскивать другие источники финансирования. Доступ пациентов к орфанным (редким) лекарственным препаратам затруднен из-за их высокой стоимости.

В этой связи, рекомендуется расширить/ предусмотреть источник финансирования по обеспечению пациентов с орфанными заболеваниями на законодательном уровне, ввиду ограниченных бюджетных средств в рамках ГОБМП.

В целом, необходимо констатировать, что Казахстан последовательно движется в сторону максимального охвата населения качественными и доступными лекарственными препаратами и для этого в стране внедряются эффективные международные технологии оценки качества и безопасности лекарственных средств.

Казахстан одним из первых среди стран внедрил стандарты GMP для производителей лекарственных средств и медицинских изделий, разработал собственную политику по ценовому регулированию, внедрил систему единой дистрибуции, создал свой национальный формуляр.

Всё это, в совокупности, позволило увеличить охват населения бесплатными лекарственными препаратами, которыми в настоящее время пользуются свыше 4 миллионов пациентов.

Однако, данная сфера требует постоянного совершенствования, так как требования к качеству и эффективности лекарств постоянно повышаются. Поэтому, вполне очевидно, что системе ещё предстоит сделать многое для доведения собственной лекарственной политики до уровня международных стандартов.

3.5. Развитие человеческого капитала в системе здравоохранения

В целом, реализация госпрограмм за последнее десятилетие позволила решить многие вопросы, и в сфере образования произошли качественные изменения на всех ее уровнях: внедрены обновленное содержание образования, новая система оценивания достижений учащихся, педагогов и организаций образования, подушевое финансирование, проект бесплатное ТИПО для всех; обновлены программы подготовки педагогов и руководителей, вузам предоставлена академическая и финансовая самостоятельность, расширены функции попечительских и наблюдательных советов, внедряются новые подходы ГЧП в образовании.

3.5.1. История развития человеческого капитала в системе здравоохранения.

Кадровые ресурсы здравоохранения - это важный ресурс отрасли здравоохранения в поддержании безопасности и здоровья граждан. Вопросы кадрового обеспечения в течение многих лет являются неотъемлемой частью государственной политики в области здравоохранения, медицинские кадры рассматриваются в качестве главного его ресурса.

Значимость совершенствования кадровой политики в развитии здравоохранения признана на всех уровнях управления системой, и в перечень ведущих задач и мер по повышению доступности и качества медицинской помощи в республике с 1998 года включена задача по укреплению кадрового потенциала.

Введение кадровой политики в системе здравоохранения стало одной из актуальных задач государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы [1]. В рамках реализации программы особое внимание было уделено следующим аспектам:

- Совершенствованию кадровой политики в организациях здравоохранения, разработку и внедрение Программ управления человеческими ресурсами на региональном уровне и на уровне каждой отдельно взятой медицинской организации. Основная цель

предусматривала разработку и внедрение мер, направленных на оптимизацию процесса найма, оценки и управления персоналом в медицинских организациях. Создание эффективной системы подбора и удержания квалифицированных специалистов.

- Разработка концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения. Определение стратегических направлений и целей развития кадрового потенциала в здравоохранении, а также создание механизмов для реализации. Концепция должна учитывать требования современной медицинской практики и обеспечивать постоянное обновление профессиональных знаний и навыков медицинских работников.
- Увеличение объемов финансирования из местных (областных, городских, районных) бюджетов на подготовку будущих медицинских кадров.
- Повышение эффективности управления медицинскими организациями путем внедрения современных методов управления и оптимизации процессов, привлечение менеджеров здравоохранения с экономическим образованием в управление организациями здравоохранения.
- Совершенствование системы оплаты труда медицинских работников. Разработка положений об оплате, труда, которая учитывает квалификацию, сложность выполняемых задач и результативность работы.
- Повышение социального статуса и престижности профессии медицинских работников, внедрение механизмов социальной защиты медицинских работников.
- Развитие профессиональных объединений медицинских работников, (профессиональные НПО).

Важным достижением стало открытие в 2014 году Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения Республики Казахстан, которая в настоящее время является методологическим центром в этой области, а также Национальным координатором по кадровым ресурсам здравоохранения.

Успешная реализация программы «Саламатты Казахстан» позволила добиться большого внимания к положению медицинских работников.

Создание Национальной кадровой политики было продолжено в период реализации государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы [17].

Национальная политика управления кадровыми ресурсами здравоохранения (далее - Национальная политика КРЗ) была разработана в соответствии с Глобальной стратегией развития кадровых ресурсов [18].

Ключевой целью Национальной политики КРЗ на 2017-2020 годы стало повышение эффективности управления кадровыми ресурсами отрасли, обеспечивающими предоставление качественных услуг здравоохранения. Достижение поставленной цели требовало решение ряда задач:

- Совершенствование подходов к планированию и прогнозированию КРЗ.
- Совершенствование механизмов управления человеческими ресурсами.
- Совершенствование профессиональных компетенций КРЗ.
- Совершенствование системы оценки профессиональной подготовленности, подтверждения соответствия квалификации КРЗ.
- Модернизация кадровых служб в организациях здравоохранения всех уровней с внедрением современных HR-технологий управления персоналом.

Реализация Национальной политики управления КРЗ позволила добиться следующих результатов:

- по итогам 2022 года «уровень обеспеченности врачами» составляет 401, врач на 10 тысяч населения. составляет 40.1. Обеспеченность врачебными кадрами в Республике Казахстан превышает средний показатель стран ОЭСР, который составляет 33 врача на 10 тысяч населения. Республика Казахстан имеет относительно высокий уровень обеспеченности медицинскими кадрами по сравнению со средним значением в странах ОЭСР;

- проведено массовое обучение руководителей HR-служб организаций здравоохранения;

- разработаны типовые кадровые политики, методики дифференцированной оплаты труда для организаций здравоохранения;

- функционирует информационная система учета кадров здравоохранения, которая позволяет вести учет всех медицинских специалистов организаций здравоохранения;

- внедрена практика планирования приема на обучение в организации медицинского образования с учетом действующего и прогнозируемого дефицита/профицита медицинских специалистов;

- разрабатываются профессиональные стандарты медицинских специалистов, усилена роль профессиональных ассоциаций в разработке и обсуждении нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения.

По окончании срока действия Национальной политики управления КРЗ на 2017-2019 годы,

в рамках проводимой работы по сохранению, укреплению и развитию кадровых ресурсов здравоохранения, в 2020 году был утвержден обновленный проект «Национальной политики управления кадровыми ресурсами здравоохранения на 2020 - 2025 годы», которая явилась продолжением ранее реализуемой национальной политики.

Основная цель обновленного документа - это формирование нового человеческого капитала в области охраны здоровья населения, который обеспечивает высокое качество предоставления услуг, разработку и внедрение передовых медицинских технологий и инноваций для сохранения и улучшения здоровья населения, повышения эффективности национальной системы здравоохранения.

Действующая кадровая политика в области здравоохранения основывается на принципах:

- совместной ответственности государства и профессионального медицинского сообщества, включая профессиональные медицинские ассоциации, работодателей, медицинских и фармацевтических работников, за своевременное и качественное оказание медицинской помощи;
- регулирования кадровых ресурсов в области здравоохранения в целях удовлетворения реальных потребностей отрасли;
- рациональной и эффективной реализации потенциала кадровых ресурсов в области здравоохранения;
- подготовки кадровых ресурсов в области здравоохранения с учетом текущих и будущих потребностей системы здравоохранения, а также непрерывного совершенствования программ подготовки кадровых ресурсов в области здравоохранения;
- независимой оценки знаний, компетенций, профессиональной подготовки кадровых ресурсов в области здравоохранения;
- развития профессиональных медицинских ассоциаций, социальной защищенности медицинских работников;
- доступности необходимых кадровых ресурсов в области здравоохранения;
- непрерывного профессионального развития (обучение на протяжении всей жизни), социального признания.

Также следует отметить, что с 2020 года в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», законодательно закреплён статус медицинских работников. Определено право медицинских работников на создание для них соответствующих условий для работы, с уточнением: «включая обеспечение необходимыми медицинскими изделиями»; прописано право на оплату труда, соответствующую уровню квалификации; право на мотивацию труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности.

Особое внимание уделено гарантиям и социальной защите медицинских работников. Медицинским работникам, работающим в сельской местности и в поселках, а также городах районного значения, предусматривается обязательное предоставление жилища по решению местных исполнительных органов; обязательная выплата пособий в порядке, установленном в каждом регионе; оказание социальной поддержки по компенсациям коммунальных расходов и другие льготы по решению местных исполнительных органов и иные меры. Медицинские работники государственных медицинских организаций имеют приоритетное право, после социально уязвимых слоев населения, на получение мер социальной поддержки, дополнительные льготы и стимулирующие выплаты за счет средств местных бюджетов.

Сохранен запрет вмешательства в профессиональную деятельность медработников со стороны государственных органов и должностных лиц, а также граждан. Проведена работа в сторону гуманизации (декриминализации) уголовных правонарушений в сфере здравоохранения. Сохраняется право медицинских работников на добровольное страхование профессиональной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью пациента при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника - это позволяет застрахованным медицинским работникам избежать финансовые расходы в случае судебных тяжб. С 2024 года запланировано введение обязательного медицинского страхования медицинских работников.

У медицинских работников появилось новое обязательство - быть зарегистрированными в Национальной системе учета кадровых ресурсов в области здравоохранения. Что позволит вести точный учет числа медицинских работников, проводить работу по планированию и прогнозированию.

С целью повышения безопасности медицинской помощи развивается непрерывное профессиональное развитие работников здравоохранения. Результаты непрерывного обучения медицинских работников будут подтверждаться на основании учетных данных профессионального регистра о получении дополнительного и неформального образования и практическом стаже работы.

Однако, несмотря на позитивные изменения в кадровой обеспеченности здравоохранения, в

настоящее время остаются актуальными проблемы дисбаланса кадровых ресурсов в регионах, сохраняется перекос в соотношении врач-средний медицинский персонал, низкий уровень заработных плат медицинских специалистов делает сферу здравоохранения непривлекательной для будущих абитуриентов, рост документооборота в организациях здравоохранения негативно влияет на качество медицинского обслуживания и ведет к профессиональному выгоранию медицинских работников.

Анализ истории развития кадрового вопроса в системе здравоохранения Казахстана за последние десять лет демонстрирует повышение внимания со стороны государства к трудовым ресурсам.

Так, увеличение финансирования позволило расширить возможности по привлечению и удержанию квалифицированных кадров в системе здравоохранения. Развитие системы образования позволило увеличить доступность образования и повысить качество подготовки кадров. Для привлечения и удержания высококвалифицированных специалистов в системе здравоохранения были предприняты меры по повышению заработной платы и предоставлению социальных льгот. На протяжении последних десяти лет государство активно поддерживает программы повышения квалификации и обучения для медицинских работников, что способствует профессиональному развитию кадров и повышению уровня оказания медицинской помощи.

Все эти изменения демонстрируют стремление государства к улучшению кадрового потенциала в системе здравоохранения Казахстана. Повышение внимания к трудовым ресурсам способствует улучшению качества медицинской помощи, расширению доступа к ней и повышению уровня здоровья населения.

3.5.2. Анализ текущего состояния человеческого капитала в системе здравоохранения

Анализ обеспеченности отрасли человеческими ресурсами и мониторинг кадровых ресурсов здравоохранения играют ключевую роль в эффективном управлении кадрами, позволяя планировать, прогнозировать и принимать стратегические решения, направленные на улучшение системы здравоохранения и обеспечение высокого уровня медицинского обслуживания.

На 1 января 2023 года население Казахстана составляло 19 765 004 человека. За 2022 год население Казахстана увеличилось на 642 581 человек. Учитывая, что население Казахстана в начале 2022 года оценивалось в 19 122 423 человека, темп прироста составил 3,36 %.

3.5.2.1 Оценка существующих кадровых ресурсов в сфере здравоохранения

В системе здравоохранения Республики Казахстан, с учетом всех ведомств, общее количество медицинских работников составляет более 270 тысяч, из которых:

- врачи - 79 261 человек;
- средний медицинский персонал - 191 302 человек



РИСУНОК 95 – КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ

Динамика количества
медицинских работников за 10 лет



РИСУНОК 96 – КОЛИЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА 2013–2022 ГГ.

Проанализировав данные о количестве медицинских работников в Казахстане за последние 10 лет, можно выделить следующие особенности: с 2013 года по 2016 год наблюдался рост числа врачей, в 2017 году зафиксирован незначительный спад на 3,4% по сравнению с предыдущим годом. Несмотря на это, в последние 5 лет количество врачей ежегодно увеличивается в среднем на 2%. В целом по сравнению с 2013 годом рост числа врачей составил 17,8% или 11994 человека.

Относительно средних медицинских работников (СМР) ситуация более стабильная: прирост количества СМР в среднем в год составляет 2,3%, наибольший прирост был отмечен в 2016 году (4%). В динамике, за последние 10 лет, прирост численности СМР составил 23,5% или 36390 человек. (рис. 98).

В международной практике уровень обеспеченности медицинскими работниками определяется обеспеченностью врачей и СМР на 10000 населения. Обеспеченность врачебными кадрами (государственные, ведомства, частные) на 10 тысяч населения в Республике Казахстан по итогам 2022 года составила 40,1 и СМР – 96,8 (рис. 99).

В 2013 году обеспеченность врачами на 10 000 населения составляла 39,8 врачей на 10 000 населения, незначительное повышение отмечается в 2014 году до 40,1. В период с 2014 по 2021 годы обеспеченность колеблется в пределах 40 - 41 врачей на 10 000 населения, что демонстрирует стабильный уровень обеспеченности при одновременном росте населения. Однако в 2022 году обеспеченность врачами незначительно снизилась до 40,1 на 10 000 населения.

Важно уделить внимание этим изменениям при разработке стратегий, направленных на более эффективное управление кадровыми ресурсами в системе здравоохранения.

Динамика обеспеченности
медицинскими работниками за 10 лет

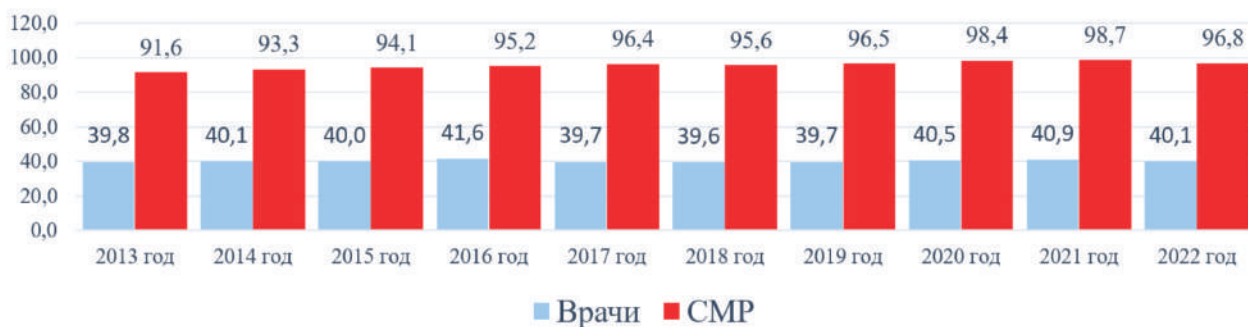


РИСУНОК 97 – ДИНАМИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ЗА 2013-2022 ГГ.

