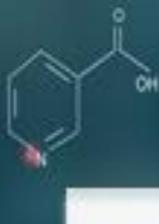




НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИМЕНИ САЛИДАТ КАИРБЕКОВОЙ

Национальный доклад по первичной медико- санитарной помощи в Республике Казахстан 2021



УДК 614.88
ББК 51.1(2)2
Н 35

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор Куракбаев К.К.
доктор медицинских наук, профессор Кульжанов М.К.

Рекомендовано:

Научным советом Национального научного центра развития здравоохранения
имени Салидат Каирбековой МЗРК

Коллектив авторов:

Надыров К.Т. (ключевые сообщения, введение, заключение), Койков В.В. (ключевые сообщения, введение, главы 1-9, заключение), Муханова Г.Т. (введение, главы 1-9), Абзалова Р.А. (глава 6), Стратулат И.С. (глава 8), Тулеубаева А.К. (глава 3), Кырыкбаева С.С. (глава 2), Камалбекова Г.М. (глава 5), Алдиярова Н.Т. (глава 7), Касымова А.К. (глава 4), Смагулова С.К. (глава 9)

Национальный доклад по первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан 2021: аналитический обзор/ К.Т. Надыров, В.В. Койков, Г.Т. Муханова и др.– Нур-Султан:

ННЦРЗ МЗ РК, 2021 – 160 с.

ISBN 978-601-305-448-3

В аналитическом обзоре рассмотрены концептуальные подходы по дальнейшему развитию системы первичной медико-санитарной помощи. Исследованы основные направления деятельности организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, выявлены ключевые проблемы, рассмотрен международный опыт и представлены пути решения, направленные на повышение доступности и качество оказания услуг первичной медико-санитарной помощи для населения.

Аналитический обзор предназначен для специалистов и работников научных организаций и учебных заведений медицинского профиля, магистрантов, докторантов, менеджеров и организаторов здравоохранения и других заинтересованных лиц.

УДК 614.88
ББК 51.1(2)2

ISBN 978-601-305-448-3

© Национальный научный центр
развития здравоохранения
имени Салидат Каирбековой
МЗ РК, 2021
© Надыров К.Т., Койков В.В.,
Муханова Г.Т., 2021

Национальный доклад по первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан 2021 (далее – Доклад) является интеллектуальной собственностью РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой» МЗ РК. Запрещается любое заимствование, изменение и переработка материалов данного документа.

Использование материалов Доклада допускается с обязательным указанием источника. Данные, аналитика и любая другая информация, содержащаяся в Докладе, предназначены только для информационных целей и не могут являться заменой услуг профессиональных консультантов в сферах бизнеса, финансов, инвестиций и др.

Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой
Республика Казахстан, 010000, город Нур – Султан, проспект Кабанбай батыра 19

office@rcrz.kz

700-950



Национальный доклад по первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан

Ноябрь, 2021 год

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

Камалжан Надыров, председатель правления
Виталий Койков, заместитель председателя правления
Гулжан Муханова, руководитель центра развития ПМСП

АВТОРЫ

Национальная Ассоциация «Primary Health Care»

Роза Абзалова, председатель правления
Инна Стратулат, исполнительный директор

Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой

Айнара Тулеубаева, директор департамента инфраструктуры и инвестиций

Медицинский университет Семей

Салтанат Кырыкбаева, директор департамента науки

Медицинский университет Астана

Гульнара Камалбекова, доцент кафедры семейной медицины

Профессиональная ассоциация клинических фармакологов и фармацевтов

Нургуль Алдиярова, вице-президент

Городская поликлиника №10 акимата г.Нур-Султан

Айгуль Касымова, директор

Городская поликлиника №9 акимата г. Нур-Султан

Сауле Смагулова, директор

ПРИНИМАЛИ УЧАСТИЕ

Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой

Дана Айтуарова, заместитель председателя правления

Жазира Иманова, директор департамента совершенствования медицинской помощи

Гульзира Жусупова, директор департамента рационального использования лекарственных средств

Диас Сайдангазин, директор департамента менеджмента и кадровых ресурсов здравоохранения

Ольга Демушкан, начальник обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения

Гульнара Ахметова, директор департамента стандартизации

Адлет Табаров, директор департамента экономики, оценки технологий здравоохранения

Зауре Байгожина, директор департамента развития образования и науки

Лаззат Есбатырова, начальник отдела оценки и анализа лекарственных средств

Мадина Оспаналиева, начальник отдела анализа и мониторинга ПМСП

Лаура Саханова, Рауза Кенжекулова, Балжан Дуйсенбаева, Мадина Камалиева, главные и ведущие специалисты центра развития ПМСП

Самал Данбаева, Айгерим Бахтиярова, Дилара Агибаева, главные и ведущие специалисты центра глобального здравоохранения

СПИСОК АББРЕВИАТУР И СОКРАЩЕНИЙ

АД	Артериальное давление
АЛО	Амбулаторное лекарственное обеспечение
АПО	Амбулаторно-поликлинические организации
АПП	Амбулаторно-поликлиническая помощь
АУП	Административно-управленческий персонал
БНС	Болезни нервной системы
БОД	Болезни органов дыхания
БОП	Болезни органов пищеварения
БСК	Болезни системы кровообращения
ВА	Врачебная амбулатория
ВВП	Внутренний валовой продукт
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВКО	Восточно-Казахстанская область
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ВРЦ	Внешние референтные цены
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ГП	Городская поликлиника
ДНО	Доброкачественные новообразования
ЕАЭС	Евразийский экономический союз
ЕГИСЗ	Единая государственная информационная система здравоохранения
ЕД	Единый дистрибьютор
ЕНСЗ	Единая национальная система здравоохранения
ЕС	Европейский союз
ЕТД	Единая точка доступа
ЖФВ	Женщина фертильного возраста
ЗКО	Западно-Казахстанская область
ЗНО	Злокачественные новообразования
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ИПР	Индивидуальный план развития
ИСЛО	Информационная система лекарственного обеспечения
ИС МЗ	Информационная система Министерства здравоохранения
КДП	Консультативно-диагностическая помощь
КДУ	Консультативно-диагностические услуги
КПН	Комплексный подушевой норматив
КРЗ	Кадровые ресурсы здравоохранения
ЛС	Лекарственное средство
МЗ	Министерство здравоохранения
МИ	Медицинские изделия
МИС	Медицинская информационная система
МКБ	Международный классификатор болезней
МКШ	Малокомплектная школа
МНН	Международное непатентованное наименование
МО	Медицинские организации
МП	Медицинский пункт
МПБП	Медицинский пункт без помещения
ННЦРЗ	Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой
НПА	Нормативный правовой акт

НП ОЛС	Национальный перечень основных лекарственных средств
ОВП	Общая врачебная практика
ОСМС	Обязательное социальное медицинское страхование
ОТЗ	Оценка технологий здравоохранения
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПГП	Порог готовности платить
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПУЗ	Программа управления заболеваниями
ПХВ	Право хозяйственного ведения
РБ	Районная больница
РГП	Республиканское государственное предприятие
РК	Республика Казахстан
РКП	Реальная клиническая практика
РОКС	Регистр острый коронарный синдром
РП	Районная поликлиника
РПН	Регистр прикрепленного населения
РЦЭЗ	Республиканский центр электронного здравоохранения
СБ	Сельская больница
СИЗ	Средства индивидуальной защиты
СКО	Северо-Казахстанская область
СКПН	Стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива
СМР	Средние медицинские работники
СНП	Сельский населенный пункт
СПИД	Синдром приобретённого иммунного дефицита
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ССМП	Станция скорой медицинской помощи
ТЛМ	Терапевтический лекарственный мониторинг
УЗ	Управления здравоохранения областей, городов республиканского значения, столицы
УПМП	Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ХНИЗ	Хронические неинфекционные заболевания
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь легких
ЦРБ	Центральная районная больница
ЦУР	Цели устойчивого развития
ЧПН	Численность прикрепленного населения
ШСЗ	Школьная система здравоохранения
ЭРДБ	Электронный регистр диспансерных больных
ЮКО	Южно-Казахстанская область
AWaRe	A ccess (Доступ), W atch (Наблюдение) R eserve (Резерв) - классификация антибиотиков
BI	Business intelligence (Бизнес-аналитика)
COVID-19	C Orona V irus D isease 2019 (коронавирусная инфекция 2019 года)
DDD	Defined Daily Dose (установленная суточная доза)
EMA	European Medicines Agency (Европейское агентство лекарственных средств)
HR	Human Resources (человеческие ресурсы)
IT	Information technology (информационные технологии)
MCDA	Multiple Criteria Decision Analysis (многокритериальный анализ принятия решений)
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Национальный институт здравоохранения и передового опыта)
PPRI	Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information
RWD	Real-World Data (данные реальной клинической практики)
RWE	Real-World Evidence (доказательства, собранные в реальной клинической практике)
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Всемирная организация семейных врачей)

СОДЕРЖАНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ	
СПИСОК АББРЕВИАТУР И СОКРАЩЕНИЙ	5
ВСТУПИТЕЛЬНОЕ	9
БЛАГОДАРНОСТЬ	10
КЛЮЧЕВЫЕ СООБЩЕНИЯ	11
ВВЕДЕНИЕ	15
ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	17
ГЛАВА 2. ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ ПМСП.....	29
2.1. Анализ текущей ситуации в кадровом обеспечении ПМСП	30
2.2. Проблемные вопросы в кадровом обеспечении ПМСП	41
2.3. Международный опыт кадрового обеспечения ПМСП.....	42
2.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов в кадровом обеспечении ПМСП.....	43
ГЛАВА 3. ИНФРАСТРУКТУРА ПМСП	46
3.1. Анализ текущей ситуации в инфраструктуре ПМСП.....	47
3.2. Проблемные вопросы в инфраструктуре ПМСП.....	50
3.3. Международный опыт развития инфраструктуры ПМСП	51
3.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов в инфраструктуре ПМСП	52
ГЛАВА 4. ЦИФРОВИЗАЦИЯ ПМСП.....	54
4.1. Анализ текущей ситуации в цифровизации ПМСП	55
4.2. Проблемные вопросы в цифровизации ПМСП	56
4.3. Международный опыт цифровизации ПМСП	58
4.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов в цифровизации ПМСП	61
ГЛАВА 5. КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ДОСТУПНОСТЬ ПМСП.....	62
5.1. Анализ текущей ситуации в вопросах качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП	63
5.2. Проблемные вопросы качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП.....	69
5.3. Международный опыт обеспечения качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП	70
5.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП.....	73
ГЛАВА 6. ДОСТУПНОСТЬ ПМСП ДЛЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	76
6.1. Анализ текущей ситуации в вопросах доступности ПМСП для сельского населения	77
6.2. Проблемные вопросы доступности ПМСП для сельского населения	87
6.3. Международный опыт обеспечения доступности ПМСП для сельского населения	88

6.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов доступности ПМСП для сельского населения.....	89
ГЛАВА 7. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПМСП.....	91
7.1. Анализ текущей ситуации в вопросах лекарственного обеспечения ПМСП.....	92
7.2. Проблемные вопросы лекарственного обеспечения ПМСП.....	98
7.3. Международный опыт лекарственного обеспечения ПМСП.....	100
7.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов лекарственного обеспечения ПМСП.....	106
ГЛАВА 8. ФИНАНСИРОВАНИЕ ПМСП.....	115
8.1. Анализ текущей ситуации по вопросам финансирования ПМСП.....	116
8.2. Проблемные вопросы в финансировании ПМСП.....	133
8.3. Международный опыт финансирования ПМСП.....	135
8.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов финансирования ПМСП.....	137
ГЛАВА 9. ШКОЛЬНАЯ МЕДИЦИНА.....	141
9.1. Анализ текущей ситуации по вопросам развития школьной медицины.....	142
9.2. Проблемные вопросы развития школьной медицины.....	147
9.3. Международный опыт организации школьной медицины.....	147
9.4. Пути решения выявленных проблем по вопросам развития школьной медицины.....	152
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	155
ЛИТЕРАТУРА.....	157



Уважаемые дамы и господа!

Сегодня ПМСП является одним из наиболее важных звеньев развития национальных систем здравоохранения всех стран.

Международная конференция ВОЗ по ПМСП, проведенная 12 сентября 1978 года в г. Алма-Ата, и принятая на ней Алматинская декларация определили всю значимость первичной службы и дали толчок ее дальнейшему развитию. Пришедшая ей на смену Астанинская декларация по ПМСП 2018 года определила ключевые направления для дальнейшей работы: принятие смелых политических решений для улучшения здоровья людей; создание устойчивой ПМСП; расширение прав и возможностей отдельных лиц и общественности; выстраивание поддержки заинтересованных сторон совместно с национальной политикой.

Общепризнано, что сильная система ПМСП позволяет добиться лучших показателей здоровья населения при минимальных затратах и более высокой удовлетворенности населения медицинской помощью. Множество проблем здравоохранения могут быть решены при создании сильной и устойчивой системы ПМСП. Поэтому, сейчас во всем мире продолжается процесс совершенствования и укрепления ПМСП, ориентированной на нужды населения в целом и каждой семьи в отдельности.

Анализ опыта различных стран мира показывает, что при общей схожести организации населению ПМСП, каждая страна решает посредством ПМСП специфические проблемы охраны здоровья населения в зависимости от демографических, географических, климатических и культурных особенностей. При этом объектом повышенного внимания ПМСП является не больной человек или пациент во время заболевания, а семья с ее социальными, бытовыми, психологическими и экономическими проблемами.

Проведение систематического анализа эффективности деятельности ПМСП позволяет выявить преимущества и недостатки в развитии первичной службы.

В Казахстане, как и во многих странах мира, сохраняется актуальность приоритета профилактической направленности. Однако необходимо отметить, что сегодня одним из ключевых путей к совершенствованию системы здравоохранения является работа по развитию персонализированной медицины, ориентированной на пациента. И это достижимо путем развития ПМСП, основанной на учете потребностей пациентов.

*С уважением,
Председатель Правления ННЦРЗ
Надыров Камалжан*

БЛАГОДАРНОСТЬ

Национальный доклад по первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан подготовлен Национальным научным центром развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой при поддержке Министерства здравоохранения Республики Казахстан. В подготовке Национального доклада приняли участие рабочие группы по развитию ПМСП, созданные из числа ведущих экспертов по ПМСП, в том числе по вопросам:

- развития человеческого капитала ПМСП;
- развития инфраструктуры организаций ПМСП;
- финансирования ПМСП;
- цифровизации ПМСП;
- повышения качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП;
- лекарственного обеспечения;
- доступности ПМСП для сельского населения;
- развития школьной медицины.

Спектр казахстанских экспертов, вовлеченных в работу рабочих групп по указанным направлениям, представлен такими организациями как, Национальная Ассоциация «Primary Health Care», Республиканский центр электронного здравоохранения, Фонд

социального медицинского страхования, СК-фармация, а также иными организациями здравоохранения. Мы благодарим всех участников рабочих групп за неоценимое содействие. Настоящий Доклад знаменателен тем, что публикуется в 2021 году, когда Республика Казахстан празднует 30-летие независимости страны. Мы искренне поздравляем казахстанский народ с этой исторической датой! Работа над подготовкой Национальным Докладом 2021 велась во время глобальной пандемии, которая существенно усложнила ее выполнение. Мы от всей души благодарны организациям, выделившим время для виртуальных бесед с командой аналитиков. Мы также выражаем глубокую признательность государственным организациям здравоохранения, которые отвечали на наши информационные запросы, предоставляя исчерпывающие письменные комментарии, полезные сведения и ценные наблюдения.

Мы выражаем отдельную признательность и благодарность следующим организациям и их сотрудникам за оказанную помощь и поддержку:

Географически удаленный офис Всемирной организации здравоохранения по ПМСП	Мелитта Якаб
Национальная Ассоциация «Primary Health Care»	Рахыпбеков Т.К.
Республиканский центр электронного здравоохранения	Шайхиев С.С., Кудабаева Б.Б., Шахметов А.Д., Абакова А.Д.,
СК-фармация	Омарова Г.А., Курманова Б.С., Бикенова Р.К.
Медицинский университет Астана	Макалкина Л.Г., Латыпова Н.А.
Фонд социального медицинского страхования	Токежанов Б.Т., Раймкулова Г.У., Шоманова Л.А., Айтуев А.С.
Ассоциация семейных врачей Казахстана	Нугманова Д.С., Жамалиева Л.Ж.
Представители практического здравоохранения	Алпысбекова Г.М., Еремеккалиева С.Б., Бисенова М.В., Сабатаева Г.З., Узденбаева Б.Б., Буранкулова С.Н., Табулдина А.Ж.

КЛЮЧЕВЫЕ СООБЩЕНИЯ

Система ПМСП: основные показатели

В Казахстане ПМСП прикрепленному населению оказывают 6901 медицинских организаций, из них доля частных занимает 17,5%, доля городских организаций, оказывающих ПМСП составляет 24,8% и доля сельских – 75,2%.

Самостоятельных организаций ПМСП на уровне села всего 7 и 1498 несамостоятельных (врачебные амбулатории, центры ПМСП),

а также 3743 несамостоятельных объектов (пункты доврачебного приема – фельдшерско-акушерские пункты и медицинские пункты).

В организациях ПМСП трудятся 38 898 физических лиц. При этом доля врачей ПМСП в городе (57%) превалирует над сельской местностью (43%). В среднем коэффициент совместительства на уровне ПМСП в государственном секторе составил 1,4.

Проблемные вопросы

Анализ текущей ситуации в ПМСП позволяет выделить следующие проблемные вопросы:

в части человеческого капитала ПМСП:

- отсутствие единой информационной системы по учету КРЗ и эффективных инструментов прогнозирования кадров в отрасли, в том числе для ПМСП;
- дефицит кадров на уровне ПМСП;
- высокая загруженность кадров;
- отток кадров из отрасли;
- кадровый дисбаланс: город/село, регионы, стационар/АПП, частные/государственные медицинские организации;
- недостаточное качество практической подготовки обучающихся в ВУЗах и колледжах для работы на уровне ПМСП;
- недостаточное количество подготовленных преподавателей для медицинских ВУЗов и высших медицинских колледжей для обучения по специальным дисциплинам сестринского дела;
- отсутствие четкой Модели общей врачебной практики и профессиональных стандартов, как результат – система подготовки и система оценки знаний и навыков, а также программы НПР не вполне соответствуют запросам практики.

в части инфраструктуры ПМСП:

- недостаточное количество объектов ПМСП, в том числе износ зданий преимущественно на селе;
- отсутствие минимальных требований по оснащению к объектам ПМСП;

- низкая материально-техническая база (высокий удельный вес износа оснащения);
- неполная укомплектованность санитарным автотранспортом, в частности объектов на сельском уровне;
- отсутствие или слабо развитая цифровизация ограниченный доступ к сети Интернет в объектах сельской местности.

в части цифровизации ПМСП:

- отсутствие интеграции МИС с порталами МЗ РК;
- отсутствие единых требований к МИС;
- недостаточная координация поставщиков МИС;
- отсутствие механизма отбора МИС;
- неполная автоматизация форм отчетности;
- дефицит IT-специалистов на количество пользователей МИС.

в части качества и доступности ПМСП:

- трудности с записью на прием, длинные очереди на прием к участковому врачу;
- высокая нагрузка на 1 врача ПМСП, отсутствие постоянного участкового врача/ВОП;
- несоответствие подготовки ВОП и иных специалистов для ПМСП требованиям практического здравоохранения;
- недооценка роли сестринского персонала;
- низкая активность по внедрению стандартов сестринских услуг в практику;
- не определен базовый пакет услуг ПМСП;
- недостаточное ресурсное обеспечение ПМСП;

- низкое качество ведения медицинской документации (недостаточное обучение работе в ИС).

в части доступности ПМСП на селе:

- нормативно не определен базовый объем медицинских услуг, оказываемых на селе;
- неравномерное распределение медицинских кадров и их дефицит по отдельным специальностям;
- снижена доступность населения к скорой медицинской помощи;
- сложности с лекарственным обеспечением;
- дефицит и текучесть кадров ПМСП на селе, слабая мотивация работы в селе для молодых специалистов;
- недостаточные темпы развития мобильной доступности к КДУ на селе через ПМК, особенно для отдаленных и малонаселенных районов;
- износ и несоответствие инфраструктуры организаций ПМСП на селе современным требованиям для оказания ПМСП;
- проблемы цифровизации в отдельных районах (нет скоростного интернета, оптоволоконного кабеля, зависают ИС, низкая оснащенность оргтехникой).

в части лекарственного обеспечения:

- отсутствие достоверной информации по потребности в лекарственных средствах (ЛС) и медицинских изделиях (МИ) на амбулаторном уровне;
- недостаточная гибкость системы планирования (длительный процесс согласования при формировании и корректировке потребности АЛО);
- перебои со снабжением ЛС и МИ, отсутствие мониторинга по запасам ЛС и МИ в медицинских организациях ПМСП;
- низкая доступность к необходимым ЛС для пациентов;
- недостаточность рациональности использования ЛС, нуждающихся в паллиативной помощи;
- отсутствие персонализированного подхода к применению ЛС.

в части финансирования ПМСП:

- подушевой норматив на оказание ПМСП не соответствует затратам на выполнение обязательств и требований, предъявляемых к действующей социально-ориентированной модели ПМСП;
- снижение эффективности мотивации через СКПН вследствие слабого влияния на конечный результат;
- отмена фондодержания лишило ПМСП дополнительных экономических стимулов повышения доходности через повышение эффективности деятельности ПМСП;
- несмотря на увеличение подушевого норматива организации ПМСП не могут обеспечить полную укомплектованность персонала и повисить им за заработную плату;
- недостаточно ресурсов для полноценной службы неотложной помощи при ПМСП, услуги неотложной помощи неприкрепленному населению не предусмотрены в подушевом нормативе.

в части развития школьной медицины:

- отсутствие согласованности, последовательности вопросов охраны здоровья школьников в действующих НПА, СанПиНах;
- отсутствие образовательной программы и сертификационных курсов по подготовке специалистов школьной медицины;
- отсутствие информационных систем для занесения данных о первичной заболеваемости школьников в возрастной категории: от 5-17 лет;
- непрестижность должности школьных медсестер, оторванность их от коллектива ПМСП, многозадачность, перегрузки медицинских сестер, эмоциональное выгорание медицинских работников вследствие высокой нагрузки;
- отсутствие единого Стандарта по организации оказания медицинской помощи школьникам в организациях образования.

Предлагаемые пути решения

Для решения проблемных вопросов предлагаются следующие мероприятия:

в части человеческого капитала ПМСП:

- пересмотр квалификационных характеристик и функционала, специалистов ПМСП, разработка профстандартов;
- пересмотр образовательных программ базовой подготовки и НПР в соответствии с профстандартами;
- запуск единой информационной системы по качественному и эффективному учету кадровых ресурсов здравоохранения;
- утверждение методики прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения;
- поэтапное повышение уровня заработной платы специалистам ПМСП;
- внедрение на национальном уровне международной классификации сестринских диагнозов и сестринских вмешательств;
- принятие мер для повышения имиджа и престижа профессии медицинского работника с акцентом на специалистов ПМСП.

в части инфраструктуры ПМСП:

- пересмотр норматива сети организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП, реорганизация организаций ПМСП с учетом пересмотренного норматива;
- разработка проектно-сметной документации на строительство объектов ПМСП с населением 5 000, 10 000, 15 000, 20 000 человек;
- строительство и открытие новых объектов ПМСП (МП, ФАП, ВА) с учетом текущей и прогнозируемой численности населения;
- пересмотр минимальных требований к оснащению объектов ПМСП с учетом ТОП услуг ПМСП;
- проведение местными исполнительными органами работ по оснащению объектов ПМСП, в том числе на селе, медицинскими изделиями, компьютерами и оргтехникой, санитарным транспортом, доступом к сети Интернет, МИС.

в части цифровизации ПМСП:

- разработка и утверждение единых требований к МИС (структура, интеграция с платформами МЗ, правила отбора);
- установление должного контроля и координации за деятельностью поставщиков МИС в части сопровождения;

- включение расходов на цифровизацию в тарифы ГОБМП и ОСМС;
- запуск платформы интероперабельности для объединения всех МИС;
- запуск единой информационной системы по качественному и эффективному учету кадровых ресурсов здравоохранения;
- разработка и внедрение ИС для учета, хранения данных о пациентах с острыми заболеваниями (состояниями), получающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

в части качества и доступности ПМСП:

- определение базового объема услуг ПМСП;
- пересмотр функциональных обязанностей специалистов ПМСП;
- внедрение в организациях ПМСП самостоятельной сестринской практики;
- смещение акцента на профилактическую медицину в программах подготовки и НПР ВОП;
- проведение ревизии заполняемых врачом ПМСП медицинской документации, в том числе работы в МИС и ИС МЗ РК, повышение качества ведения медицинской документации;
- актуализация индикаторов для оценки качества и доступности ПМСП.

в части доступности ПМСП на селе:

- определение базового объема услуг для сельского здравоохранения по оказанию услуг ПМСП и специализированной помощи на амбулаторном уровне для всех сельских организаций здравоохранения;
- пересмотр механизмов финансирования сельского здравоохранения по принципу глобального бюджета;
- пересмотр способов оплаты и размер тарифов на передвижные медицинские комплексы (ПМК), широкое использование возможностей ПМК;
- пересмотр нагрузки на врача ПМСП с учетом численности населения, а также радиуса обслуживания;
- пересмотр механизмов стимулирования для привлечения кадрового потенциала на село;
- ревизия зданий и строений организаций ПМСП в сельской местности, обновление сети медицинских организаций на селе