Сравнивая обеспеченность врачами в Республике Казахстан с странами ОЭСР, мы видим, что она сопоставима с такими странами, как Италия (41), Чехия (41,0), Россия (42,0), Дания (42,0) (Таблица 26).

ТАБЛИЦА 26 – ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ НА 10 000 НАСЕЛЕНИЯ В СТРАНАХ ОЭСР

№	НАИМЕНОВАНИЕ СТРАНЫ	ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НА 10 ТЫС.НАСЕЛЕНИЯ 2021-2022	ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НА 10 ТЫС.НАСЕЛЕНИЯ 2020-2021
1.	ТУРЦИЯ	22,0	20,0
2.	ИНДИЯ	9,0	9,0
3.	КИТАЙ	25,0	22,0
4.	ПОЛЬША	24,0	24,0
5.	КОРЕЯ	25,0	24,0
6.	МЕКСИКА	25,0	24,0
7.	ЯПОНИЯ	26,0	24,0
8.	США	27,0	26,0
9.	КАНАДА	28,0 (2022)	27,7(2021)
10.	АНГЛИЯ	32,0 (2022)	31,8 (2021)
11.	БЕЛЬГИЯ	33,0	32,0
12.	СЛОВЕНИЯ	33,0	33,0
13.	ИЗРАИЛЬ	34,0	33,0
14.	ЛАТВИЯ	34,0	33,0
15.	НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ	36,0 (2022)	35,3
16.	ФРАНЦИЯ	34,0	34,0
17.	ИРЛАНДИЯ	40,0	40,5 (2021)
18.	ВЕНГРИЯ	33,0	32,8 (2021)
19.	ЭСТОНИЯ	34,0	35,0
20.	СЛОВАКИЯ	37,0	36,0
21.	АВСТРАЛИЯ	40,0	38,0
22.	ИСЛАНДИЯ	40,0 (2022)	39,0
23.	ИТАЛИЯ	43 (2022)	41,3 (2021)
24.	КАЗАХСТАН	40,1 (2022)	40,9
25.	ЧЕХИЯ	41,0	41,0
26.	РОССИЯ	42,0	42,0
27.	ШВЕЦИЯ	43,0	43,0
28.	ИСПАНИЯ	45,0	44,0
29.	ШВЕЙЦАРИЯ	44,0	44,5
30.	ГЕРМАНИЯ	45,0	45,3
31.	ЛИТВА	45,0	46,0
32.	НОРВЕГИЯ	52,0	51,8
33.	АВСТРИЯ	55,0 (2022)	54,5

По данным за период с 2013 по 2021 год, обеспеченность СМР в Казахстане также продемонстрировала устойчивый рост, увеличившись с 91,6 до 98,7 на 10 000 человек.

Этот рост свидетельствует о стабильном увеличении численности среднего медицинского персонала в течение этих лет. По итогам 2022 года отмечается тенденция снижения показателя обеспеченности СМР до 96,8 на 10 000 человек по сравнению с предыдущим годом.

При анализе кадровой обеспеченности на селе за последние 10 лет, следует обратить внимание на динамику показателя обеспеченности. В период с 2013 по 2016 годы, обеспеченность врачами на 10 000 сельского населения колебалась в диапазоне 15 и 15,4. Начиная с 2017 года, отмечается стабильный рост показателя по обеспеченности врачебным персоналом сельского населения. Ежегодно средний прирост составляет около 3,5%. В результате, к 2022 году уровень обеспеченности врачами сельского населения составил 17,8. (рис. 99). Устойчивый рост показателя имеет большое значение для повышения доступности медицинской помощи жителям сельских территорий и улучшения качества оказания медицинской помощи.



РИСУНОК 98 – ДИНАМИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ЗА 2013-2022 ГГ.

Обеспеченность кадрами сельского населения, особенно в отношении СМР, демонстрирует нестабильную динамику за последние 10 лет. Наименьшее значение по обеспеченности СМР сельского населения было зафиксировано в 2014 году и составляло 57,3 на 10 000 человек, тогда как наибольшее значение было достигнуто в 2022 году и составило 73,4, что означает прирост на 5% по сравнению с предыдущими годами.

В настоящее время одной из проблем здравоохранения является привлечение и удержание медицинских кадров в сельских населенных пунктах. Улучшение ситуации по обеспеченности медицинскими кадрами в сельских населенных пунктах является сложной задачей, требующей совместных усилий государства, местных исполнительных органов и медицинских организаций.

При анализе кадровой ситуации в сфере здравоохранения важным показателем оценки является дефицит медицинских кадров. Согласно проведенного анализа за последние 10 лет, показатель дефицита демонстрирует значительные колебания. В 2014 году дефицит врачей сократился на 52% по сравнению с предыдущим 2013 годом, снизившись с 7579 до 3623 штатных единиц. Последующие годы также характеризуются разной тенденцией. В 2015, 2016 и 2017 годах показатель дефицита снижается до 3514 штатных единиц, однако в 2019 году возрастает на 45% и составляет 5071 штатных единиц в сравнении с итогами 2017 года. В 2020 году показатель достигает максимального значения 7606 штатных единиц, далее в 2021, 2022 годах показатель снижается. По итогам 2022 года показатель составляет 6592 штатных единиц. Такие значительные колебания дефицита специалистов с высшим и послевузовским образованием связаны с различными факторами, влияющими на привлечение и удержание медицинских специалистов. Пандемия COVID-19 также оказала влияние на кадровую обеспеченность, создав дополнительные вызовы и потребности в медицинском персонале (рис. 99).

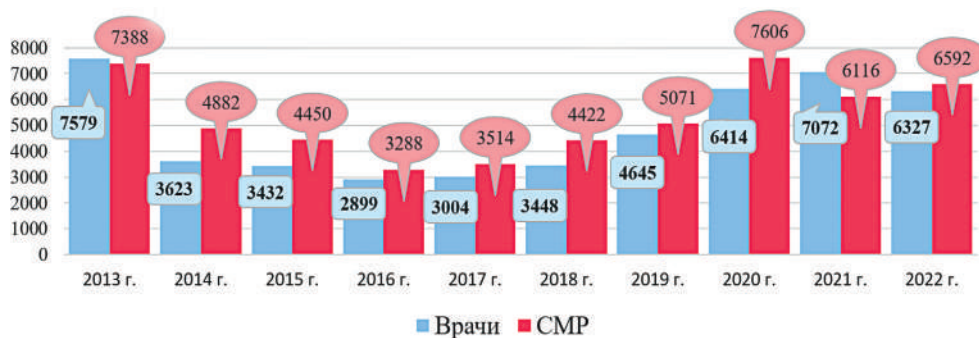


РИСУНОК 99 – ДИНАМИКА ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ЗА 2013-2022 ГГ.

Тенденция колебания показателя дефицита наблюдается и среди СМР, за последние 10 лет отмечается, как резкое сокращение потребности на 34% в 2014 году, так и рост дефицита на 50% в 2020 году.

Коэффициент совместительства врача в Казахстане в течение последних 5 лет (2018-2022 гг.) сохраняется на уровне 1,4. Регионами, в которых коэффициент совместительства ежегодно уменьшается, соответственно, уменьшается нагрузка на одного врача, стали Акмолинская, Алматинская и Жамбылская области.

ТАБЛИЦА 27 – КОЭФФИЦИЕНТ СОВМЕСТИТЕЛЬСТВА ВРАЧЕЙ ЗА 2018-2022 ГГ.

№	РЕГИОН	2022 ГОД	2021 ГОД	2020 ГОД	2019 ГОД	2018 ГОД
1	АБАЙ	1,4				
2	АКМОЛИНСКАЯ	1,5	1,5	1,6	1,5	1,7
3	АКТЮБИНСКАЯ	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3
4	АЛМАТИНСКАЯ	1,3	1,4	1,5	1,4	1,4
5	АТЫРАУСКАЯ	1,6	1,6	1,8	1,5	1,6
6	ВКО	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6
7	ЖАМБЫЛСКАЯ	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5
8	ЖЕТЫСУ	1,4				
9	ЗКО	1,4	1,5	1,4	1,5	1,6
10	КАРАГАНДИНСКАЯ	1,4	1,5	1,6	1,5	1,5
11	КОСТАНАЙСКАЯ	1,5	1,7	1,6	1,5	1,6
12	КЫЗЫЛОРДИНСКАЯ	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3
13	МАНГИСТАУСКАЯ	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
14	ПАВЛОДАРСКАЯ	1,5	1,6	1,6	1,5	1,4
15	СКО	1,5	1,6	1,6	1,6	1,5
16	ТУРКЕСТАНСКАЯ	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1
17	УЛЫТАУ	1,8				
18	Г. АСТАНА	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
19	Г. АЛМАТЫ	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
20	Г. ШЫМКЕНТ	1,2	1,1	1,4	1,1	1,1
	РК	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4

В 2022 году были отмечены высокие показатели коэффициента совместительства в области Улытау (1,8), ВКО (1,7) и Атырауской области (1,6). Это говорит о превышении допустимого уровня нагрузки на 1 врача, где один работник занимает более 1,5 ставок в регионе. Такое значение показателя коэффициента совместительства принято считать довольно высоким, и это свидетельствует о значительной нагрузке на врачей.

Повышение уровня коэффициента совместительства неизбежно влечет за собой снижение качества работы медицинского персонала и, в частности, снижение качества медицинского обслуживания.

В течение последних 10 лет (с 2013 по 2022 год) количество медицинских работников, прибывающих в страну, неоднородно меняется, снижаясь в некоторых годах (например, с 846 в 2013 году до 233 в 2020 году) и возрастая в других (например, с 233 в 2020 году до 375 в 2022 году). В динамике миграции медицинских работников, выбывших из страны, также можно отметить некоторую тенденцию роста и спада, причем в 2018-2019 годах уровень выбытия превышает прибытие в страну медицинских кадров. Рассматривая процент замещения выбывших из страны медицинских работников можно выделить 2019 год, когда количество прибывших (302 чел.) покрыло лишь 25% выбытия (1212 чел.).

Более стабильной ситуация с миграцией медицинских кадров была в 2013-2014 годах, когда ежегодно процент замещения составлял в среднем 90%. В 2022 году наблюдается положительная динамика в проценте замещения (56%), аналогичный показатель был зафиксирован 7 лет назад в 2015 году (57%).



РИСУНОК 100 – МИГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ЗА 2013-2022 ГГ.

Общая тенденция демонстрирует некоторое нестабильное поведение внешней миграции медицинских работников в Казахстане. С целью управления этой динамикой и обеспечения устойчивого функционирования системы здравоохранения, важно проводить дальнейшие анализы и разрабатывать стратегии для привлечения и удержания медицинских специалистов в стране.

Половозрастной состав медицинских работников

Всемирный экономический форум в июле 2022 года презентовал доклад «Глобальный гендерный разрыв 2022», в котором составлен рейтинг стран по достижению прогресса в гендерном равенстве на основе актуальной статистики международных организаций и опроса руководителей компаний.

Если рассматривать Казахстан, то страна улучшила свои показатели и продвинулась в рейтинге с 80-места до 65-места в целом, находясь в соседстве и уступая Италии, Израилю, Грузии или Сингапуру, но опережая при этом Словакию, Монголию, Чехию, Польшу или Армению.

Подтверждением этому служит распределение медицинских работников по признаку пола, показавшее высокую феминизацию занятости специалистов в системе здравоохранения, которая является устойчивой чертой не только городов республиканского значения, но и всего казахстанского здравоохранения.

Женщины, как правило, обладают развитыми социальными и коммуникативными навыками, которые могут быть важными для обеспечения эмоциональной поддержки пациентов. Медицина предлагает разнообразные возможности и специализации, а также гибкий график работы, что может быть привлекательным для женщин, особенно для тех, кто стремится совмещать работу с семейными обязанностями.

Согласно официальным статистическим данным Министерства здравоохранения среди врачей удельный вес женщин достигает 70%, что означает, что от общего количества специалистов (79261 чел.) женщины составляет 55590 человек.

Среди среднего медицинского персонала удельный вес женщин намного выше и составляет 86%. При этом доля женщин варьируется в зависимости от специализации, типа занятий и региона

Что касается возрастных характеристик медицинских работников, то для анализа были выделены несколько интервалов возраста, включая специалистов предпенсионного и пенсионного возраста (60-64, 65 и старше).

Необходимо отметить, что среди врачебного персонала наименьшее количество находится в возрастной категории 20-24 (907 чел.), что связано с длительным сроком подготовки врача.

Например, врачи общей практики с уровнем подготовки интернатура в среднем завершают обучение к 24 годам.

Средний возраст врача в республике составляет 43 года, это может указывать на то, что многие врачи в стране уже имеют длительный опыт работы и прошли через множество клинических случаев.

В отношении СМР картина совершенно другая: наименьшее количество специалистов среди возрастной категории 65 и старше (869 чел.). Работа СМР часто требует физической выносливости и энергии. Работники в пенсионном возрасте могут испытывать трудности в выполнении физических задач, связанных с работой, таких как подъем и перемещение пациентов, а также длительными рабочими часами и высоким уровнем стресса.

Средний возраст СМР в стране, равный 41 году, может указывать на то, что в профессию активно привлекаются молодые специалисты, что является положительным знаком.

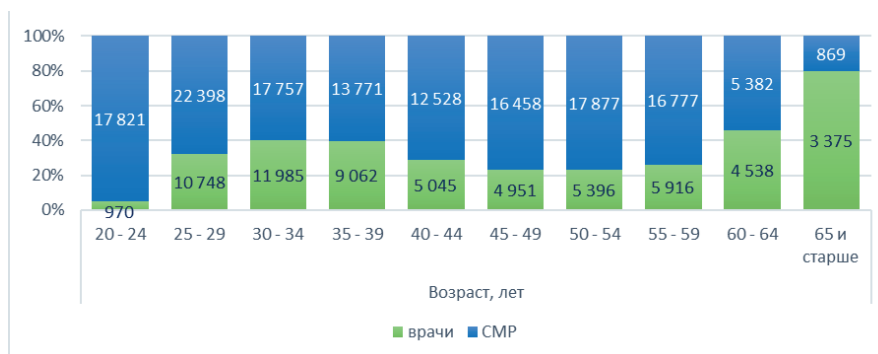


РИСУНОК 101 – ВОЗРАСТНОЙ СОСТАВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА 01.01.2023 Г.

Согласно данным из информационной системы «Система управления ресурсами» доля врачей пенсионного возраста по стране зафиксирован на уровне 12%, а средний уровень удельного веса пенсионеров СМР в общей численности среднего медицинского персонала по Казахстану составляет 9%.

В ТОП-10 специалистов предпенсионного возраста входят врачи общей практики (542 чел.), терапевты (511 чел.), педиатры (388 чел.), акушер-гинекологи (357 чел.) и др.