- путем строительства или открытия новых объектов ПМСП;
- увеличение доли частных инвестиций в сельское здравоохранение.
- в части лекарственного обеспечения:**
- обеспечение надлежащих условий для объективного учета заболеваемости и прогнозирования, что позволит правильно планировать ЛС и проводить оценку обеспеченности;
 - совершенствование ИС в части учета и расчета потребности ЛС и МИ;
 - упрощение процедуры закупа для единого дистрибьютора;
 - автоматизация расчетов потребности ЛС и МИ в ИС;
 - совершенствование системы сбора информации о побочном действии и неэффективности ЛС и МИ;
 - обеспечение централизованного мониторинга уровня остатков ЛС и МИ в аптеках ПМСП и мониторинга надлежащего хранения и использования пациентами ЛС и МИ;
 - разработка и внедрение многокритериального анализа принятия решений (MCDA) для обеспечения ЛС;
 - разработка Дорожной карты по повышению доступности наркотических средств, психотропных веществ и иных ЛС, применяемых в паллиативной медицинской помощи;
 - внедрение инструментов для повышения рационального использования ЛС;
 - оптимизировать ОТЗ, которая должна стать основой для принятия решений о закупе ЛС и МИ;
 - внедрение Порога готовности платить.
- в части финансирования ПМСП:**
- утверждение методики расчета базового КПН и определение подходов для включения затрат в базовый КПН на основании оценки фактических затрат на обеспечение деятельности действующей социально-ориентированной модели ПМСП;
 - определение четких правил, перечня услуг для включения в КПН для ПМСП и оценка затрат на их оказание;
 - увеличение действующего размера СКПН, пересмотр индикаторов СКПН для правильной оценки эффективности ПМСП по оценке конечного и процессного результата;
 - пересмотр затрат ПМСП с учетом действующей модели ПМСП и необходимой кадровой обеспеченности, внедрение стимулов для поддержки развития самостоятельных Центров ПМСП и семейной медицины;
 - обслуживание вызовов неотложной помощи по 4-й категории срочности определить при областных станциях СМП без переадресации населения на уровень ПМСП;
 - открытие станций скорой медицинской помощи при сельских больницах.
- в части развития школьной медицины:**
- включение в перечень специалистов ПМСП школьной медицинской сестры, а также пересмотр мероприятий по охране здоровья воспитанников и школьников, проводимых медицинскими сестрами в школах;
 - утверждение перечня медицинских услуг, оказываемых школьными медицинскими работниками;
 - утверждение минимального перечня оснащения кабинета медицинского пункта в организациях образования;
 - создание медицинских пунктов из расчета один на организацию образования, независимо от количества учащихся;
 - пересмотр должностных обязанностей школьной медицинской сестры;
 - разработка единого Стандарта по организации оказания медицинской помощи детям школьного возраста в организациях образования;
 - пересмотр порядка проведения профилактических осмотров для школьников;
 - введение контроля за проведением профилактических медицинских осмотров в организациях образования;
 - внедрение нового индикатора СКПН (количество оздоровленных школьников, %);
 - принятие всесторонних мер по оздоровлению всего контингента детей в школах РК.

ВВЕДЕНИЕ

Первичная медико-санитарная помощь – первый уровень контакта человека с системой здравоохранения. Начиная с рождения до конца жизни, ПМСП может удовлетворять большинство потребностей человека в медицинских услугах, предусматривающих физическое, психическое и социальное благополучие и ориентированных на людей, а не на болезни.

ПМСП – это первое и основное связующее звено между сообществом и системой здравоохранения. ПМСП призвана помочь людям достичь наилучшего состояния здоровья и получить медицинскую помощь тогда, когда они в ней нуждаются, в нужное время, рядом с ними.

Казахстан является родиной двух деклараций по ПМСП. Впервые в 1978 году в Алма-Ате признана роль государств в поддержании ПМСП – как основы реализации фундаментального права человека на здоровье. Спустя 40 лет в Астане 194 странами-членами единогласно принята Астанинская декларация ВОЗ по ПМСП. Государства-члены взяли на себя обязательство дать новый импульс развитию ПМСП в качестве краеугольного камня устойчивых систем здравоохранения в интересах достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения, связанных со здоровьем, ЦУР и санитарно-эпидемиологической безопасности. Задачи по достижению ВОУЗ, ЦУР и санитарно-эпидемиологической безопасности являются амбициозными, но практически осуществимыми [1].

На усиление роли ПМСП в системе здравоохранения указывают все важнейшие документы стратегического характера, принимаемые в последние годы – Общенациональный План мероприятий по реализации Послания Главы государства народу Казахстана от 1 сентября 2020 года «Казахстан в новой реальности: время

действий», Национальный план развития РК до 2025 года, Концепция развития ПМСП на 2018-2022 годы и другие.

В каждой стране сфера ПМСП имеет различные границы в зависимости от социально-экономического положения. Справедливо считается, что высокий уровень организации этой службы является основой повышения эффективности системы здравоохранения в целом и соответственно такие показатели, как заболеваемость, госпитализация, смертность низкие за счет всеобщего охвата различных категорий и слоев населения медицинскими услугами.

Первичная медико-санитарная помощь – это комплекс лечебно-профилактических услуг, предоставляемых на уровне местного сообщества, семейными врачами, патронажными медицинскими сестрами, персоналом местных амбулаторных учреждений или силами других медицинских работников. Этот вид помощи должен быть общедоступен для всех граждан и семей, и уровень расходов на оказание такой помощи не должен превышать возможностей местного сообщества и страны в целом.

Первичная медико-санитарная помощь – место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества [2].

ПМСП в Казахстане предоставляется в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи гражданам РК, кандасам, беженцам, иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории РК, за счет бюджетных средств, включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью, а также лекарственное обеспечение [2].

Во всех проводимых в последние годы преобразованиях в системе ПМСП потребители услуг играют важную роль. Все реформы и преобразования системы ПМСП направлены на улучшение медицинской помощи для казахстанцев путем поддержания здоровья людей, профилактики болезней, снижения потребности в стационарных услугах и улучшения управления хроническими заболеваниями. Система здравоохранения должна поддерживать каждого индивида и семью в активном участии в вопросах поддержания и укрепления своего здоровья.

Для Казахстана, так же как для всего мирового сообщества настоящим испытанием стал 2020 год в связи с пандемией COVID-19, когда значительные силы и возможности, материальные и организационные ресурсы здравоохранения были направлены на борьбу с новой угрозой.

Пандемия COVID-19 ставит на глобальном уровне серьезные проблемы перед национальными системами здравоохранения, которым приходится обеспечивать баланс между потребностями в оказании дополнительных услуг, необходимых для борьбы с пандемией, сохранением и расширением доступа к основному медицинскому обслуживанию [3].

В силу специфики своей деятельности работники ПМСП одновременно являются как одной из главных сил противодействия пандемии, так и одной из групп, наиболее уязвимых к инфекции и воздействию на их психическое здоровье. Кроме того, пандемия влияет на доступность медицинской помощи и способность удовлетворять возросшие потребности населения в медицинских услугах [3].

С учетом стратегической значимости ПМСП для эффективной охраны общественного здоровья Главой государства в послании народу Казахстана от 1 сентября 2020 года поручено «...пересмотреть подходы к организации первичной медицинской помощи. Она должна стать более мобильной и

доступной широкому кругу населения, в том числе сельчанам.» [4].

При разработке мер повышения доступности ПМСП необходимо брать во внимание вызовы, отмечаемые как на уровне пациентов (недостаточное качество и объем предоставляемых услуг, слабая коммуникация, очереди к специалистам, недостаточный доступ к дорогостоящим услугам, отсутствие медицинских объектов, аптечных пунктов в сельской местности с численностью населения менее 300 человек), так и на уровне медицинских организаций (недостаточное финансирование, слабая инфраструктура, неполное укомплектование кадровыми ресурсами и их недостаточный уровень профессионализма, незавершенность цифровизации и др.).

В этой связи, по поручению МЗ РК на базе ННЦРЗ были созданы рабочие группы по развитию ПМСП в РК по следующим основным направлениям ПМСП [5]:

- развитие человеческого капитала ПМСП;
- развитие инфраструктуры ПМСП;
- финансирование ПМСП;
- цифровизация ПМСП;
- повышение качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП;
- лекарственное обеспечение;
- доступность ПМСП для сельского населения;
- развитие школьной медицины.

Рабочим группам была поставлена задача провести оценку текущей ситуации в ПМСП и разработать комплекс мер по улучшению доступности оказания медицинской помощи на уровне ПМСП, в том числе для сельского населения. Результаты работы рабочих групп легли в основу подготовки настоящего доклада.

Доклад подготовлен по трехлетнему циклу (2018-2020 гг.), глубина охвата новых научных публикаций, опубликованных в отечественных и зарубежных научных журналах, и монографиях, составляет не менее 3 лет.

Доклад подготовлен группой авторов из числа экспертов ННЦРЗ, привлеченных ведущих экспертов отрасли.

**ГЛАВА 1.
ОБЩАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА
СОСТОЯНИЯ
ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ**



В Казахстане за последние 3 года (2018-2020 гг.) отмечается устойчивая тенденция роста численности населения страны, которая на начало 2021 года составила 18 879 552 человек, в том числе городского населения – 11 151 376 (59%) человек и сельского населения – 7 728 176 (41%) человек (Таблица 1.1).

Анализ численности населения показывает, что общая численность в динамике с 2018 года увеличилась на 483 985 человек или 2,63%, в том числе доминирует увеличение доли городского населения на 4,24%. Рост численности сельского населения составил 0,40%.