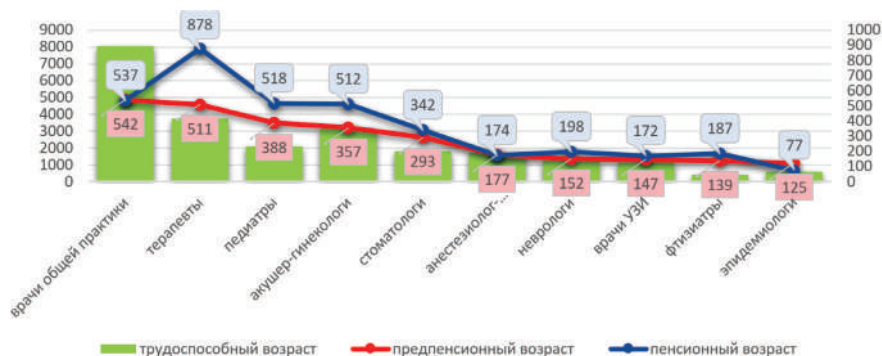


РИСУНОК 102 – ВРАЧИ ТРУДОСПОСОБНОГО, ПРЕДПЕНСИОННОГО И ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТОВ

В разрезе специальностей по данным информационной системы наибольшее количество врачей пенсионного возраста отмечается среди терапевтов – 878 работников в возрасте от 60 лет и старше, на втором месте врачи ВОП – 537 человек, далее педиатры – 518 чел. Завершают десятку анестезиологи-реаниматологи в количестве 174 человек.

Выводы и рекомендации

Анализ обеспеченности отрасли здравоохранения человеческими ресурсами и мониторинг кадровых ресурсов являются важными инструментами для оценки текущего состояния и планирования будущих потребностей в медицинских работниках. Исходя из проведенного десятилетнего анализа, можно сделать следующие выводы:

- наблюдается положительная ежегодная динамика прироста количества медицинских работников. Так, в среднем ежегодно в отрасль приходят 1200 врачей и 3600 СМР;
- показатель обеспеченности врачами и СМР на 10 000 населения довольно стабильно растет;
- привлечение и удержание медицинских кадров в сельских населенных пунктах требует особого внимания государства, местных исполнительных органов и самих медицинских организаций;
- отмечаются значительные колебания дефицита медицинских кадров;
- возрастная структура медицинских специалистов показывает, что основная активность врачей сосредоточена в возрастной категории от 20 до 54 лет. Это подтверждает необходимость обеспечения поддержки и развития этой возрастной группы для устойчивого функционирования системы здравоохранения;
- наблюдается внутренняя и внешняя миграция медицинских работников. Периодические

изменения в количестве выбывших медицинских работников отражают динамику этого процесса. Необходимо продолжать анализировать эти тенденции и искать эффективные меры по привлечению и удержанию медицинских кадров в республике;

- влияние факторов, таких как экономические условия, профессиональные возможности, образование, качество жизни и языковые навыки, оказывает значительное влияние на решение медицинских работников о миграции.

Для привлечения и удержания квалифицированных кадров необходимо улучшить условия труда, предоставить возможности для профессионального развития и создать привлекательные социальные условия;

- регулярный и своевременный мониторинг состояния кадровых ресурсов является важным инструментом для планирования и адаптации системы здравоохранения к изменяющимся потребностям.

Необходимо продолжать собирать и анализировать данные о кадровом составе, образовании, опыте работы и других ключевых показателях для эффективного управления человеческими ресурсами и принятия важных политических решений.

Анализ обеспеченности отрасли здравоохранения человеческими ресурсами и мониторинг кадровых ресурсов позволяют лучше понять текущую ситуацию, разрабатывать меры для устранения недостатков и обеспечения устойчивого развития отрасли здравоохранения. Основываясь на проведенном анализе, рекомендуется принять следующие меры:

Развитие и поддержка молодых специалистов: Создание единого пакета/набора мер социальной поддержки для стимулирования и поддержки молодых медицинских работников, включая предоставление служебного жилья, финансовых поощрений и возможностей для профессионального роста, и обучения. Предложенные меры социальной поддержки должны быть одинаковыми независимо от региона республики, что в дальнейшем позволит привлекать и удерживать медицинские кадры в сельских населенных пунктах.

Создание привлекательных условий работы: Улучшение условий труда, включая разработку нормативно правовых актов, регулирующих нагрузку на медицинский персонал, обеспечение доступа к современной медицинской технике и технологиям, а также развитие системы поддержки и доверия медицинским работникам.

Поддержка профессионального развития: Обеспечение доступа к образовательным программам, обмену опытом и научным исследованиям, создание возможностей для повышения квалификации и развития специализированных навыков.

Создание справедливой и конкурентоспособной заработной платы: Оценка и обновление системы оплаты труда медицинских работников для того, чтобы привлечь и удерживать квалифицированных специалистов.

Усиление международного сотрудничества: Развитие партнерских отношений с другими странами и организациями для обмена опытом, передачи знаний и участия в международных программных и исследовательских проектах.

Информационные технологии: Постоянное улучшение действующей информационной системы по учету медицинских кадров.

Планирование и прогнозирование необходимого количества медицинских кадров: Для улучшения управления кадровыми ресурсами в области здравоохранения рекомендуется внедрение модели планирования и прогнозирования, которая учитывает различные факторы, включая потребности регионов, процент естественного оттока и убытия, рождаемость, смертность и др.

Внедрение предложенных рекомендаций поможет улучшить обеспеченность отрасли человеческими ресурсами, повысить качество оказываемых услуг и удовлетворенность медицинских кадров, что в конечном итоге, приведет к улучшению здоровья населения и развитию системы здравоохранения в целом.

Кроме того, в свете глобальных вызовов и потребностей в области здравоохранения Всемирная организация здравоохранения придает особое значение роли медицинских кадров в формировании устойчивости стран для адекватного реагирования в условиях чрезвычайных ситуаций и отмечает, что к 2030 году нехватка медперсонала во всем мире достигнет 10 млн человек. Об этом в начале апреля 2023 года на V Глобальном форуме по кадровым ресурсам здравоохранения в Женеве заявил глава ВОЗ Тедрос Аданом Гебреисус.

22-23 марта 2023 года в рамках регионального совещания высокого уровня, представители 50 из 53 государств-членов в Европейском регионе ВОЗ присоединились к работникам здравоохранения, их профсоюзам и ассоциациям, а также ученым и экспертам в принятии смелой декларации, призывающей к политическим действиям и обязательствам по защите и поддержке медико-санитарных и социальных работников в Европе и Центральной

Азии и обеспечению необходимых для этого инвестиций.

Бухарестская декларация была принята ЕРБ ВОЗ совместно с Министерством здравоохранения Румынии.

ЕРБ ВОЗ призван стимулировать принятие мер правительствами стран с целью поддержки и защиты всех медико-санитарных и социальных работников.

Бухарестская декларация призывает к принятию политических мер, нацеленных:

- улучшить практику найма и закрепления кадров в частности медико-санитарных и социальных работников;
- улучшить работу механизмов кадрового обеспечения здравоохранения;
- оптимизировать эффективность труда медико-санитарных и социальных работников;
- улучшить планирование кадров медико-санитарных и социальных работников;
- увеличить объем государственных инвестиций в сфере образования, развития и защиты кадровых ресурсов.

В Декларации признается наличие связи между этими приоритетами и необходимость сотрудничества со всеми заинтересованными сторонами, включая представителей медико-санитарных и социальных работников, их работодателей, представителей министерств финансов и образования, а также международных некоммерческих организаций, трастов и фондов.

Также обращаем внимание на международное новое название медицинских кадров - медико-санитарные и социальные работники.

Применение международных рекомендаций ВОЗ является важным шагом к достижению высокого стандарта здравоохранения, соответствующего мировым требованиям.

3.5.3 Анализ требований и вызовов, стоящих перед системой здравоохранения в части КРЗ

Подготовка медицинских кадров является одним из основных приоритетов национальной стратегии развития системы здравоохранения Казахстана. С 2012 года медицинское образование Казахстана окончательно отошло от советской модели подготовки и переподготовки медицинских кадров. Переломным моментом в сфере подготовки медицинских кадров стало официальное присоединение Казахстана к Болонской декларации в марте 2010 года. Таким образом, Казахстан стал первым центральноазиатским государством, признанным полноправным членом европейского образовательного пространства, принятие Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК на 2005–2010 годы, в рамках которой в регионах были открыты центры по оказанию первичной медико-санитарной помощи, в эксплуатацию введены новые районные больницы и другие объекты здравоохранения. Следующими реализованными государственными программами были «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы и «Денсаулық» на 2016–2019 годы.

Все программы предусматривали комплексные реформы в медицинском образовании, охватывающие пересмотр общих концептуальных подходов к медицинскому образованию, содержания и организации учебного процесса. Своей главной целью реформы ставили повышение профессионального уровня на основе повышения качества подготовки специалистов и приближения медицинского образования Казахстана к международным стандартам.

3.5.3.1. Техническое и профессиональное образование (ТиПО) в здравоохранении

Наиболее многочисленной, как и во всем мире, составной частью системы здравоохранения Казахстана являются средние медицинские работники (СМР), основную долю которых составляет сестринский персонал.

Вместе с тем, система здравоохранения в целом страдает от несбалансированности медицинских кадров, нехватки и малоэффективного использования сестринского персонала в практическом здравоохранении. Реальная диспропорция кадров в разрезе «сестринский персонал – врачи» сопровождается взаимосвязанными негативными тенденциями – врачи, зачастую, выполняют тот функционал, который в западноевропейских странах входит в обязанности медицинских сестер, а медсестры, в свою очередь, выполняют то, чем в других

странах занимается обслуживающий или технический персонал. Отмечается малоэффективное использование сестринского персонала в практическом здравоохранении.

Сестринское дело переживает этап глобального реформирования. Уже проделана большая работа по изменению подходов к управлению сестринскими услугами и внедрению новых сестринских практик, достигнуты позитивные сдвиги в области медицинского образования по подготовке и переподготовке специалистов сестринского дела.

В соответствии с приказом в августе 2017 г., в режиме пилота, стартовал проект по реформе сестринского дела с целью изменения подходов к управлению сестринскими услугами и внедрению новых сестринских практик в практическое здравоохранение. Пилотный проект проводился на базе 30 медицинских организаций – клинических баз ВМК, это – многопрофильные взрослые и детские стационары, поликлиники, перинатальные центры 7 регионов: Уральск, Астана, Алматы, Павлодар, Туркестан, Кокшетау, Кызылорда.

В рамках проекта разработано:

- 45 стандартов операционных процедур (СОП) для медицинских сестер общей и расширенной практики;
- 15 клинических сестринских руководств (КСР), которые внедрены в ОП ТиПО, прикладного и академического бакалавриата; подготовлены финскими экспертами 121 тренер для разработки КСР;
- обучено 240 медсестер пилотных медицинских организаций по внедрению КСР;
- обучено 144 патронажных работника;
- 33 первичных форм сестринской документации;
- 4 методические рекомендации.
- внесены дополнения и изменения в ряд приказов МЗ РК и разработаны проекты приказов.

В период 2014-2020 гг. в РК подготовлено 2401 менторов (наставников) сестринского дела, в том числе, в качестве тренеров международными экспертами НАМК и ЛАМК (Финляндия) – 81, менторов (наставников), подготовленных медицинскими ВУЗами и колледжами РК – 2320.

Адаптирован международный классификатор сестринской практики Clinical Care Classification, а также сестринская документация при COVID – 19 для медицинских сестер стационара и ПМСП.

Разработаны дорожные карты:

- Дорожная карта по реализации комплексного плана развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года;
- Дорожная карта по реализации проекта «Модернизация медицинского образования до 2019 года»;
- Дорожная карта «Триединство образования, науки и практики в сестринском деле» на 2021 – 2025 годы;
- Дорожная карта «Внедрение международных стандартов подготовки специалистов здравоохранения».
- В рамках дорожных карт утверждены мероприятия, целевые индикаторы и показатели эффективности развития сестринского образования и сестринского дела на период с 2021 по 2025 годы.

Подготовку сестринских кадров в стране осуществляет 94 колледж, из них 57 медицинских колледжей (3 государственных и 51 негосударственных) и 37 (41,57%) высших медицинских колледжей (19 государственных, 14 негосударственных, 4 в составе ВУЗов – МУК, ЮКМА и 2 ВМК в составе КазНМУ) и 7 медицинских ВУЗов, которые осуществляют подготовку специалистов сестринского дела с уровнем ТиПО, высшего и послевузовского образования. Внедрена многоуровневая система подготовки сестринских кадров (ТиПО, прикладной бакалавриат, академический бакалавриат, магистратура, докторантура PhD), в соответствии с Европейскими директивами.

3.5.3.2 Высшее медицинское образование

Высшее медицинское образование в Казахстане представлено относительно небольшим числом учебных заведений – 8 медицинских университетов в ведении Министерства здравоохранения и 7 медицинских факультетов многопрофильных ВУЗов в ведении Министерства науки и высшего образования.

С 2019 года был введен дифференцированный отбор абитуриентов, поступающих в медицинские ВУЗы, психометрическое тестирование, направленное на оценку коммуникативных навыков, логического мышления и способности к обучению в течение всей творческой жизни.

В соответствии с новой стратегией медицинского образования (2020) в Казахстане действуют новые стандарты подготовки медицинских кадров по 5 основным направлениям: общая медицина (ОМ), стоматология, фармация, сестринское дело (СД) и общественное здравоохранение (ОЗ).

Министерством усилены темы по биологической безопасности, в частности, по таким дисциплинам, как детские инфекционные болезни, общая гигиена, общая эпидемиология, клиническая эпидемиология, инфекционные болезни, скорая неотложная медицинская помощь, внутренние болезни, детские болезни, пульмонология. Были дополнительно разработаны программы профильной магистратуры по специальностям «Эпидемиология», «Гигиена». В номенклатуру специальностей и специализаций в области здравоохранения введены новые специальности: «кинезотерапия», «эрготерапия», «ядерная медицина», «гериатрия».

В 2017 году впервые проведена оценка компетенций 4293 преподавателей ВУЗов, организован Центр трансферта образовательных технологий, где поэтапно прошли подготовку практически все ППС медицинских ВУЗов. В 2020 году численность научно-педагогических кадров медицинских ВУЗов увеличилась в 1,7 раза по сравнению с 2012 годом.

Отмечается рост научного потенциала медицинских ВУЗов. При этом, если в первые 5 лет суммарная доля кандидатов и докторов наук составляла от 97,4 до 99,85%, то в последние годы их суммарная доля уменьшилась до 90% за счет увеличения доли докторов PhD.

3.5.3.3. Послевузовское образование

Послевузовское образование осуществляется в магистратуре, резидентуре и докторантуре организациями высшего и (или) послевузовского образования, научными организациями по основному профилю деятельности и направлениям, а также путем направления стипендиатов международной стипендии «Болашак» на обучение в ведущие зарубежные организации.

Подготовка специалистов в резидентуре проводится по 42 клиническим специальностям и 7 специализациям в соответствии с Перечнем клинических специальностей резидентуры.

Продолжительность освоения образовательной программы резидентуры в зависимости от специальности и предшествующей подготовки составляет от 2 до 4 лет.