Таблица 1.1. Динамика роста численности населения РК

Наименование	2018	2019	2020	Темп +/-	%
РК	18 395 567	18 631 779	18 879 552	483 985	2,63
Городское население	10 698 210	10 938 652	11 151 376	453 166	4,24
Сельское население	7 697 357	7 693 127	7 728 176	30 819	0,40

По данным Бюро национальной статистики [6]

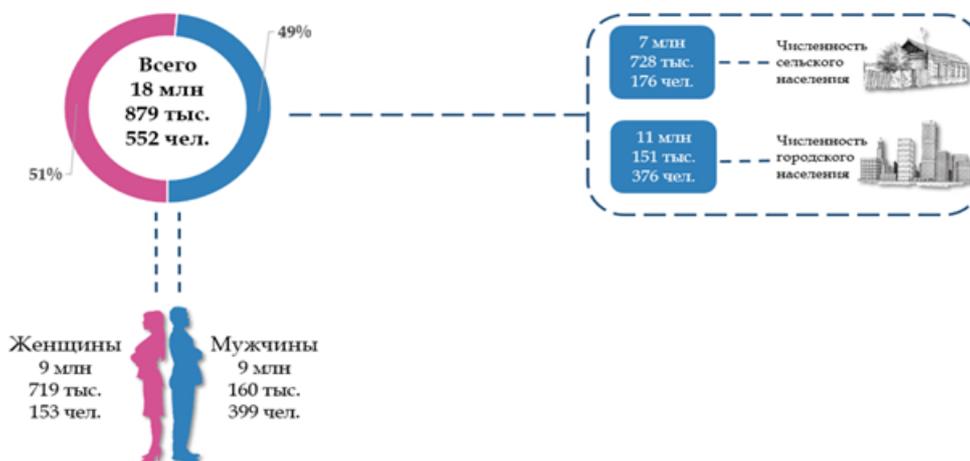


Рисунок 1.1. Гендерное соотношение

Анализ возрастной структуры населения республики показывает, что в динамике за 3 года наблюдается рост удельного веса детского населения до 16 лет, с 29,8 до 30,7%, вместе с тем, отмечается снижение доли населения трудоспособного возраста (16-62

лет) с 59,10 до 58,3% и незначительное снижение доли пожилого населения старше 60 лет – до 11,02%, что указывает на преобладание стационарного или омолаживающего типа демографии (Таблица 1.2).

Таблица 1.2. Динамика возрастной структуры населения РК

Период	Численность населения РК	в том числе		
		до 15 лет	16-62 лет	старше 62 лет
2018 год	18 395 567	5 493 678	10 871 678	2 030 211
	удельный вес (%)	29,86	59,10	11,04
2019 год	18 631 779	5 636 761	10 874 656	2 120 362
	удельный вес (%)	30,25	58,4	11,38
2020 год	18 879 552	5 789 533	11 009 372	2 080 647
	удельный вес (%)	30,7	58,3	11,02

По данным Бюро национальной статистики [6]

Анализируя возрастную структуру городского населения необходимо отметить, что

численность населения города за последние 3 года возросла на 453 166 человек, с 10 695

210 до 11 151 376. Отмечен рост доли детского населения до 16 лет (с 28,3 до 29,4%), наряду с этим отмечено снижение доли населения в возрастной категории населения 16-62 лет (с 58,79 до 58,1%) и старше 62 лет (с 12,91 до 12,5%) (Таблица 1.3).

Анализируя возрастную структуру сельского населения необходимо отметить, что

численность населения села за последние 3 года возросла незначительно на 30 819 человек, с 7 697 357 до 7 728 176. Отмечен рост доли детского населения до 16 лет (с 32,04 до 32,5%) и населения в возрасте старше 62 лет (с 8,43 до 8,9%), наряду с этим отмечено снижение доли населения в возрастной категории населения 16-62 лет (с 59,53 до 58,7%) (Таблица 1.4).

Таблица 1.3. Динамика структуры распределения городского населения РК

Период	Численность городского населения	в том числе		
		до 15 лет	16-62 лет	старше 62 лет
РК 2018 год	10 698 210	3 027 213	6 289 381	1 381 616
	<i>удельный вес (%)</i>	<i>28,30</i>	<i>58,79</i>	<i>12,91</i>
РК 2019 год	10 938 652	3 156 253	6 328 799	1 453 600
	<i>удельный вес (%)</i>	<i>28,85</i>	<i>57,86</i>	<i>13,29</i>
РК 2020 год	11 151 376	3 281 325	6 475 925	1 394 126
	<i>удельный вес (%)</i>	<i>29,4</i>	<i>58,1</i>	<i>12,5</i>

По данным Бюро национальной статистики [6]

Таблица 1.4. Динамика структуры распределения сельского населения РК

Период	Численность сельского населения	в том числе		
		до 15 лет	16-62 лет	старше 62 лет
РК 2018 год	7 697 357	2466465	4582297	648595
	<i>удельный вес (%)</i>	<i>32,04</i>	<i>59,53</i>	<i>8,43</i>
РК 2019 год	7 693 127	2480508	4545857	666762
	<i>удельный вес (%)</i>	<i>32,24</i>	<i>59,09</i>	<i>8,67</i>
РК 2020 год	7 728 176	2 508 208	4533447	686521
	<i>удельный вес (%)</i>	<i>32,5</i>	<i>58,7</i>	<i>8,9</i>

По данным Бюро национальной статистики [6]

Анализ распределения возрастной структуры населения на городской и сельский уровень показывает снижение доли трудоспособного населения на селе. Тенденция роста детского населения от 0 до 15 лет также отмечена в основном за счет сельского населения – 32,5% (город-29,4%). Вместе с тем, увеличение доли пожилого населения старше 62 лет зарегистрировано среди городского населения, что составило 12,5% (село – 8,9%), а в целом по республике доля населения старше 62 года составляет 11%.

Анализ данных свидетельствуют о том, что в структуре населения наряду с приростом детского населения и удержанием численности взрослого населения, наблюдается тенденция снижения доли населения трудоспособного

возраста. Прирост количества детей в городе составил 1,13%, в сельской местности 0,41%. Тенденция убывания населения трудоспособного возраста наблюдается среди сельского населения на 0,87%, а среди городского на 0,72%.

Положительный темп прироста зарегистрирован среди взрослого населения старше 65 лет на 0,46% сельского уровня, тогда как среди городского убывание на 0,41%. Вместе с тем, только за 12 месяцев 2020 года убыло 0,79% пожилого населения города, тогда как до 2019 года наблюдался прирост 0,37%. Данная ситуация не исключает связь демографических показателей и пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19).

В динамике изменение численности населения, свидетельствуют о том, что в структуре населения республики намечена тенденция:

- увеличения удельного веса детского населения с 29,8 до 30,7;
- снижения удельного веса трудоспособного возраста с 59,10 до 58,3;
- незначительного снижения удельного веса населения старше 62 лет с 11,04 до 11,02.

Такие волнообразные колебания численности населения будут оказывать давление на систему здравоохранения, приведут к росту демографической нагрузки трудоспособного населения в связи с явным процессом демографического старения.

По прогнозам Бюро национальной статистики, численность населения страны к 2030 году превысит 21 млн. человек, доля пожилых людей увеличится до 11,1-11,3%. Такое изменение демографической ситуации приведет к росту хронических заболеваний и повлияет на спрос медицинских услуг.

Развитые страны характеризуются увеличением доли пожилых лиц, что в будущем ожидаемо повсеместно по миру. Выделяют несколько причин этого явления, к которым относятся:

- снижение уровня рождаемости;
- увеличение средней продолжительности жизни, вызванное снижением смертности в старших возрастных группах;
- миграция молодого населения из-за экономического кризиса и роста безработицы в стране.

Казахстан только начинает вступать в категорию стран с преобладанием пожилого населения. Старение населения увеличивает нагрузку на трудоспособную часть населения страны, систему здравоохранения и социальное развитие региона. Главными показателями здоровья нации являются продолжительность жизни и уровень заболеваемости. В Казахстане, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста продолжительности жизни населения. По данным Бюро национальной статистики, начиная с 2006 года наблюдается увеличение

продолжительности жизни населения страны до 73,18 лет (2019 год), тогда как, за 2020 год продолжительность жизни снизилась на 1,78 лет с 2018 года (73,15 лет) и составила 71, 37 лет. Данная ситуация напрямую или косвенно связана с эпидемиологической неблагоприятной ситуацией по коронавирусной инфекции в стране и в мире в целом. Вместе с тем, продолжительность жизни сельского населения выше городского (71,21) и составила по итогам 2020 года – 71,64 года. В РК средняя продолжительность жизни у женщин, проживающих в городе и на селе практически одинаковая, разрыв увеличивается за счет низкой продолжительности жизни у мужчин, причем городские мужчины живут меньше сельских в среднем на 1 год (Таблица 1.5). При этом сохраняется значительный разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин, как городского, так и сельского населения за счет превышения продолжительности жизни женщин на селе – 7,7 и в городе 8,8 лет.

В среднем по стране разрыв между средней продолжительностью жизни между мужчинами и женщинами составил в 2021 году 8,44 лет (2018 г. – 8,35 лет). Если в 2018 году средняя продолжительность жизни у мужчин составила 68,84 лет и женщин 77,19, то в 2021 году этот показатель уменьшился до 67,09 у мужчин и до 75,53 лет у женщин соответственно. Средняя продолжительность жизни за последнее три года у мужчин сократилась на 1,75 лет и женщин на 1,66 лет. Средняя продолжительность жизни у женщин, проживающих в городе и селе практически одинаковая, разрыв увеличивается за счет низкой продолжительности жизни у мужчин, при чем городские мужчины живут меньше сельских в среднем на 1 год [7].

Вместе с тем, продолжительность жизни сельского населения выше городского (71,21 год), составив по итогам 2020 года – 71,64 года.

В динамике наблюдается тенденция роста коэффициента смертности на 26,67%, в том числе среди мужчин на 12,7%, женщин на 10,9% (Таблица 1.6).

Таблица 1.5. Динамика продолжительности жизни (город, село)

Период	Все население	в том числе		Превышение продолжительности жизни женщин	в том числе		в том числе				Превышение продолжительности жизни женщин		
		муж	жен		всего	город	село	мужчины		женщины		город	село
								город	село	город	село		
2018	73,15	68,84	77,19	8,44	73,09	73,24	68,42	69,44	77,21	77,17	8,79	7,73	
2019	73,18	68,82	77,3	8,48	73,08	73,35	68,39	69,42	77,23	77,17	8,84	7,75	
2020	71,37	67,09	75,53	8,35	71,21	71,64	66,61	67,82	75,43	75,43	8,82	7,61	

По данным Статистических сборников «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения» за 2018- 2020 гг. [8]

Таблица 1.6. Гендерное различие в смертности

Период	Все население	Показатели смертности			
		мужчины	Число умерших на 1000 человек	женщины	Число умерших на 1000 человек
2018 год	18395567	70338	7,95	60110	6,38
2019 год	18631779	72222	8,05	60906	6,38
2020 год	18879552	86903	9,55	74430	7,71

По данным Статистических сборников «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения» за 2018- 2020 гг. [8]

Среди мужчин число умерших в 1,2 раза выше, чем среди женщин. В среднем на каждые 1000 человек наблюдается рост числа умерших, что составило в 2020 году 9,55 (7,95 в 2018 году) среди мужчин и 7,71 (6,38 в 2018 году) среди женщин. На такую негативную ситуацию оказывает влияние множество внешних и внутренних факторов, среди которых чаще

встречаются неблагоприятный образ жизни (курение, алкоголь, употребление ПАВ), социально-значимые заболевания (туберкулез, сахарный диабет, новообразования, психические расстройства), несчастные случаи, отравления, травмы, инфекционные и паразитарные заболевания (Таблица 1.7).

Таблица 1.7. Гендерное различие по причинам смертности

Перечень заболеваний	годы	Всего		город		село	
		мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
От болезней системы кровообращения	2018	17528	13153	11703	9477	5717	3676
	2019	17420	12655	11747	9181	5801	3474
	2020	17548	15230	13885	10880	7232	4350
От новообразований	2018	8148	7002	5385	4851	2763	2151
	2019	8096	6918	5313	4787	2783	2131
	2020	8084	7052	5349	4982	2735	2070
От болезней органов дыхания	2018	9165	6720	4805	3567	4360	3153
	2019	9498	6774	5091	3710	4407	3064
	2020	13170	9877	7721	6085	5449	3792
От болезней органов пищеварения	2018	6458	5011	3433	2873	3025	2138
	2019	6712	5156	3658	3014	3054	2142
	2020	7305	5508	3922	3178	3383	2330
От инфекционных и паразитарных болезней	2018	861	466	616	328	245	138
	2019	858	505	601	340	257	165
	2020	1713	1155	1316	896	397	259

От несчастных случаев, отравлений и травм	2018	9432	2739	5295	1626	4137	1113
	2019	9460	2638	5245	1547	4215	1091
	2020	8559	2275	4688	1339	3871	936
От транспортных несчастных случаев	2018	1772	641	886	332	886	309
	2019	2015	711	946	384	1 069	327
	2020	1614	522	717	259	897	263
От самоубийств	2018	2085	409	1074	237	1011	172
	2019	2009	364	1016	182	993	182
	2020	1800	345	922	184	878	161
От убийств	2018	682	206	394	123	288	83
	2019	633	144	379	93	254	51
	2020	549	124	320	75	229	49
От туберкулеза	2018	346	120	249	86	97	34
	2019	306	120	217	81	89	39
	2020	273	104	190	73	83	31

По данным Статистических сборников «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения» за 2018- 2020 гг. [8]

Анализ смертности по причинам показал, что высокая смертность зарегистрирована в основном среди мужчин. Так, среди мужчин по сравнению с женщинами в 5 раз выше смертность по причине самоубийств, в 4 раза от убийств и в 3 раза от несчастных случаев, отравлений и травм, от транспортных происшествий, в 2,6 раза от туберкулеза. Незначительная разница в причинах смертности от БСК, онкологических заболеваний, болезней органов дыхания, органов пищеварения, от инфекционных и паразитарных заболеваний.

Таким образом, показатели заболеваемости и смертности у мужчин Казахстана в 3-4 раза превышают соответствующие показатели женщин, что оказывает существенное влияние на среднюю продолжительность жизни и в целом на демографическую ситуацию в РК.

Согласно данным предполагается, что родившиеся в 2045-2050 годах будут жить до 83 лет в развитых регионах и до 74 лет – в развивающихся. Продолжительность предстоящей жизни при рождении в настоящее время превышает 80 лет в 33 странах. К примеру, в Японии уже сейчас более 30% населения составляют люди старшего возраста. По прогнозам социологов, ожидается, что к 2050 году увеличится число

стран до 64, в которых более 30% населения будут старшего возраста [7].

Медико-демографическая ситуация в РК за 2018-2020 годы представлена в таблицах 1.8 и 1.9, на рисунке 1.2. Одним из основных факторов, влияющих на демографическую ситуацию, является рождаемость населения.

Анализируя данные медико-демографических показатели здоровья населения, такие как, рождаемость, смертность, естественный прирост отмечена следующая картина. Наряду с увеличением показателя рождаемости с 21,77 до 22,76 на 1000 человек в 2020 году, отмечен рост показателя смертности с 7,14 до 8,6 на 1000 человек населения. Рост показателя рождаемости наблюдается как среди городского населения с 22,16 до 22,60 в 2020 году, так и сельского с 21,22 до 22,98 на 1000 человек населения. Соответственно вследствие сложившейся ситуации намечается отрицательный темп естественного прироста населения, что составило 14,16 в 2020 году против 14,63 в 2018 году.

В целом по РК за период 2018-2020 годы наблюдается снижение показателя младенческой смертности с 8,03 до 7,77 на 1000 родившихся живыми, но вместе с тем, на городском уровне данный коэффициент

увеличился с 7,9 до 8,43 в 2020 году, а на сельском уровне на 1,37 промилле, снизился с 8,21 до 6,84 на 1000 родившихся живыми. Отрадно отметить, что тенденцию к понижению имеет младенческая смертность. Не исключено, что большую роль играет постоянный контроль и внимание к данной проблеме всех ответственных национальных научных центров/институтов. Ведь этот показатель вместе с материнской смертностью характеризует достижения государства на пути

экономического, политического, социального и культурного развития всей страны.

Закономерности в изменениях демографических показателей сельского населения повторяют тенденции, характерные для населения республики в целом. Так, например, рождаемость за указанный период повысилась в сельской местности на 1,76 промилле (21,22‰ в 2018 г. и 22,98‰ в 2020 г.), а среди населения всей республики – на 0,99 случаев на каждую 1 000 соответствующего населения.

Таблица 1.8. Медико-демографические показатели

Показатель	Периоды	РК	Город	Село
Рождаемость (на 1000 чел. нас.)	2018	21,77	22,16	21,22
	2019	21,73	22,09	21,22
	2020	22,76	22,6	22,98
Смертность (на 1000 чел. нас.)	2018	7,14	7,47	6,68
	2019	7,19	7,53	6,72
	2020	8,6	9,1	7,89
Естественный прирост (на 1000 чел. нас.)	2018	14,63	14,69	14,54
	2019	14,54	14,56	14,5
	2020	14,16	13,5	15,09
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	2018	8,03	7,9	8,21
	2019	8,37	8,61	8,00
	2020	7,77	8,43	6,84

По данным Статистических сборников «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения» за 2018- 2020 гг. [8]

Таблица 1.9. Медико-демографические показатели в разрезе регионов РК [8]