Подготовка кадров в магистратуре осуществляется на базе образовательных программ высшего образования по двум направлениям:

- 1) научно-педагогическому со сроком обучения не менее двух лет;
- 2) профильному со сроком обучения не менее одного года (согласно Закона «Об образовании»).

Докторантура – послевузовское образование, программы которого направлены на подготовку кадров для научной, педагогической и (или) профессиональной деятельности, с присуждением степени доктора философии (PhD), доктора по профилю. Подготовка осуществляется на базе образовательных программ магистратуры по двум направлениям:

- 1) научно-педагогическому со сроком обучения не менее трех лет;
- 2) профильному со сроком обучения не менее трех лет (Закона «Об образовании»).

Планирование приема на подготовку в резидентуре, магистратуре и докторантуре включает обучение за счет республиканского бюджета, целевого заказа местных исполнительных органов (МИО) и на платной основе. Ежегодно увеличивается число обучающихся за счет республиканского бюджета.

Министерством здравоохранения РК для развития системы подготовки кадров здравоохранения в 2021 году увеличена стоимость образовательного гранта по медицинским специальностям (бакалавриат на 59%, магистратура – на 26%, врача-резидента – на 83%, докторантура – на 2,5%).

Во всех ВУЗах внедрена система менеджмента качества, повышаются требования к обучению и академическим результатам.

3.5.3.4. Непрерывное профессиональное развитие медицинских кадров

Современное здравоохранение Казахстана нуждается в грамотных специалистах, владеющих необходимым объемом знаний, навыками и умениями, способных обосновывать свои действия и решения с позиций доказательной медицины. Только постоянное, непрерывное профессиональное развитие медицинского работника создает основу для высокой эффективности его повседневной работы. В условиях возрастающего информационного потока, постоянного внедрения в клиническую практику новых лекарственных препаратов, новых методов диагностики и лечения, врач оказывается в ситуации, когда он сам остро

ощущает потребность в постоянном повышении квалификации. В связи с этим Министерством здравоохранения пересмотрена парадигма непрерывного профессионального развития кадровых ресурсов, проведена централизация организационно-методической работы в данном направлении.

С 2020 года в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» законодательно закреплена модель «Непрерывное профессиональное развитие работников здравоохранения» (далее – ННР). ННР направлено на совершенствование профессиональных знаний и умений, освоение дополнительных компетенций, учитывающих потребности специалистов, с целью повышения безопасности медицинской помощи. ННР обозначает образование и усвоение навыков и умений в течение всей профессиональной жизни каждого медицинского работника.

Согласно введенным изменениям, дополнительное образование осуществляется в организациях образования и науки, реализующих образовательные программы дополнительного образования и прошедших институциональную аккредитацию в аккредитационных органах. Дополнительное образование по медицинским специальностям и неформальное образование медицинских работников осуществляются организациями высшего и (или) послевузовского образования, национальными и научными центрами, научно-исследовательскими институтами, высшими медицинскими колледжами на основе аккредитованных клинических баз, клиник организаций образования в области здравоохранения, университетских больниц. Создан единый перечень образовательных программ, опубликованных в информационной системе – каталог образовательных программ дополнительного образования, определены уровни дополнительного образования согласно стажу медицинских работников.

Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» непрерывное профессиональное развитие работников здравоохранения вошло в компетенции как уполномоченного органа (размещение государственного заказа на повышение квалификации), так и местных исполнительных органов.

Ежегодно за счет средств республиканского бюджета уполномоченным органом реализуется программа 005 «Повышение квалификации и переподготовка кадров организаций здравоохранения». За период 2016-2022 гг. обучено 81008 медицинских работников по трем направлениям: обучение на базах отечественных организаций образования и науки, за рубежом, на мастер-классах с привлечением ведущих специалистов зарубежья. Из общего числа обученных прошли курсы повышения квалификации 79072 медицинских работника, первичную специализацию 1936 медицинских работников.

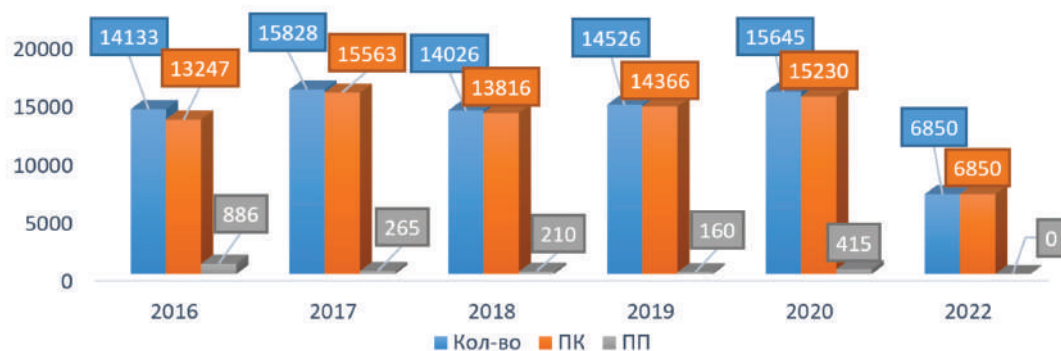


РИСУНОК 103 – КОЛИЧЕСТВО ОБУЧЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РАМКАХ РБП 005 ЗА 2016-2022 ГГ.

В ведущих клиниках зарубежья прошли подготовку 373 медицинских работника, из них – 333 врача, 40 средних медицинских работников. Из-за начавшейся пандемии коронавирусной инфекции в 2020-2021 гг. обучение за рубежом не состоялось.

Обучение проводилось с учетом принципов лучших практик зарубежной медицины. Стоит отметить, что во многом благодаря зарубежной подготовки казахстанских врачей, на сегодняшний день казахстанские специалисты уже могут конкурировать с зарубежными коллегами по уровню своих знаний и умений. Государственные медицинские организации оказывают достаточно большой объем высокоспециализированной медицинской помощи, которая ранее оказывалась клиниками республиканского значения.

В рамках создания конкурентоспособного кадрового потенциала здравоохранения местными исполнительными органами выделяются средства на обучение кадров здравоохранения, ежегодно активно реализуется программа 003 «Повышение квалификации и переподготовка

медицинских кадров». Таким образом, большую часть финансирования составляют плановые бюджетные ассигнования. В свою очередь, медицинские организации, по мере необходимости, направляют врачей на повышение квалификации по особенно актуальным темам, на основании утвержденного ими годового плана или за счет экономии средств.

Ежегодно за счет средств местного бюджета и медицинских организаций обучаются более 40 000 медицинских работников государственных организаций областей. Из общего числа обученных, за период с 2016 по 2022 гг., более 2000 медицинских работников прошли обучение в клиниках зарубежья.

В проводимой плановой работе по непрерывному профессиональному развитию медицинских кадров по приоритетным направлениям - нозологиям с высоким уровнем заболеваемости, смертности и инвалидизации, а также, введения новых инноваций в области здравоохранения, в том числе трансферта и внедрения новых и инновационных технологий диагностики и лечения заболеваний, в рамках инициатив практического здравоохранения, позволило обеспечить повышение качества подготовки кадров и удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи.

Выводы

С 2020 года 5 медицинских ВУЗов РК были реорганизованы в некоммерческие акционерные общества (НАО), что дало возможность самостоятельного определения образовательных программ, исходя из спроса, а также некоторую финансовую свободу.

Послевузовская подготовка осуществляется в магистратуре, резидентуре и докторантуре организаций высшего и (или) послевузовского образования, научных организаций по основному профилю деятельности.

Подготовка специалистов в резидентуре проводится по 42 клиническим специальностям и 7 специализациям в 23 организациях медицинского образования, из них 9 ВУЗов и 13 НИИ и НЦ, а также в БМЦ УДП РК. Продолжительность обучения в резидентуре от 2 до 4 лет.

Подготовка кадров в магистратуре и докторантуре осуществляется по двум направлениям:

1) научно-педагогическому со сроком обучения не менее двух лет в магистратуре и не менее 3х лет в докторантуре;

2) профильному со сроком обучения не менее одного года в магистратуре и не менее 3 лет в докторантуре.

За последние годы отмечается увеличение численности государственных грантов на обучение в резидентуре, магистратуре и докторантуре. В 2017 году впервые проведена оценка компетенций 4293 преподавателей ВУЗов, организован Центр трансферта образовательных технологий.

В ближайшей перспективе необходимо решить следующие задачи:

1. Стимулировать освоение профессорско-преподавательским составом ВУЗов и колледжей новых методик и технологии через сертифицирование педагогов с гарантией повышения заработной платы.
2. Формирование пула опытных педагогов, владеющих знаниями иностранного языка - не менее 30% в ВУЗах и 20% в колледжах;
3. Активизировать мобильность профессорско-преподавательского состава и обучающихся университетов
4. Активнее внедрять исследовательский компонент в образовательные программы высшего, послевузовского, а также сестринского образования;
5. Увеличить объем научно-исследовательского компонента при формировании пула элективных дисциплин;
6. Увеличить доли грантового финансирования обучения в магистратуре по сестринскому делу;
7. Внедрение на национальном уровне международной классификации сестринских диагнозов и сестринских вмешательств;
8. Содействие развитию профессиональных сестринских ассоциаций и привлечению их к реформированию сестринского дела.

3.5.3.5 Исследовательский потенциал здравоохранения

Достижение конкурентоспособности медицинской науки и инноваций в системе здравоохранения Казахстана относится к числу ключевых задач развития национальной системы

здравоохранения. При этом, одним из основных условий достижения конкурентоспособности в сфере науки и инноваций является использование надлежащих принципов управления медицинской наукой, к числу которых относятся мониторинг и оценка деятельности организаций здравоохранения по ключевым показателям результативности, позволяющим проводить интегральную оценку всех ключевых составляющих научно-инновационного процесса.

В системе здравоохранения с 2013 года внедрена система оценки организаций медицинской науки и образования по индикаторам научной и инновационной деятельности.

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

Конечной целью рейтинга является мотивация и стимулирование к повышению качества медицинского образования и научной деятельности, путем создания конкуренции между организациями, выделения лидеров и аутсайдеров рейтинга.

Оценка научно-исследовательской деятельности в рамках данной методики проводилась по следующим категориям: медицинские ВУЗы, организации медицинской науки клинического профиля, организации медицинской науки неклинического профиля. При оценке медицинских ВУЗов и научных организаций учитывались следующие ключевые индикаторы: объем выполняемых научных исследований, публикации (статьи) в рецензируемых научных изданиях, цитирование научных работ за последние 5 лет (включая индекс Хирша), патенты и иные охраняемые документы, научные разработки, коммерциализация результатов научной деятельности и трансферт медицинских технологий, участие в международных конференциях.

Проведенный анализ итогов ранжирования организаций медицинской науки и медицинских вузов свидетельствует о положительной динамике ключевых индикаторов научной деятельности: это касается роста количества выполняемых научных программ, публикаций, полученных охраняемых документов.

Отмечается повышение патентной активности организаций медицинской науки и медицинских ВУЗов на 1,5-2,5%, в том числе количество национальных патентов, зарубежных патентов и свидетельств об интеллектуальной собственности.

Показателем конкурентоспособности и научных исследований и разработок является объем публикаций отечественных исследователей в международных рецензируемых изданиях, индексируемых в авторитетных базах данных Scopus и Web of Science. За последние годы количество статей, публикуемых медицинскими ВУЗами и научными организациями в области здравоохранения ежегодно в изданиях, индексируемых Scopus и Web of Science, выросло более чем на 40%.

Положительные тренды за последние годы отмечаются в росте доли сотрудников с индексом Хирша по данным WoS/Scopus и Google Scholar – 10,2% и до 21,5%, соответственно, а также в росте среднего индекса Хирша по данным WoS/Scopus – с 0,15 до 0,34.

Рост всех ключевых показателей конкурентоспособности научной и инновационной деятельности позволил обеспечить вхождение казахстанских медицинских ВУЗов в авторитетные глобальные рейтинги университетов. Так Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова вошел в ТОП-350 рейтинга QS Asian University Rankings, в ТОП-150 рейтинга университетов для развивающихся стран Европы и центральной Азии QS EESA (146-е место). Также отмечается рост рейтинговых позиций Казахстана в Глобальных рейтингах, основанных на достижениях в сфере медицинской науки. Так, место Казахстана в мировом рейтинге по публикациям в области медицины (по данным Scopus) до 79-го места.

Вместе с тем, результаты ранжирования организаций медицинской науки и образования позволили выявить и целый ряд недостатков – отрицательную динамику рейтинговой оценки для некоторых НИИ, НЦ, ВУЗов, отсутствие активности по ряду ключевых показателей НИР.

Прежде всего, нами выявлена недостаточная информированность организаций о своих достижениях, что требует усиления мониторинга научной и инновационной деятельности на уровне НИИ, НЦ и ВУЗов.

Необходимо также принять меры по повышению научно-исследовательской активности сотрудников (через внедрение дифференцированной оплаты труда, поддержку и развитие научных школ и т.д.), поскольку проведенный нами анализ указывает на то, что лишь 20-25% сотрудников ВУЗов и НИИ/НЦ вовлечены в научно-исследовательскую деятельность (вносят вклад в достижение индикаторов).

Одной из проблем, требующих системных изменений в отрасли, является низкая доступность результатов исследований для всех заинтересованных сторон (научное сообщество,

специалисты практического здравоохранения, полисмейкеры и население) и недостаточное использование результатов научных исследований на различных уровнях принятия решений в отрасли. Анализ опыта ведущих зарубежных стран указывает на необходимость перехода к доказательной практике принятия решений, на всех уровнях управления системой здравоохранения, на основе научного обоснования всех мероприятий, проектов нормативных актов, концепций, программ и дорожных карт, а также анализа эффективности их реализации, планирования и прогнозирования потребности системы здравоохранения в необходимых ресурсах, активной передачи результатов научных исследований в сферу формирования политики.

Для повышения результативности НИД предлагаются также следующие мероприятия на уровне медицинских ВУЗов, НЦ, НИИ:

Исходя из выявленных недостатков НИД медицинских ВУЗов, НЦ, НИИ, необходимо:

- при привлечении финансирования на НИД: сделать акцент на привлечение зарубежных грантов, вовлечение в программы международных мультицентровых исследований, в т.ч. совместных проектов со стратегическими партнерами и выполнение НИР в партнерстве с бизнес-структурами;
- в публикационной активности: сделать акцент на публикацию статей в высокорейтинговых журналах (с квартилем более Q1-Q2);
- при патентовании результатов НИР: сделать акцент на получение национальных и международных патентов, внедрить в каждой организации четкую политику в отношении патентообладания разработками, которые сотрудники получают при работе в организации, используя ее ресурсы и оборудование;
- при коммерциализации результатов НИР: сделать акцент на коммерциализацию результатов НИР не только в рамках проведения мастер-классов, но и через запуск производств, создание стартапов и спиноффов, передачу/продажу лицензии и т.д.;
- при участии в международных конференциях: сделать акцент на участие в конференциях и публикацию тезисов в тех конференциях, материалы которых индексируются в Scopus, WoS.
- Развивать инфраструктуру поддержки ученых и инновационно-активных специалистов - эндаумент-фонды, офисы-коммерциализации, бизнес-инкубаторы и/или технопарки, проектные офисы по науке, а также инфраструктуру для проведения научных исследований - научные и испытательные лаборатории, биобанки;
- Обеспечить активное участие сотрудников медицинских ВУЗов и научных организаций в международных профессиональных объединениях и специализированных онлайн ресурсах для ученых, в том числе создание и регулярная актуализация профиля НИИ, НЦ ВУЗов, реализуемых научных проектов и индивидуальных профилей сотрудников в авторитетных международных платформах ORCID, ResearchGate, Academia.edu и др.;
- Пересмотреть на предмет эффективности существующие и внедрить новые подходы к вовлечению в НИР студентов и молодых ученых (научные общества молодых ученых и студентов, внедрение Researched-based learning и Project-based learning конференции и конкурсы для студентов и молодых ученых, летние/зимние школы, хакатоны и т.д.).

Реализация данных мероприятий должна обеспечить рост результативности и конкурентоспособности НИД в медицинских ВУЗах, НИИ/НЦ, создать условия для дальнейшей интеграции казахстанской медицинской науки в мировое исследовательское пространство.

3.6 Финансирование здравоохранения

Проблемы в области развития здравоохранения затрагивают не только бедные страны, но и богатые. Это связано либо с неэффективной организацией социальной помощи, либо с неэффективным использованием ресурсов. Поэтому в одних, даже развитых странах, вследствие неэффективной организации социальной помощи не все население получает необходимый доступ к медико-санитарной помощи. В других странах проблемы, связанные с неэффективным использованием ресурсов, решают путем роста цен. В этой связи задачи поддержания и улучшения здоровья людей, а также систем здравоохранения, стоят практически перед всеми странами мира.

По мере того, как страны стремятся добиться прогресса на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения (далее - ВОУЗ), все большее значение приобретает приведение классификации доходов и расходов в соответствии с рамками политики финансирования здравоохранения, направленной на сбор доходов, объединение средств и закуп медицинских услуг. Это обеспечивает получение более актуальной информации для разработки политики на республиканском уровне. В частности, это облегчает национальным заинтересованным сторонам и партнерам по развитию проведения оценки положения страны, с точки зрения справедливости, эффективности и охвата, по сравнению с другими странами региона или во всем мире.

Наиболее эффективным инструментом подобной оценки на республиканском уровне выступают Национальные счета здравоохранения (далее - НСЗ), разработанные с использованием методологии системы счетов здравоохранения - System of Health Accounts 2011 (SHA 2011).

Счета здравоохранения тщательно отслеживают объем и движение средств от одного субъекта здравоохранения к другому вплоть до конечных получателей медицинских товаров и услуг. Опираясь на предпринимаемые с 2001 года глобальные усилия по созданию сопоставимых счетов здравоохранения, действующая стандартная международная методология отслеживания расходов на здравоохранение основана на концепции SHA 2011.

Национальные счета здравоохранения как эффективный инструмент оценки системы

Национальные счета здравоохранения (National Health Accounts, ННА) - основной статистический инструмент и система регулярного, всестороннего и последовательного мониторинга финансовых потоков в системе здравоохранения страны. Национальные счета здравоохранения играют значительную роль в разработке и реализации политики в сфере здравоохранения, поскольку позволяют определить приоритеты государственной политики. На международном уровне НСЗ являются основным инструментом измерения и сопоставления расходов на здравоохранение среди стран со схожими уровнями социально-экономического развития, демографическими и эпидемиологическими параметрами.

Национальные счета здравоохранения:

статистический инструмент регулярного, всестороннего и последовательного мониторинга финансовых потоков в системе здравоохранения страны; на международном уровне являются основным инструментом сравнительного анализа расходов на здравоохранение среди стран

Во всем мире идет развитие мощностей систем здравоохранения, направленное на улучшение здоровья обслуживаемого населения, что, однако, сопряжено с ощутимыми дополнительными затратами. Именно по этой причине, получение более точной информации о финансировании системы здравоохранения становится важным элементом разработки политики здравоохранения.

Эксперты в сфере здравоохранения используют НСЗ, разработанные для решения

конкретных вопросов относительно состояния системы здравоохранения. С их помощью обеспечиваются систематические расчеты и представление данных о расходах на здравоохранение. Они отражают, сколько было израсходовано, где, на что и для кого, каким образом расходы меняются на протяжении времени, и позволяют сопоставить их с расходами в странах, находящихся в аналогичных условиях.

НСЗ являются широко признанным в мировой практике методом суммирования, описания и анализа финансирования национальных систем здравоохранения, что важно при использовании финансовой информации для улучшения деятельности системы здравоохранения.

Информация НСЗ необходима для процесса принятия решений, поскольку дает возможность провести оценку использования ресурсов на текущий момент и может использоваться для сравнительного анализа конкретной системы здравоохранения с системами других стран. При регулярном использовании НСЗ могут отслеживать тенденции затрат, что важно для мониторинга и оценки системы здравоохранения. Методология НСЗ может использоваться для прогнозирования финансовых потребностей сектора здравоохранения страны. Информация НСЗ в сочетании с нефинансовыми данными как, например, уровень заболеваемости и уровень потребления ресурсов поставщиками медицинских услуг, позволяет политикам принимать обоснованные стратегические решения и избегать потенциально неблагоприятные.

Первые шаги по гармонизации основных терминов, определений и подходов для составления единой системы счетов были инициированы Европейским Сообществом и ОЭСР в 1980-х годах. Однако, значительные различия в устройствах систем здравоохранения европейских стран явились основным препятствием для стандартизации подходов.

Система счетов здравоохранения - стандарт для классификации расходов на здравоохранение в соответствии с предоставлением, потреблением и финансированием медицинских услуг и оказывает методологическую поддержку в разработке счетов здравоохранения.

*Мониторинг и отслеживание расходов на здравоохранение в Республике Казахстан
Определение агрегированных показателей финансирования здравоохранения для международного сравнения расходов на здравоохранение и анализа систем здравоохранения.*

Тем не менее, в начале 2000-х годов, были опубликованы 2 основных документа, которые систематизировали сбор данных о финансовых потоках, связанных со здравоохранением:

✓ в 2000 году ОЭСР опубликовала пособие «Система счетов здравоохранения» [19];

✓ в 2003 году совместными усилиями ВОЗ, Всемирного банка и ЮСАИД было издано «Руководство по разработке национальных счетов здравоохранения» [20].

Данные работы стали первыми стандартами для формирования счетов здравоохранения на мировом уровне, что позволило получить сопоставимые данные. Указанные пособия стимулировали процесс формирования НСЗ в различных странах.

В 2007 году группа экспертов ОЭСР, Евростат и ВОЗ, также известных, как Международная группа по счетам здравоохранения, приступила к разработке новой версии Системы счетов здравоохранения. Результатом работы стала публикация Системы счетов здравоохранения 2011 года.

Система счетов здравоохранения (System of Health Accounts 2011, SHA 2011 – далее ССЗ 2011) оказывает методологическую поддержку и руководство в разработке счетов здравоохранения. Ключевыми целями ССЗ являются:

✓ предоставить структуру основных совокупных показателей, имеющих отношение к международному сопоставлению расходов здравоохранения и анализу систем здравоохранения;

✓ предоставить инструмент, который может быть расширен отдельными странами и который позволит получить практические данные по мониторингу и анализу систем здравоохранения;

✓ определить согласованные на международном уровне границы здравоохранения для отслеживания расходов на потребление.

Для достижения этих целей, ССЗ 2011 предоставляет основу для сбора данных, занесения в таблицы НСЗ и оценивания всех денежных потоков, связанных с расходами на здравоохранение.

Система счетов здравоохранения берет начало и полагается на учет расходов, связанных со здравоохранением, организаций и домашних хозяйств, а также на определенные совокупные показатели, собираемые в рамках национальных счетов.

Разработка НСЗ в Республике Казахстан началась в 2004–2005 годах при поддержке Всемирного Банка. В частности, был проведен анализ источников данных, изучены бизнес-процессы сбора и обработки данных, а также разработана концепция формирования НСЗ, основанная на сплошном сборе данных от каждого поставщика услуг, относящихся к сфере здравоохранения. Процесс сбора данных был формализован Агентством РК по статистике, путем разработки и утверждения специальной формы ведомственной статистической отчетности - №19 «Отчет о расходах здравоохранения». Стандартом для разработки НСЗ выступило «Руководство по разработке национальных счетов здравоохранения» ВОЗ. В соответствии с этой методологией были разработаны отчеты о расходах на здравоохранение за 2010 и 2011 годы.

В рамках Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» в качестве консультанта была привлечена компания Oxford Policy Management. Совместно с консультантами Национальный научный центр развития здравоохранения разработал новый подход по формированию НСЗ, основанный на снижении административной нагрузки на респондентов и сборе данных из существующих стабильных и регулярных источников информации.

Начиная с 2013 года, в связи с углублением сотрудничества Казахстана с ОЭСР, МЗ РК приняло решение о внедрении ССЗ 2011 года.

В 2019 году был разработан и утвержден Приказ о правилах формирования НСЗ.

ННЦРЗ на ежегодной основе сотрудничает с офисом ВОЗ в части совершенствования системы счетов здравоохранения, сбора, обработки и анализа данных о здравоохранении.

Таким образом, национальные счета здравоохранения – это инструмент, благодаря которому можно отследить не только уровень расходов на здравоохранение, но и все потоки денежных средств в системе здравоохранения.

Обзор финансирования медицинских услуг в сфере здравоохранения в Казахстане

Системы здравоохранения во всем мире имеют общую цель – улучшение состояния здоровья населения, однако, это невозможно без выполнения главной задачи – предоставления доступной качественной медицинской услуги. Качественную медицинскую помощь можно охарактеризовать как доступную, эффективную, безопасную, основанную на доказательной медицине, оптимальную по объему используемых ресурсов, адекватную современному уровню развития медицины, оставляющую у пациента чувство удовлетворенности от взаимодействия с системой здравоохранения.

Для этого необходимо формирование национальной модели здравоохранения со своей спецификой подходов к финансированию здравоохранения.

Какой-то одной универсальной модели финансирования здравоохранения не существует. Тем не менее, в мире сложились общепринятые тенденции развития систем финансирования здравоохранения, а также сформировались основные их модели:

- государственная (бюджетная);
- страховая медицина;
- частная (платная) медицина.

ТАБЛИЦА 28 – ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МОДЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ	НЕДОСТАТКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ИЛИ СИСТЕМА БЕВЕРИДЖА	<ul style="list-style-type: none"> - ЦЕНТРАЛЬНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ; - ГОСУДАРСТВЕННОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ПУТЕМ ПРЯМОГО НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ; - ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ; - ГОСУДАРСТВО ВЫСТУПАЕТ В КАЧЕСТВЕ ЕДИННОГО ПЛАТЕЛЬЩИКА; - ЧАСТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ, ИЛИ КАКИЕ-ЛИБО ДРУГИЕ СПОСОБЫ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ВЫХОДЯЩИХ ЗА РАМКИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ, ЗАПРЕЩЕНЫ 	<ul style="list-style-type: none"> - ОГРАНИЧЕНИЕ НОВАТОРСТВА; - ОСЛАБЛЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ЦЕНТРОМ И ПЕРИФЕРИЕЙ; - НЕ ВСЕГДА УЧИТЫВАЮТСЯ ИНТЕРЕСЫ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ; - ОТСТАВАНИЕ В ТЕХНИЧЕСКОМ ОСНАЩЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА	<ul style="list-style-type: none"> - ЗДРАВООХРАНЕНИЕ УПРАВЛЯЕТСЯ ГОСУДАРСТВОМ, НО ИМЕЕТ ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ; - ФИНАНСИРОВАНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ ЦЕЛЕВЫХ ВЗНЕСОВ ВСЕХ УЧАСТНИКОВ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ; - ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СТРАХОВЫХ ФОНДОВ, ТРУДЯЩИХСЯ СОВМЕСТНО С ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯМИ И ГОСУДАРСТВОМ; - ГОСУДАРСТВЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЭТИМИ ФОНДАМИ; - РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СРЕДСТВ ФОНДОВ НЕЗАВИСИМО ОТ ЗАРАБОТКА ПОЛУЧАТЕЛЕЙ ДОХОДОВ, А ТАКЖЕ ОТ РАЗМЕРА ИХ ВЗНЕСОВ. 	<ul style="list-style-type: none"> - ПРОБЛЕМА С ЛЕЧЕНИЕМ НАИБОЛЕЕ РИСКОВОГО КОНТИНГЕНТА (БОМЖИ, ПЕРЕСЕЛЕНЦЫ, НЕЗАСТРАХОВАННЫЕ И Т.Д.); - ПРОБЛЕМА ВЗАИМОРАСЧЕТОВ МЕЖДУ ТЕРРИТОРИЯМИ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗАННУЮ ЗА ПРЕДЕЛАМИ МЕСТА СТРАХОВАНИЯ; - МЕХАНИЗМ СБОРА СРЕДСТВ НА ЦЕЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ; - ПРОБЛЕМА УВЕЛИЧЕНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ ЗА РАБОТАЮЩЕЕ НАСЕЛЕНИЕ ДАЮТ ЛИШЬ 1/4 (24,5%) ВСЕХ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ, А (64,4%) – ЭТО БЮДЖЕТНЫЕ СРЕДСТВА
ЧАСТНАЯ (ПЛАТНАЯ) МЕДИЦИНА	<ul style="list-style-type: none"> - ШИРОКИЙ ДИАПАЗОН МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ; - МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ НАХОДЯТСЯ В ЧАСТНОЙ СОБСТВЕННОСТИ; - МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЮТ ЧАСТНЫЕ ВРАЧИ И ПОЛУЧАЮТ ОПЛАТУ ОТ ПАЦИЕНТА ИЛИ ОТ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ 	<ul style="list-style-type: none"> - ЧАСТНЫЕ ВРАЧИ РАБОТАЮТ АВТОНОМНО И НЕ В СОСТОЯНИИ ПРЕДОСТАВИТЬ КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ; - ДОРОВОИЗНА И НЕДОСТУПНОСТЬ ДЛЯ БОЛЕЕ БЕДНЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ

В целях улучшения международной сопоставимости показателей финансирования здравоохранения применяются такие агрегированные показатели, как текущие расходы на здравоохранение, капитальные расходы на здравоохранение, общие расходы на здравоохранение.

Общие расходы на здравоохранение включают в себя текущие расходы на здравоохранение, которые связаны с предоставлением медицинской помощи, и капитальные расходы на здравоохранение.

Текущие расходы на здравоохранение включают в себя обязательные схемы финансирования и добровольные схемы финансирования, которые далее распределяются по функциям здравоохранения.

Схемы финансирования являются основными «составляющими» системы финансирования здравоохранения в стране – это основные виды финансовых схем, с помощью которых осуществляется оплата услуг в сфере здравоохранения и получение последних населением.

Обязательные схемы финансирования включают в себя расходы государственного бюджета, а также расходы в системе ОСМС. Эта схема финансирования является основным закупщиком медицинских услуг.