Регион РК	Рождаемость (на 1000 человек населения)			Смертность (на 1000 человек населения)			Естественный прирост (на 1000 человек населения)			Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
РК	21,77	21,73	22,76	7,14	7,19	8,6	14,63	14,54	14,16	8,03	8,37	7,77
Акмолинская	16,82	16,63	16,99	9,36	9,91	11,57	6,86	6,72	5,41	5,64	7,25	6,5
Актюбинская	22,69	23,4	23,97	6,43	6,48	7,84	16,26	16,92	16,14	8,66	8,8	8,4
Алматинская	24,86	24,67	26,3	5,55	6,63	7,81	18,31	18,04	18,49	6,98	7,61	7,7
Атырауская	27,16	26,55	27,64	5,65	5,63	7,26	21,51	20,92	20,38	10,69	11,13	9,37
ЗКО	19,96	20,06	20,74	8,49	8,45	10,09	11,62	11,61	10,66	6,61	7,01	9,19
Жамбылская	24,18	23,98	25,71	6,41	6,55	8,05	17,77	17,43	17,65	7,39	8,87	6,86
Карагандинская	16,64	16,72	17,02	9,68	9,74	11,25	6,96	6,98	5,77	7,59	8,51	8,52
Костанайская	13,3	13,15	13,47	10,14	10,31	12,23	3,16	2,84	1,24	10,3	9,58	10,4
Кызылординская	24,34	24,22	26,92	5,45	5,67	7,4	18,89	18,55	19,52	9,09	9,37	10,55
Мангыстауская	29,72	29,72	30,65	4,52	4,44	5,93	25,2	25,28	24,72	9,81	9,22	8,32
Павлодарская	15,72	15,35	15,66	9,76	9,8	11,58	5,96	5,55	4,08	5,55	6,8	5,71
СКО	13,17	12,46	12,59	11,79	12,13	13,75	1,14	0,33	-1,16	10,81	9,43	8,72
Туркестанская	27,33	27,87	30,17	5,01	5,17	6,34	22,32	22,7	23,83	8,67	8,52	7,21
ВКО	15,83	15,9	16,47	10,29	10,36	12,06	5,54	5,54	4,41	7,99	8,24	7,4
г.Нур-Султан	27,67	25,95	25,48	3,96	3,91	5,32	23,71	22,04	20,16	6,17	5,93	5,2
г.Алматы	18,19	18,19	18,25	6,39	6,49	7,42	11,8	11,7	10,83	8,36	8,05	7,64
г.Шымкент	27,53	27,89	30,02	4,63	4,74	6,38	22,9	23,15	23,64	8,37	9,59	7,98

Одним из важных показателей здоровья населения является заболеваемость. Анализ заболеваемости населения позволяет выявить уровень, частоту распространения, динамику всех болезней, вместе взятых и каждой в отдельности среди различных возрастно-половых, профессиональных и социальных групп населения в целях оценки качества и эффективности лечебно-профилактических, а также социально-экономических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на оздоровление населения. Особое значение имеют данные по заболеваемости в управлении и оперативном руководстве деятельностью организаций здравоохранения и охраны здоровья населения.

При изучении общей заболеваемости наиболее объективным является анализ обращаемости населения по поводу заболеваний не за один календарный год, а за трехлетний период. Преимущество данного метода заключается в том, что обращаемость за три года позволяет учесть все случаи хронических болезней.

В структуре общей заболеваемости по

республике лидирующие позиции занимают следующие классы болезней, имеющие 1-5-е ранговые места: болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения, заболевания мочеполовой системы, болезни органов пищеварения и болезни глаза и его придатков (Рисунок 1.2) согласно данных статистического сборника МЗ РК «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения» за 2018-2020 годы [8].

Среди всех классов болезней самый высокий показатель имели болезни органов дыхания в 2018 году – 28390,6 на 100 тыс. нас., который в динамике к 2020 году снизился до 23102,6.

Показатель заболеваемости БСК находился на 2-м месте в 2018 году (16398,0 на 100 тыс. населения), а в динамике к 2020 году отмечено снижение данного показателя до 3024,4. Следующую позицию занимали болезни мочеполовой системы (8830,2) в 2018 году, однако в динамике данный показатель снизился более чем в 2 раза (3542,6 в 2020 году). И 4-5-ю позицию в 2018 году занимали болезни органов пищеварения и болезни органов глаза и его придатков.

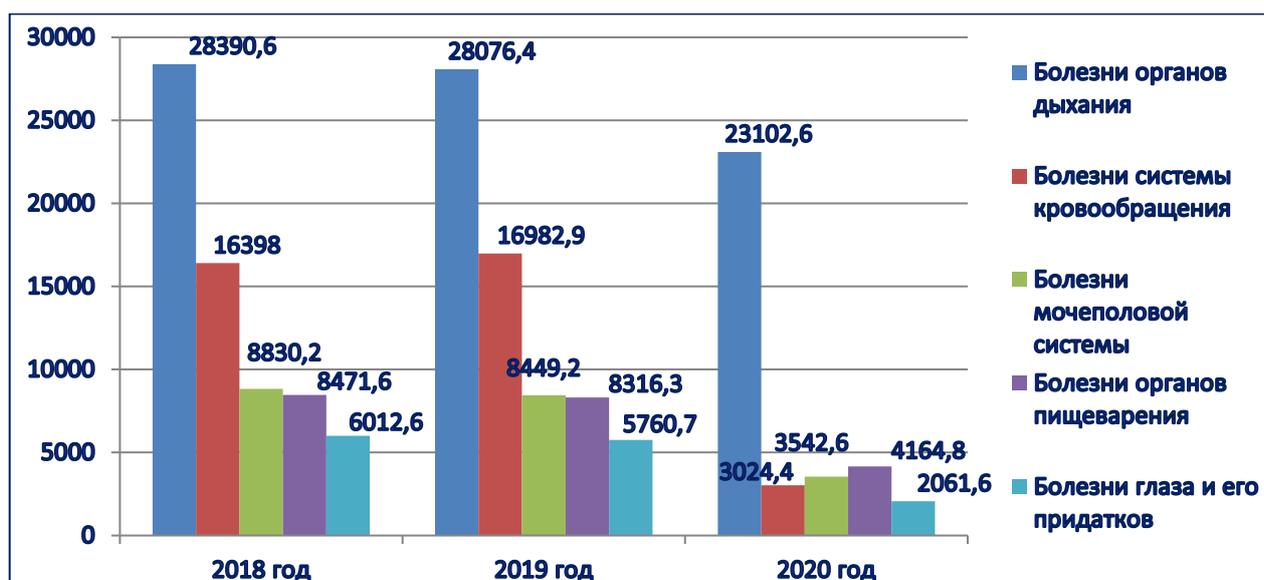


Рисунок 1.2. Ранжирование заболеваемости по основным классам заболеваний на 100 000 населения

Вместе с тем, по итогам 2020 года ранговое расположение классов болезней несколько изменилось, лидирующее место с показателем 23102,6 продолжают занимать болезни органов дыхания, на втором месте с показателем 4164,8 выходят болезни органов пищеварения, третье место с показателем 3542,6 занимают болезни мочеполовой системы, на четвертом месте БСК с показателем 3024,4 и на пятом болезни глаза и его придатков с показателем 2061,6 на 100 тыс. населения.

Изменения в социальных и экологических детерминантах здоровья, демографической ситуации и факторах образа жизни изменили бремя болезней.

Динамика впервые зарегистрированных заболеваний в Казахстане в разбивке по возрастным категориям на 100 тыс. соответствующего населения за период с 2018 по 2020 годы представлена в таблице 1.10.

Таблица 1.10. Динамика впервые зарегистрированных заболеваний за 2018-2020 годы

№	Период	Всего впервые зарегистрировано заболеваний	в том числе				
			дети	подростки	взрослые		
			от 0-15 лет	15-17 лет	всего	18-60 лет	старше 60 лет
1	2018	10449708	4796892	537492	5115324	4125647	989677
2	2019	10148023	4630302	522249	4995472	3999185	996287
3	2020	10083041	4172534	465375	5445132	4275490	1169642

По данным Статистических сборников «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения за 2018- 2020 гг. [8]

Анализируя динамику данных по числу впервые зарегистрированных заболеваний отмечена тенденция к снижению на 3,5% (366667). Рассматривая данные в разрезе возрастных категорий, аналогичная картина отмечается и по детскому населению. Увеличение числа впервые зарегистрированных заболеваний за три года наблюдается среди взрослого населения, на

6% (329808), при этом наибольший рост заболеваемости отмечается у лиц старше 60 лет на 15,3% (179965), рост заболеваемости трудоспособного возраста 18-60 лет увеличился на 3,5% (149843). Социально значимые болезни в республике, в том числе в сельской местности, за период 2018-2020 гг. имеют тенденцию к снижению (Рисунки 1.3-1.4).

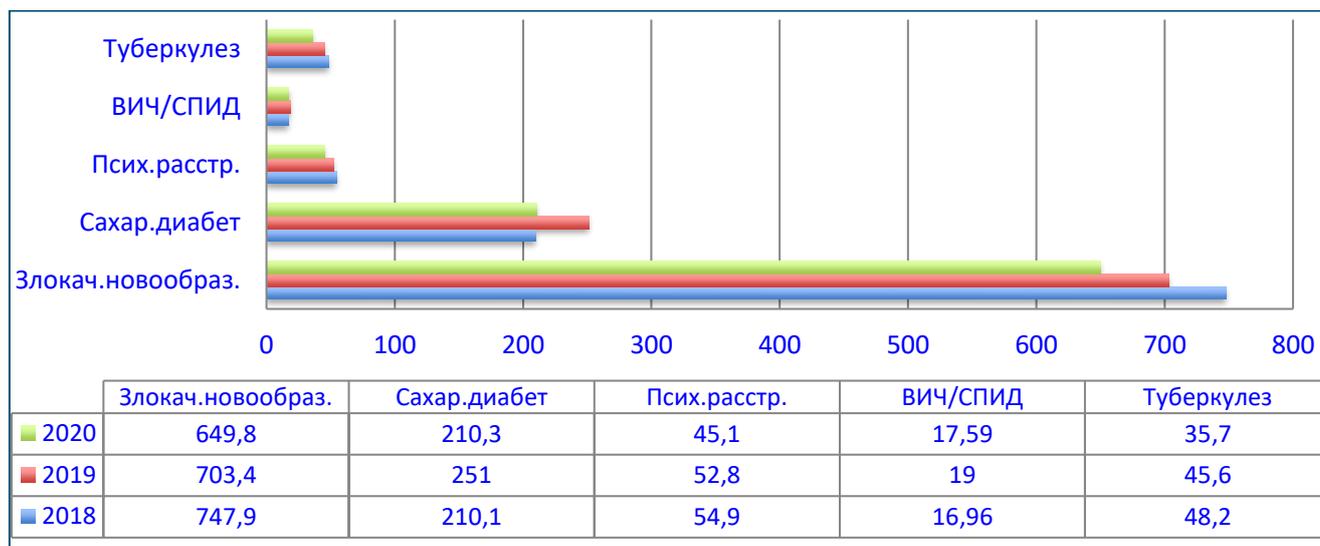


Рисунок 1.3. Социально-значимые болезни по республике на 100 тыс. населения [8]