В свою очередь, добровольные схемы финансирования, или частные расходы, являются суммой расходов на добровольное медицинское страхование, расходов корпораций, и выплат из кармана (расходы домохозяйств).

Далее расходы распределяются по функциям здравоохранения. Функции здравоохранения рассматриваются как категории потребляемых товаров и услуг и включают стационарное обслуживание, амбулаторное обслуживание, меры по охране здоровья граждан, реабилитационные услуги, скорую медицинскую помощь, предоставление медицинских товаров, расходы на администрирование системы здравоохранения и т.д.

Любая финансовая система должна отвечать на следующие вопросы:

- Как формируются ресурсы,
- Как они распределяются,
- Насколько эффективно используются.

С 2020 года в Казахстане начало действовать обязательное медицинское страхование, и в настоящее время система здравоохранения Казахстана финансируется из нескольких источников:

- средства республиканского и местного бюджетов, которые формируются за счет налоговых поступлений. К ним относятся: налоги на прибыль, налоги на добавленную стоимость, подоходный налог и др.

- средства в системе ОСМС, которые складываются на основе взносов и отчислений в систему,

- средства добровольного медицинского страхования и предприятий,

- личные средства граждан. Эти средства не проходят через каналы государственного перераспределения и поступают в медицинские организации в форме прямой оплаты медицинских услуг,

- внешние источники финансирования (гранты, внешние займы).

Таким образом, в Казахстане действуют механизмы бюджетно-страховой модели финансирования.

Согласно Закону, об обязательном медицинском страховании от 16 ноября 2015 года, плательщиками взносов в систему ОСМС являются:

- Государство
- Работники
- Индивидуальные предприниматели
- Лица, занимающиеся частной практикой
- Физические лица, получающие доходы в рамках договоров ГПХ
- Плательщики ЕСП.

При этом государство осуществляет взносы за 15 льготных категорий граждан в размере 1,8% от среднемесячной заработной платы в 2023 году.

Отчисления работодателей составляют 3% от ФОТ. Взносы работников – 2% от заработной платы. Взносы ИП – 5% от дохода.

Так, здравоохранение Казахстана сочетает в себе аспекты страховой медицины с ее всеобъемлющим охватом населения ОСМС и бюджетного финансирования с предоставлением государственных гарантий. Главная задача состоит в том, чтобы выработать такой механизм, который бы стимулировал повышение качества медицинского обслуживания при одновременном контроле расходов средств. Этого можно добиться путем оптимизации потребления медицинских услуг, как пользователями, так и производителями, а также начать практику внедрения методов доказательной медицины. В настоящее время наблюдается такой период, когда неуклонно растет число хронических и неинфекционных заболеваний. Поэтому укрепление здоровья населения возможно только при переходе от превалирующей тенденции лечения заболеваний к расширению спектра профилактических мер.

Действующая система формирования ресурсов на здравоохранение отвечает мировым тенденциям развития, о чем свидетельствует объем выделяемых ресурсов, который ежегодно увеличивается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП). Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам Республики Казахстан за счет бюджетных средств и включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги.

Однако, несмотря на ежегодный рост объемов финансирования отрасли, который описан в 1 главе, средств для полного обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи недостаточно. За последние 5 лет в Казахстане отмечается повышение уровня рождаемости. Численность населения в республике увеличилась с 16,6 млн. человек в 2012 году и на конец 2022 года составила 19,5 млн. чел., а к 2030 году по прогнозам достигнет 20,9 млн. человек.

В этой связи, переход на бюджетно-страховую модель финансирования здравоохранения в Казахстане является актуальным и обоснованным.

Исследования показывают, финансовые ресурсы системы здравоохранения зависят от уровня дохода населения, политических приоритетов и формируются за счет общественных или частных финансовых источников. Поэтому перед лицами, принимающими решения и разрабатывающими политику, постоянно стоит задача получения достаточных поступлений для сектора здравоохранения. Всемирной организацией здравоохранения было выдвинуто предложение, в качестве рекомендации по финансированию здравоохранения стран, руководствоваться уровнем расходов на здравоохранение не менее 5% от ВВП. При таком значении финансирования отрасль будет иметь финансовую устойчивость. Следует отметить, что данная рекомендация имеет большое значение и стала основой для обоснования бюджетных требований.

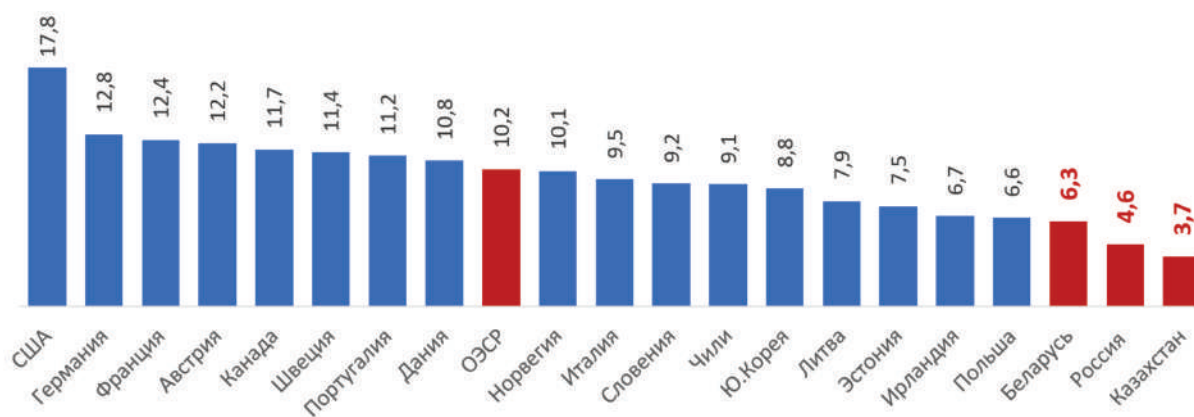


РИСУНОК 104 – УРОВЕНЬ ТЕКУЩИХ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В КАЗАХСТАНЕ В 2022 ГОДУ В СРАВНЕНИИ СО СТРАНАМИ ОЭСР И СНГ

Вместе с тем необходимо не забывать и о том, что здравоохранение финансируется еще и из частных источников. Однако, нельзя полностью полагаться на частные схемы финансирования, поскольку сильная зависимость от них может привести к неэффективному, несправедливому распределению ресурсов. А основной целью здравоохранения на пути к всеобщему охвату является справедливое предоставление услуг по потребностям, независимо от финансового и географического положения.

Значительное ограничение бесплатного медицинского обеспечения или недостаточность его государственного финансирования приводит к росту доли частных расходов в результате вынужденного приобретения населением необходимой помощи за счет личных средств. С другой стороны, при увеличении государственного финансирования, размер расходов из личных средств населения может увеличиваться за счет связанных трат, не покрываемых в рамках общественного здравоохранения (например, приобретение лекарственных препаратов), что может объяснить ситуацию по высокому уровню частных затрат в здравоохранении РК.

Повышенный уровень частных расходов принято объяснять недостаточностью государственного финансирования и вызванной ею невозможностью получить необходимую помощь бесплатно, в рамках общественной системы здравоохранения, но в действительности круг факторов, определяющих структуру расходов, может быть значительно шире.

Поэтому, основной акцент в финансировании здравоохранения необходимо делать на бюджетное или страховое финансирование.

Так, в Казахстане закуп медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе ОСМС (в рамках обязательных схем финансирования) осуществляется в соответствии с Правилами закупа услуг у субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-242/2020, и состоит из следующих этапов:

1. планирование объемов закупа услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;
2. выбор субъектов здравоохранения для оказания услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;
3. заключение договора закупа услуг;
4. исполнение договора закупа услуг.

К видам медицинской помощи относятся:

- 1) скорая медицинская помощь;
- 2) доврачебная медицинская помощь;
- 3) первичная медико-санитарная помощь;
- 4) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 5) медицинская реабилитация;
- 6) паллиативная медицинская помощь.

Так, скорая медицинская помощь финансируется по подушевому нормативу на оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) пациента санитарным транспортом. Финансирование осуществляется на среднесписочную численность прикрепленного населения к организациям ПМСП на территории обслуживания станции скорой помощи за отчетный период, с применением тарифов подушевого норматива скорой медицинской

помощи и медицинской помощи с привлечением квалифицированных специалистов, оказываемой санитарным автотранспортом, на одного прикрепленного человека для станций скорой медицинской помощи, в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь (далее – ПМСП) является местом первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества. Для получения услуг на уровне ПМСП необходимым условием является прикрепление к организации здравоохранения по месту жительства, за исключением случаев обращения в экстренных случаях. С учетом комплексности оказываемых услуг для обеспечения всеобщего охвата населения, организация ПМСП финансируется по подушевому нормативу с учетом половозрастной структуры и применения поправочных коэффициентов.

Специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях включает:

- 1) диагностику и лечение при социально значимых заболеваниях;
- 2) диагностику и лечение при хронических заболеваниях, подлежащих динамическому наблюдению;
- 3) услуги при травмах, отравлениях или других неотложных состояниях, в том числе услуги мобильной бригады при заболеваниях, вызывающих ухудшение эпидемиологической ситуации в стране и в случаях подозрения на них для лиц, не являющихся потребителями услуг в системе ОМС;

4) профилактику и диагностику ВИЧ-инфекции;

5) профилактику и диагностику туберкулеза.

Финансирование специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется за оказанную услугу с применением тарифов на медицинские услуги.

Специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих и стационарных условиях осуществляется за один пролеченный случай по КЗГ.

Метод финансирования за пролеченного больного по клинко-затратным группам (КЗГ) является одним из известных видов оплаты стационарной помощи, который содержит наиболее сильные стимулы к эффективному функционированию сети ЛПУ. Метод финансирования по КЗГ представляет собой дифференцированную оплату стационарной помощи за конечный результат («выбывший больной»), в зависимости от тяжести заболевания, произведенной операции, понесенных затрат.

Однако, большая часть систем использует сразу несколько различных механизмов оплаты, а значит, и методов стимулирования, поэтому результат в каждом случае оказывается разным. В оптимальном варианте система оплаты должна побуждать поставщиков предоставлять высококачественное и эффективное лечение и одновременно заинтересовывать их в более рациональном использовании ресурсов здравоохранения.

В этой связи рассмотрим динамику финансирования услуг здравоохранения, согласно международной классификации счетов здравоохранения.

Выводы и рекомендации

Учитывая все вышеперечисленные ключевые проблемы финансирования здравоохранения, настоящий аналитический доклад предлагает следующие меры по их решению:

1. Несмотря на ежегодный рост текущих расходов на здравоохранение, Казахстан имеет самый низкий показатель общих расходов на здравоохранение в ВВП по сравнению со странами ОЭСР и некоторыми странами СНГ. Также в 2022 году отмечается тенденция к снижению данного показателя. Поэтому, для вхождения Казахстана в ОЭСР необходимо преодолеть этот разрыв.

2. Несмотря на преобладание доли государственных расходов в текущих расходах на здравоохранение над частными, доля частных расходов в 2022 году выросла и составила 38%. В том числе карманные расходы выросли по сравнению с 2021 годом, увеличившись с 27,7% от ТРЗ до 31,1% от ТРЗ. В странах ОЭСР удельный вес карманных расходов на получение медицинских услуг составляет 19,6%; ЕС – 16,3%. По оценкам ВОЗ, устойчивой считается такая система здравоохранения, в которой на долю карманных расходов приходится не более 20 %. Превышение этого показателя повышает риск для населения, связанный с приближением их к черте бедности вследствие болезней, которые, в свою очередь, могут затронуть все сферы, а также привести к ухудшению здоровья и демографических показателей. Следовательно, государству необходимо сокращать этот показатель для достижения более устойчивого уровня развития здравоохранения.

3. В структуре государственных расходов преобладают расходы на стационарную помощь (45% в 2016г.). Финансирование амбулаторно-поликлинической помощи составляет 30%. В странах ОЭСР соотношение финансирования стационаров к ПМСП составляет 34 к 61%. Кроме того, международный опыт доказывает, что необходимый охват населения и эффективное оказание услуг ПМСП достигается при объеме финансирования на уровне, не менее 40% от расходов на здравоохранение. Это позволит удерживать до 80% больных на уровне первичного звена.

Таким образом, население берет на себя оплату относительно дешевых услуг, как амбулаторные услуги и приобретение лекарственных средств. Потребление амбулаторных услуг в частном секторе может быть связано с несколькими причинами. Например, возможность быстрого получения услуг (нет больших очередей) и соответственно экономии времени, более внимательный медицинский персонал в силу отсутствия огромного потока людей и лучшего материального положения.

4. Несмотря на рост выделяемых средств на предоставление фармацевтических товаров со стороны государства, население продолжает приобретать лекарственные средства за счет собственных средств. Это может говорить о неэффективном распределении медикаментов на уровне амбулаторно-лекарственного обеспечения (далее – АЛО), недоступности АЛО, личной заинтересованности врачей первичной медико-санитарной помощи выписывать рецепты определенных препаратов.

5. Поэтому рекомендуется поэтапное увеличение расходов на медицинские услуги в рамках ГОБМП и ОСМС, в том числе увеличение расходов на услуги общественного здравоохранения с 4% от гос. расходов до 10%, доведение тарифов на медицинские услуги до уровня их безубыточности через увеличение среднемесячной заработной платы медицинских работников, а также через возмещение обновления основных средств (мед. оборудования) медицинским организациям.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

В последние десятилетия Казахстан предпринял значительные усилия в реформировании системы здравоохранения, увеличении финансирования отрасли, обеспечении медицинской помощи, повышении качества и доступности медицинских услуг, информатизации здравоохранения.

Данный обзор охватил период самых основных и значительных реформ в системе здравоохранения Казахстана с акцентом на достижения по основным показателям здоровья населения.

В приоритетные задачи здравоохранения включены улучшение качества медицинской помощи, прежде всего, на уровне поставщика медицинских услуг, продвижение принципов доказательной медицины, внедрение клинических протоколов диагностики и лечения.

Казахстан стал единственной страной из стран СНГ, которая использовала признанную ISQua национальную аккредитацию в целях стандартизации и повышения качества услуг в сфере здравоохранения.

Процедуры Казахстана по аккредитации организаций здравоохранения получили признание международными организациями. Так, республиканские стандарты аккредитации для организаций, оказывающих стационарную помощь, были признаны Исполнительным Комитетом Международного сообщества по качеству в здравоохранении (ISQua). Получен сертификат соответствия международным требованиям на стандарты аккредитации для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

Центр аккредитации получил международное право от ISQua обучать инспекторов для проведения аккредитации и международное признание, как аккредитуемый орган от International Society for Quality in Health Care (Международное Общество по Качеству в Здравоохранении, далее – ISQua).

По итогам 2021 года были аккредитованы по национальным стандартам – 118 государственных и 33 частных медицинских организаций, по международным стандартам (JCI) – 8 клиник, среди них такие крупные и ведущие центры, как: Международный онкологический центр томотерапии Umit, больница медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, Центральная клиническая больница, Национальный научный кардиохирургический центр, Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, Национальный центр нейрохирургии, Республиканский диагностический центр и Национальный научный центр материнства и детства (в составе Корпоративного фонда УМС). Именно в них оказываются высокотехнологичные медицинские услуги.

Существенные вложения средств на развитие инфраструктуры позволили Казахстану за короткий промежуток времени создать современную сеть медицинских клиник международного уровня и внедрить новые методы диагностики и лечения. В рамках региональных перспективных планов развития акиматами планомерно осуществляются мероприятия по обновлению инфраструктуры системы здравоохранения регионов (в том числе капитальный ремонт, реконструкция, строительство объектов).

С внедрением с 1 января 2020 года обязательного социального медицинского страхования источниками финансирования являются не только государство, но и работодатели, работники, предприниматели и частные лица, что обеспечивает принципы универсальности, социальной справедливости, солидарности. Действие этих трех принципов гарантирует гражданам равные права на охрану здоровья, независимо от доходов, места жительства и социального статуса. Фонд обязательного медицинского страхования за счет бюджетных и страховых средств является Единственным плательщиком за оказание медицинских услуг.

В результате внедрения ОСМС финансирование здравоохранения увеличилось в 2 раза, а по итогам за 2022 год наблюдается повышение доступности медицинской помощи населению, ввиду дополнительного финансирования направлений, ранее испытывавших дефицит финансирования, таких как профилактические осмотры, стационарная и высокотехнологичная медицинская помощь, консультативно-диагностические услуги и реабилитация.

Существенным испытанием прочности системы здравоохранения в мире и в Казахстане явилась пандемия, вызванная коронавирусом в 2020 году. Вместе с тем, медицинские работники продолжали оказывать плановую медицинскую помощь.

Более того, медицина Казахстана в пандемийный период пережила несколько качественных изменений. В частности, был сделан уверенный шаг в сторону материальной поддержки медицинских работников, а также в совершенствовании национальной санитарно-эпидемиологической службы.

Проведена реструктуризация службы санитарно-эпидемиологического контроля. Созданы правовые основы системы выявления, предотвращения и профилактики биологических угроз, совершенствована Служба общественного здравоохранения. Начаты цифровизация и автоматизация процессов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Пандемия коронавирусной инфекции повлияла на образовательные процессы, в том числе в области медицины. В 2020-2021 годах, с ухудшением санитарно-эпидемиологической ситуации во всех образовательных программах акцентированы вопросы биологической безопасности и биологической защиты. Впервые была внедрена дистанционная форма медицинского образования.

Вместе с тем, растущей проблемой в области развития и общественного здравоохранения в Казахстане остаются неинфекционные заболевания (НИЗ). Вероятность преждевременной смерти (то есть в возрасте моложе 70 лет) от четырех основных групп НИЗ для человека (такие как рак, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и хронические респираторные заболевания, а также их факторы риска), проживающего в Казахстане, составляет 27%. Ведущее место в структуре смертности населения страны в период 2013 - 2022 годы занимает смертность от болезней органов кровообращения, в том числе от инфарктов и инсультов.

Первичная медико-санитарная помощь рассматривается как основное звено по превенции НИЗ и снижению смертности от НИЗ.

Благодаря международной конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ по ПМСП в Алма-Ате, Казахстан получил признание лидера ПМСП на уровне мирового общественного здравоохранения еще в сентябре 1978 года. Принятая государствами-членами Декларация Алма-Аты оказала глобальное влияние на развитие здравоохранения во всем мире. В 2018 году на площадке Глобальной конференции по ПМСП государствами-членами ВОЗ была принята ее последовательница - Декларация Астаны по ПМСП.

В рамках государственных программ развития здравоохранения развитие ПМСП приоритетного направления значительно укреплен институт общеврачебной практики. За организациями ПМСП закреплено место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества. Переход на пациентоориентированную модель потребовал пересмотра и совершенствования нормативно-правовой базы, в том числе определил приоритет государственно-частного партнерства при оказании ПМСП.

Повышению эффективности работы первичного звена способствуют использование выездных форм работы, в том числе на селе, и дистанционных технологий, а также проактивное приглашение на прием, максимально высокий охват динамическим наблюдением пациентов из группы высокого риска, своевременное направление на оказание плановой, в том числе высокотехнологичной медпомощи, своевременная вакцинация уязвимых групп граждан, обеспечение пациентов лекарственными средствами.

Совершенствование лекарственного обеспечения и развитие отечественного фармацевтического производства обеспечивает последовательное движение Казахстана в сторону максимального охвата населения качественными и доступными лекарственными препаратами. Для этого в стране внедряются эффективные международные технологии оценки качества и безопасности лекарственных средств. Казахстан одним из первых среди стран внедрил стандарты GMP для производителей лекарственных средств и медицинских изделий, разработал собственную политику по ценовому регулированию, внедрил систему единой дистрибуции, создал свой национальный формуляр.

Всё это, в совокупности, позволило увеличить охват населения бесплатными лекарственными препаратами, которыми в настоящее время пользуется свыше 4 миллионов пациентов.

Отмечается стабильная положительная ежегодная динамика обеспеченности отрасли здравоохранения человеческими ресурсами: прирост количества медицинских работников и увеличение показателя обеспеченности врачами и средними медицинскими работниками на 10 000 населения. Вместе с тем, привлечение и удержание медицинских кадров в сельских населенных пунктах требует особого внимания государства, местных исполнительных органов и самих медицинских организаций.

Рыночные отношения в отрасли здравоохранения требуют постоянного обновления знаний и внедрения новых технологий диагностики и лечения. В связи с чем, в области подготовки кадров и их обучения проводится постоянная, системная работа.

В рамках цифровизации отрасли здравоохранения внедрены медицинские информационные системы. На постоянной основе проводится оснащение ИТ-инфраструктурой объектов

здравоохранения с подключением к сети интернет, передаются данные в аналитическую платформу Smart Data Ukimet, а также запланированы и начаты мероприятия по интеграциям МИС с ядром eDensauluq. Внедрен электронный паспорт здоровья, оцифрованы карта стационарного больного и в казахстанском сегменте цифровых мобильных решений в области здравоохранения функционирует порядка 20 мобильных приложений, с помощью которых население может оценивать работу медицинских организаций, оставлять свои отзывы, выбирать клинику по критериям и отзывам.

Использование дистанционных услуг показало эффективность при обслуживании пациентов с разными нозологиями, так как оказание данных услуг предусматривает использование не только возможностей телемедицинской сети, но и возможностей других технологических решений, начиная от медицинских информационных систем организаций здравоохранения и заканчивая приложениями на мобильных устройствах.

Для решения проблем общественного здоровья в настоящее время действует Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая Нация» (далее – Национальный проект). Национальный проект учитывает стратегические документы страны, такие как общенациональные приоритеты, Национальный план развития Республики Казахстан до 2025 года и включает конкретные, достижимые задачи до 2025 года.

Министерством разработана Концепция развития здравоохранения до 2026 года, которая отражает долгосрочные перспективы и операционную деятельность отрасли.

С учетом вызовов, с которыми столкнулась система здравоохранения страны, предлагаются основные подходы к развитию отрасли по нескольким направлениям, в том числе формирование здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний, совершенствование организации медицинской и санитарной помощи, развитие сельского здравоохранения, охрана материнства и детства, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и биологическая безопасность, развитие лекарственного обеспечения и фармацевтической промышленности и т.д.

Как ожидается, реализация концепции приведет к следующим результатам:

- продолжительность жизни увеличится до 75,1 лет;
- уровень удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг составит 81%;
- коэффициент смертности снизится до 198,2 с 230,80;
- материнская смертность – с 44,7 до 9,9, младенческая смертность – с 8,44 до 7,4;
- снижение уровня риска преждевременной смертности в возрасте от 30 до 70 лет от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и диабета до 19,3%.

С 2022 года Министерством здравоохранения начата реализация предвыборной платформы Президента РК «Справедливый Казахстан – для всех и для каждого. Сейчас и навсегда». Определены приоритетные задачи по совершенствованию финансирования здравоохранения, развитию инфраструктуры организаций здравоохранения, в том числе в сельской местности, модернизации онкологической службы, а также службы родовспоможения и детства, развитию цифровизации здравоохранения и усилению пропаганды здорового образа жизни.

В 2023 году будет продолжена работа по привлечению населения в систему ОСМС. Планируется также осуществить объединение финансовых потоков ГОБМП и ОСМС в единый пул с четким разграничением перечня медицинской помощи. Также в 2023 году будет обеспечен контроль финансовых потоков на всех этапах, в том числе через информационные системы.

В результате реализации вышеуказанных мероприятий в текущем году ожидается повышение зарплат медицинских работников, а также увеличение финансирования по таким направлениям, как скорая медицинская помощь, ВТМП, стационарная и стационарозамещающая помощь, КДУ, реабилитация.

Проводится работа по совершенствованию стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи. В стране растет доступность высокоспециализированного лечения для онкологических пациентов такими технологиями, как Гамма-нож, радионуклидная терапия, томотерапия.

В 2023 году, в рамках реализации предвыборной платформы, планируется начать комплексную модернизацию онкологической службы. Также для совершенствования специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи населению предусмотрены мероприятия по пересмотру более 250 протоколов лечения и диагностики заболеваний (сердечно-сосудистой системы, онкологических заболеваний и т.д.), что позволит максимально приблизить тактику лечения больных к международным, общепризнанным стандартам.

Приоритетным сектором здравоохранения остается первичная медико-санитарная помощь, служба по координации медицинской помощи всему населению. Остаются в приоритете укрепление материально-технического оснащения и кадровое обеспечение.

Министерством здравоохранения утвержден и реализуется план мероприятий по улучшению доступности ПМСП в сторону большей мобильности и доступности для широкого круга населения. Расширен перечень амбулаторно-лекарственного обеспечения. Учитывая пожелания граждан, оказание консультативно-диагностических услуг по 9 направлениям осуществляется без направления участкового врача. Наряду с этим, следует отметить, что в 2022 году, для ускорения обследования и лечения при подозрении на онкологические и гематологические болезни внедрен «Зелёный коридор».

В Енбекшиказахском районе Алматинской области была открыта первая в мире площадка первичной медико-санитарной помощи по оказанию передовой практики населению ВОЗ (для 53 государств-членов европейского региона).

В 2023 году обновлен стандарт организации оказания первой медико-санитарной помощи. Возрастет роль врача общей практики. В том числе по республике будут внедрены передовые пациентоориентированные практики первичной медико-санитарной помощи, одобренные ВОЗ.

Кроме того, будет усилена работа по оказанию востребованных населением медицинских услуг в дистанционном формате. Услугами молодежных центров по вопросам охраны психического и репродуктивного здоровья будет охвачено порядка 1 млн молодых людей.

Для обеспечения медицинского наблюдения за лицами, отбывающими наказание, в уголовно-исполнительных учреждениях, создаются специальные участки, развивается «тюремная» медицина.

Для повышения доступности ПМСП сельскому населению в 2022 году был пересмотрен государственный норматив сети организаций здравоохранения, сданы в эксплуатацию новые объекты ПМСП. Для предоставления медицинской помощи жителям труднодоступных сельских населенных пунктов широко используется потенциал передвижных медицинских комплексов.

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 ноября 2022 года утвержден национальный проект «Модернизация сельского здравоохранения». В 2023 году в рамках нацпроекта будет обеспечено как строительство множества объектов ПМСП, так и проведение капитального ремонта и реконструкции ряда межрайонных центральных районных больниц, которые смогут оказывать экстренную медицинскую помощь при инфарктах, инсультах, травмах и других состояниях с соблюдением принципа «золотого часа», а также предоставлять специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь без необходимости посещения крупных городов, в том числе посредством телемедицины и дистанционных медицинских услуг. Наряду с этим предусмотрено дооснащение организаций здравоохранения современным медицинским оборудованием, подготовка медицинских работников врачебного и среднего звена.

В результате реализации вышеуказанных мероприятий в 2023 году, специализированной медицинской помощью дополнительно будет обеспечено более 2,4 млн сельских жителей.

В качестве дальнейших основных шагов развития медицинской науки предлагаются следующие мероприятия: пересмотр объемов финансирования медицинской науки, пересмотр приоритетов – акцент на раннюю диагностику, профилактику и лечение COVID-19 и иных инфекционных заболеваний, реабилитацию в постковидном периоде, выявление будущих угроз здоровью населения, их предупреждение, повышение привлекательности рынка биомедицинских исследований РК для отечественных и зарубежных инвесторов (в том числе, путем снижения налогового бремени для компаний, инвестирующих в биомедицинские исследования), укрепление научной инфраструктуры ВУЗов, НИИ, НЦ и развитие кадрового потенциала в сфере медицинской науки, создание новых научных центров – в сфере эпидемиологии, скорой медицинской помощи, стратегии и политики здравоохранения.

Для привлечения и удержания квалифицированных кадров необходимо улучшить условия труда, предоставить возможности для профессионального развития и создать привлекательные социальные условия.

В целях развития лекарственного обеспечения и фармацевтической промышленности предусмотрены шаги по улучшению системы планирования и контроля качества на всех этапах движения ЛС и МИ, внедрению цифровизации учета и всех процессов обращения ЛС и МИ, внедрению маркировки и прослеживаемости ЛС. Создание благоприятных условий в системе регулирования ЛС для привлечения прямых инвестиций в фармацевтическую отрасль позволит обеспечить дальнейшее развитие отечественного производства ЛС и МИ и повышение их доступности.

В рамках совершенствования цифровизации системы здравоохранения необходимо принятие мер по унификации и интеграции медицинских информационных систем: имеет место разрозненность медицинских данных и бизнес-процессов, что, в свою очередь, влияет на качество и своевременность предоставления информации. В результате проводимых в 2022 году мероприятий осуществлено обеспечение доступа к персональным медицинским данным граждан, а также обеспечена осведомленность граждан по SMS-оповещению. В текущее время рассматривается национальный проект стандарта «Функциональная модель электронного здравоохранения», а также формирование перечня эталонных медицинских и административных данных здравоохранения, согласно отчетным и учетным медицинским формам.

Национальным оператором в области здравоохранения, основным предметом деятельности которого является развитие инфраструктуры здравоохранения, начата работа по реализации проектов, с целью создания новой медицинской инфраструктуры, с учетом национальных и международных стандартов качества и безопасности пациентов, работников и посетителей медицинских организаций. При медицинском планировании учитывается опыт лучших мировых практик в области инфраструктуры здравоохранения с минимизацией возможных рисков, включая инфекционные, финансовые и другие.

Реализация вышеприведенных проектов позволит обновить инфраструктуру здравоохранения Республики Казахстан, удовлетворить внутренний спрос на качественную медицинскую помощь в короткий срок, создать центры притяжения медицинского туризма для Центральной Азии и СНГ, вовлечь ресурсы и опыт частного сектора.

Также, в рамках реализации предвыборной платформы Президента Республики Казахстан министерством ведется работа по повышению уровня финансирования отрасли в 2027 году не менее 5% от ВВП. Наряду с этим, будут пересмотрены тарифы по приоритетным направлениям медицинской помощи, в том числе с учетом повышения средней заработной платы медицинских работников.

Казахстан за последнее десятилетие сделал заметный прогресс в развитии отечественного здравоохранения и находится в состоянии перманентного реформирования и совершенствования.

С момента обретения независимости в стране создана прочная материально-техническая база здравоохранения, построены вновь и капитально отремонтированы практически все объекты медицины, многие из которых соответствуют мировым стандартам.

Медицина Казахстана успешно освоила инновационные технологии практически по всем направлениям, внедряет успешно собственные разработки.

Создана необходимая институциональная база для трансферта новых технологий, проводится работа по подготовке и переподготовке кадров, в том числе, в области медицинской науки.

Все это положительно отразилось на качественных показателях отрасли, где практически по всем службам отмечается положительная динамика.

Внедрена система ОСМС, которая позволила влить в систему дополнительные финансовые ресурсы и в целом система начала развиваться по рыночному принципу с обеспечением доступа к финансовым ресурсам всех субъектов здравоохранения, вне зависимости от формы собственности, и впервые доля частных медицинских организаций стала превалировать на уровне ПМСП.

Однако следует признать, что экстенсивный путь развития здравоохранения всегда приводит к нерегулируемым затратам как со стороны государства, так и со стороны работодателей и граждан. И наиболее эффективными системами считаются те модели здравоохранения, где акцент сделан на профилактику и интенсивное развитие ПМСП.

Поэтому, для обеспечения устойчивости системы, приведения в соответствие гарантий государства с имеющимися экономическими возможностями системе необходимо уделить особое внимание вопросам общественного здравоохранения и шире внедрять технологии профилактики и лечения болезней на ранних этапах, а также принять меры по созданию в обществе норм здорового образа жизни. Без принятия таких мер система все больше будет испытывать финансовый и кадровый дефицит.

Сокращения и аббревиатуры

АЛО- Амбулаторное лекарственное обеспечение
 АО- Акционерное общество
 АОЦ- Алматинский онкологический центр
 АПО- Амбулаторные и поликлинические услуги
 АПП БН - Амбулаторно-поликлиническая помощь
 АРТ- Антиретровирусная терапия
 БМЦ УДП- Больница медицинского центра управления делами Президента
 БМЦ УДП РК- Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики

Казахстан

БНС- Бюро Национальной Статистики
 Болашак-ЧУ Академия «Bolashaq»
 БСК- болезни системы кровообращения
 ВВП- Валовой внутренний продукт
 ВЕЦА- Восточная Европа и Центральная Азия
 ВИЧ- Вирус иммунодефицита человека
 ВМК- Высший медицинский колледж
 ВОЗ- Всемирная организация здравоохранения
 ВОП- Врач общей практики
 ВОУЗ- Всеобщий охват услуг здравоохранения
 ВПС -Врожденные пороки сердца
 ВС- Воздушное судно
 ВСМП- Высокоспециализированная медицинская помощь
 ВТМП-Высокотехнологичная медицинская помощь
 ВТО- Всемирная торговая организация
 ВУЗ- Высшее учебное заведение
 ВШОЗ- Высшая школа общественного здравоохранения
 ГКП на ПХВ- государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения
 ГОБМП- гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
 ГОСКЭ - Групповой объективный структурированный клинический экзамен
 ГОСО- Государственный общеобязательный стандарт образования
 ГПХ- договор гражданско-правового характера
 Группы МиО- Группы мониторинга и оценки
 ГЧП- Государственно-частное партнерство
 ДКПН - Дополнительный компонент к тарифу первичной медико- санитарной помощи
 ДМС- Добровольное медицинское страхование
 ДТП- Дорожно-транспортные происшествия
 ЕД- Единый дистрибьютор
 ЕНСЗ- Единая национальная система здравоохранения
 ЕПС - Единая платежная система
 ЕСП- Единый совокупный платеж
 ЖКТ- Желудочно-кишечный тракт
 ЗКМУ - Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова
 ЗНО- Злокачественные новообразования
 ИБС- Ишемическая болезнь сердца
 ИМН- Изделия медицинского назначения
 ИП- Индивидуальный предприниматель
 ИРЛ- ИРЛ - Индивидуальный режим лечения
 ИС МЗ- Информационные системы Министерства здравоохранения Республики Казахстан
 ИСЛО - Информационная система учета амбулаторного лекарственного обеспечения
 КазНИИОР- Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии
 КазНМУ- Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
 КазНУ- Казахский национальный университет имени Аль- Фараби
 КВИ- Коронавирусная инфекция
 КГН- Ключевые группы населения
 КДП- Клинико-диагностической помощи
 КДУ- Консультативно-диагностические услуги
 КЗГ- Клинико-затратные группы

- КККБТУ МЗ РК- Комитет санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан
- ККМФД- Комитет контроля качества медицинской и фармацевтической деятельности клинических сестринских руководств (КСР)
- КМФК - Комитет медицинского и фармацевтического контроля
- КНФ- Казахстанский национальный лекарственный формуляр
- КНЦДИЗ- Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний
- Код АТХ- Анатомо-терапевтическо-химической классификации
- КОМУ- Комитет оплаты медицинских услуг
- КОУ- Каспийский Общественный университет
- КПН- корпоративный подоходный налог
- КРА- Краткосрочный режим лечения
- КРМУ Казахстанско-Российский медицинский университет
- КРР- Колоректальный рак
- КТ- Компьютерная томография
- КУ им. Уалиханова - Кокшетауский университет имени Ш. Уалиханова
- КУИС- Комитет уголовно-исполнительной системы
- КФ УМС- Корпоративный Фонд «University Medical Center»
- ЛЖВ- Люди, живущие с ВИЧ
- ЛС- Лекарственное средство
- ЛУ ТБ ПВР - Лекарственно-чувствительный туберкулез Препарат второго ряда
- ЛУИН- Люди, употребляющие инъекционные наркотики
- М/ШЛУ ТБ- Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
- МБМА- Мобильные бригады медицинской авиации
- МДК- Мультидисциплинарные команды
- МЗ- Министерство здравоохранения
- МЗ СР РК- Министерство здравоохранения и социального развития РК
- МИО - Местные исполнительные органы
- МИС- Медицинские информационные системы
- МК- Медицинский колледж
- МКТУ- Международный Казахско-Турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави
- МКФ- Международной классификации функционирования
- МЛУ ТБ- Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
- МНН-Международное непатентованное наименование
- МО- медицинские организации
- МРТ- Магнитно-резонансная томография
- МСМ- Мужчины, имеющие секс с мужчинами
- МТСЗН РК- Министерства труда и социальной защиты РК
- МУА- Медицинский университет Астана
- МУК- Медицинский университет Караганды
- МУС- Медицинский университет Семей
- МЧС- Министерства по чрезвычайным ситуациям
- НАО- Некоммерческое акционерное общество
- Национальная политика КРЗ- Национальная политика управления кадровыми ресурсами здравоохранения
- НИЗ- Неинфекционные заболевания
- НИИ- Научно-исследовательский институт
- НИИКиВБ- Научно-исследовательский институт глазных болезней
- НКЦЭМ- Национальный координационный центр экстренной медицины
- НЛП- Национальная лекарственная политика
- ННКХЦ- Национальный научный кардиохирургический центр
- ННКЦ- Национальный научный кардиохирургический центр
- ННОЦ- Национальный научный онкологический центр
- ННЦМиД- Национальный научный центр материнства и детства
- ННЦРЗ- Национальный научный центр развития здравоохранения им. С. Каирбековой
- ННЦТО- Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпенова Н.Д.
- ННЦХ- Национальный научный центр хирургии А.Н. Сызганова
- НПА- Нормативный правовой акт
- НПО- неправительственные организации

- НПР- Непрерывное профессиональное развитие работников здравоохранения
НСЗ- Национальные счета здравоохранения
НЦ- Научный центр
НЦАГиП- Научный центр акушерства-гинекологии и перинатологии
НЦНХ- Научный центр нейрохирургии
НЦПДХ- Научный центр педиатрии и детской хирургии
НЦПиДХ- Научный центр педиатрии и детской хирургии
НЦУ- Научный центр урологии имени Б.У. Дзарбұсынова
ОЗ- Общественное здравоохранение
ОИМ- Острый инфаркт миокарда
ОКК-Объединенная комиссия по качеству медицинских услуг
ОМ- Общая медицина
ОМГ- Оценка медицинских технологий
ОМС- Обязательное медицинское страхование
ООН- Организация Объединенных Наций
ОПЕК+ОРЕС- Organization of petroleum and economic cooperation
ОПЖ- Ожидаемая продолжительность жизни
ОПТД- Областной противотуберкулезный диспансер
ОСКЭ- Объективный структурированный клинический экзамен
ОСМС- Обязательное социальное медицинское страхование
ОТЗ- Оценка технологий здравоохранения
ОТП - Отечественный товаропроизводитель
ОЭСР- Организация экономического сотрудничества и развития
ПАВ- Психоактивные вещества
ПМК- Передвижные медицинские комплексы
ПМСП- Первичная медико-санитарная помощь
ППР- Психические поведенческие расстройства
ППС- Паритет покупательной способности
ППС- Профессорско-преподавательский состав
ПРООН- Программа развития Организации Объединенных Наций
ПТО-Противотуберкулезное отделение
ПТП- Противотуберкулезные препараты
ПУЗ- Программа Управления заболеваниями
ПЦР- Полимеразная цепная реакция
ПЭТ- Позитронно-эмиссионная томография
РБиЖФВ - Регистр беременных и женщин фертильного возраста
РБ-Республиканский бюджет
РК- Республика Казахстан
РМЖ- Рак молочной железы
РНПЦЗ- Республиканский научно-практический центр психического здоровья
РОКС - Регистр острый коронарный синдром
РПБСТИН- Республиканская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением
РПН- Регистр прикрепленного населения
РЦРЗ- РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
РШМ- Рак шейки матки
СД- Сахарный диабет
СД- Сестринское дело
Система- ПАКС(РАС)- Комплекс аппаратно-программных средств
СКО-Северо Казахстанская область
СКПН- Стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива
СКУ им. Козыбаева- Высшая школа медицины Северо-Казахстанского университета имени Манаша Козыбаева
СМП- Скорая медицинская помощь
СМР- Средние медицинские работники
СНГ- Содружество Независимых Государств
СОПЗ- Службы охраны психического здоровья
СПИД- Синдром приобретенного иммунодефицита
СР- Секс работники
ССЗ 2011(англ. System of Health Accounts 2011, SHA 2011) - Система счетов здравоохранения

- СССР- Союз Советских Социалистических Республик
стандартов операционных процедур (СОП)
СУКМУ - Система управления качеством медицинских услуг
СУЛО - Система управления лекарственным обеспечением, мониторинга лекарственных средств
- СУМТ - Система управления медицинской техникой
США- Соединенные Штаты Америки
ТБИ- Транскутанный билирубиновый индекс
Техническое и профессиональное образование (ТиПО)
ТиПО- Техническое и профессиональное образование
ТЛЧ- Тест лекарственной чувствительности
ТМСП- Трассовые медико-спасательные пункты
ТРЗ- Текущие расходы здравоохранения
УИС- Уголовно исполнительная система
ФКМЗ РК- Формулярная комиссия Министерства здравоохранения Республики Казахстан
ФОМС- Фонд обязательного медицинского страхования
ФСМС - Фонд социального медицинского страхования
ХОБЛ- Хроническая обструктивная болезнь легких
ХП ЛЖВ- Химиопрофилактика Людей, живущих с ВИЧ
ХСН- Хроническая сердечная недостаточность
ЦЛП- Центр Лучших Практик
ЦНС- Центральная нервная система
ЦП- церебральный паралич
ЦПЗ- Центр психического здоровья
ЦРБ- С-реактивный белок (СРБ)
ЦУР- Цели устойчивого развития
ЦЯМиО- Центр ядерной медицины и онкологии
ЧКВ- Чрескожное коронарное вмешательство
ЧФИ- частные финансовые инвестиции
ЭГЗ-Экстрагенитальные заболевания беременных
ЭРДБ - Электронный регистр диспансерных больных
ЭРОБ - Электронный регистр онкологических больных
ЮКМА- Южно-Казахстанская медицинская академия
ЮКФА- Южно-Казахстанская фармацевтическая академия
ЮНИСЕФ (англ. UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund)-
Международный Чрезвычайный Фонд Помощи Детям
COVID-19 (Ковид-19, англ. Corona Virus Disease 2019) - Коронавирусная инфекция 2019 года
CSIH (Canadian Society for International Health) - Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан и Канадского общества международного здравоохранения
НАМК и LAMK (Финляндия) - Университет прикладных наук Хяме и Университет прикладных наук города Лаhti
IMD World Competitiveness Ranking (англ. Institute of Management Development)- Рейтинг глобальной экономической конкурентоспособности по версии Института менеджмента
ISQua (англ. International Society for Quality in Health Care)- Международное Общество по Качеству в Здравоохранении
JCI (Joint Commission International) - Объединенная международная комиссия
Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) - Консультативный комитет по фармацевтическим льготам
УНС (англ. University Health Center)- Университетский центр здоровья
WHO (ВОЗ, англ. World Health Organization)- Всемирная организация здравоохранения

Источники

Источник 1 - Доклад о человеческом развитии 2021/2022. https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22overviewrupdf.pdf	12
Источник 2 - Электронная биржа труда. https://enbek.kz/ru/analytical-data/5310	12
Источник 3 - Прогноз социально-экономического развития на 2023-2027 гг https://www.gov.kz/memleket/entities/economy/documents/details/310234?lang=ru	13
Источник 4 - Среднегодовой обменный курс доллара США в 2022 году - 460,48 тенге, численность населения в 2022 г. - 19 741,3 тыс. человек	13
Источник 5 - Статистические данные с базы данных ОЭСР http://stats.oecd.org	13
Источник 6 - Из выступления Премьер-Министра Республики Казахстан Алихана Смаилова. https://primeminister.kz/ru/news/rost-ekonomiki-kazakhstana	14
Источник 7 - Государственные расходы за минусом капитальных расходов. https://zakon.uchet.kz/rus/docs/K080000095	23
Источник 8 - Среднегодовой обменный курс - 460,48 тенге. Коэффициент ППС - 154,03 https://www.nationalbank.kz/ru/news/oficialnye-kursy	23
Источник 9 - Статистические данные с базы данных ОЭСР http://stats.oecd.org	23
Источник 10 - Институт экономических исследований. https://economy.kz/ru/Novosti_instituta/id=5681	31
Источник 11 - Бюро национальной статистики https://stat.gov.kz/ru/	31
Источник 12 - Рак (WHO) https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer	47
Источник 13 - Дорожно-транспортные травмы (WHO) https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer	54
Источник 14 - Suicide worldwide in 2019 (WHO) https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643	59
Источник 15 - Неинфекционные заболевания (WHO) https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases	75
Источник 16 - Потребности в реабилитационных услугах в Европейском регионе ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения (WHO) https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789289058506	104
Источник 17 - Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года https://adilet.zan.kz/rus/docs/P22000009cm45	135
Источник 18 - Национальная политика управления кадровыми ресурсами в области здравоохранения https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=36651922&pos=5;-106#pos=5;-106	135
Источник 19 - Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан https://www.oecd.org/els/9789264300859-ru.htm	153
Источник 20 - Система Счетов Здравоохранения 2011 https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240042551	153