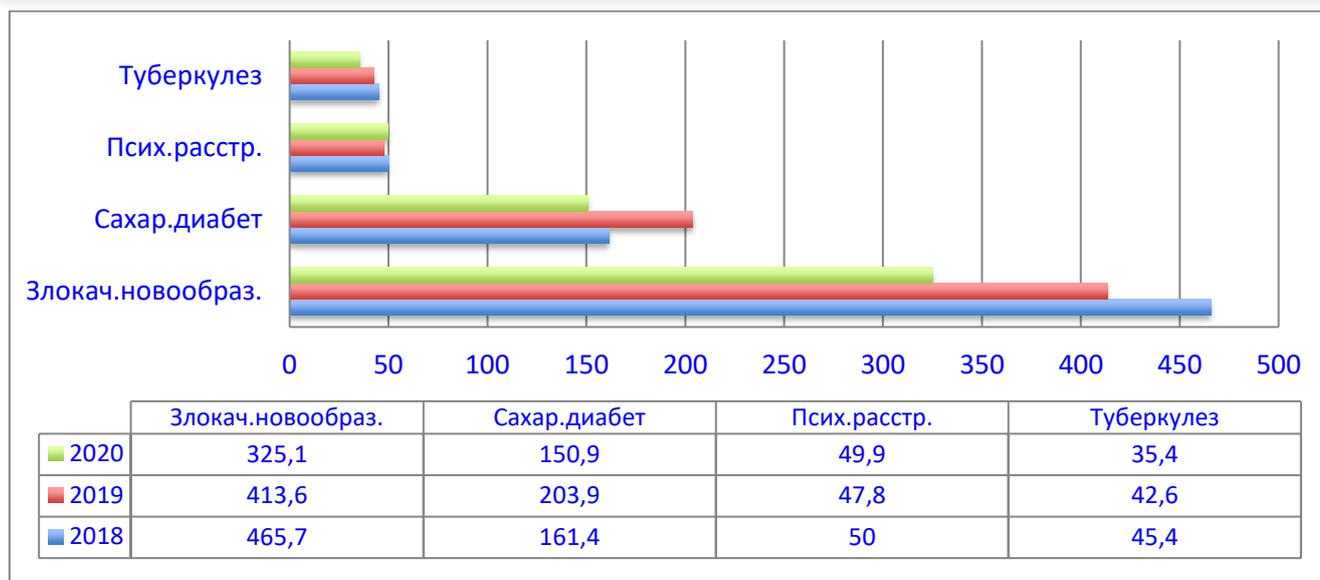


Рисунок 1.4. Социально-значимые болезни на селе на 100 тыс. населения [8]

Тенденция к снижению отмечена как среди злокачественных новообразований, так и других нозологий, и классов болезней в этой группе: сахарный диабет, психические расстройства (исключая городское население), туберкулез. На такие результаты бесспорное влияние оказало внимание со стороны государства и финансовые вливания

в медицинскую помощь этим контингентам больных. Коэффициент общей смертности за анализируемый период вырос на 20,5% с 713,7 до 860,24 на 100 тысяч человек населения, при этом имеет тенденцию к увеличению данного показателя как на городском, так и сельском уровнях (Рисунок 1.5).

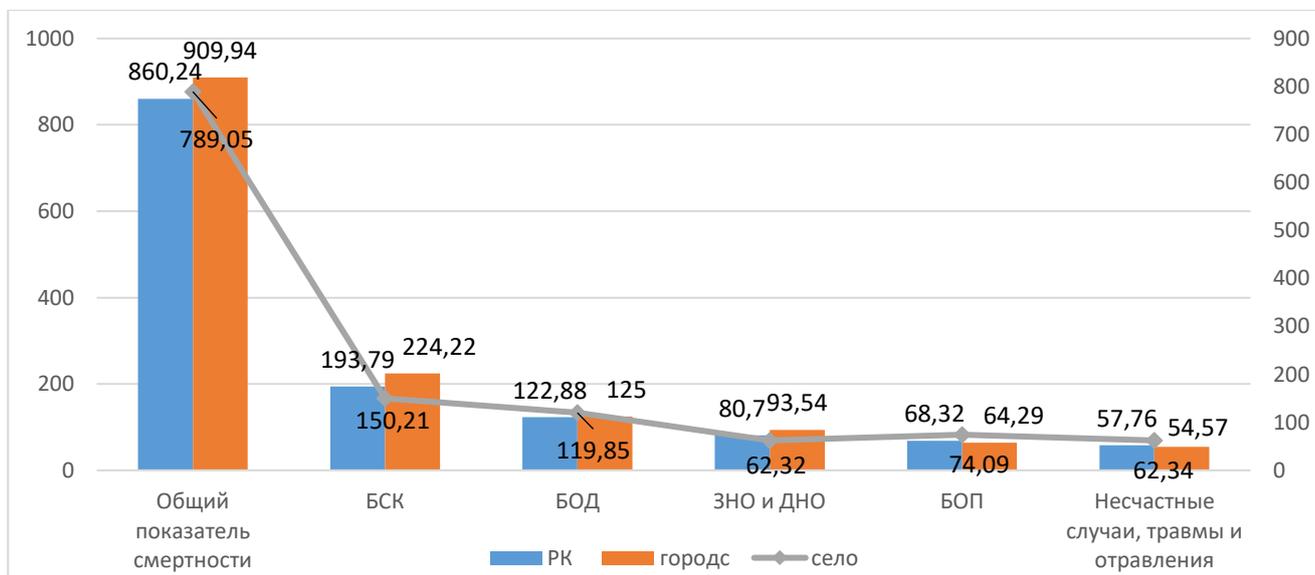


Рисунок 1.5. Структура причин смертности за 2020 год, на 100 тыс. населения [8]

В структуре общей смертности населения преобладают болезни системы кровообращения – 193,8, в том числе город – 224,2 и село – 150,2, далее болезни органов дыхания – 122,9 (город/село=125,0/119,3), новообразования – 80,7 (город/село=93,5/62,3),

болезни органов пищеварения – 68,3 (город/село=64,3/74,1), несчастные случаи, убийства и самоубийства, травмы и отравления – 57,769 (город/село=65,3/57,7). В динамике наблюдается положительная тенденция снижения смертности по причине

новообразования на 2,1%, с 82,9 до 80,7. Динамика показателей общей смертности за 2018-2020 годы представлена в таблице 1.11.

Наиболее высокие показатели общей смертности зарегистрированы в СКО, ВКО, ЗКО, Костанайской, Карагандинской, Акмолинской, Павлодарской областях. Самые низкие показатели смертности зафиксированы в городах Нур-Султан и Шымкент, в Туркестанской и Мангыстауской областях.

Наиболее высокий стандартизованный показатель смертности зафиксирован на городском уровне. В сельской местности высокий показатель смертности зарегистрирован от болезней органов пищеварения (город 64,3 и село 74,1) и несчастных случаев, травм и отравлений (54,6 и 62,3), что возможно связано с низким уровнем жизни большинства сельского населения, ростом числа безработных и др.

Таблица 1.11. Динамика показателей общей смертности город/село в разрезе регионов

Регионы	РК			город			село		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
РК	713,75	719,08	860,24	746,62	745,72	909,94	668,31	670,16	789,05
Акмолинская	996,26	990,97	1157,44	1119,16	1120,03	1315,79	886,53	877,73	1014,92
Актюбинская	643,07	648,09	783,86	643,42	642,98	781,46	642,23	645,42	789,85
Алматинская	655,09	663,21	780,81	868,24	888,94	1062,92	592,4	596,2	701,56
Атырауская	565,5	563,06	726,05	565,25	548,77	749,54	565,76	569,21	697,89
ЗКО	848,95	845,12	1008,64	883,24	873,99	1077,42	812,15	807,18	932,47
Жамбылская	641,2	655,01	805,46	737,23	768,97	1007,36	577,91	577,89	672,23
Карагандинская	968,15	973,65	1124,58	1006,12	1009,84	1159,96	819,9	834,02	984,54
Костанайская	1014,18	1031,16	1222,8	1048,41	1060,68	1305,09	973,59	996,44	1108,29
Кызылординская	545,04	566,63	740,18	576,9	586,13	791,99	519,75	545,11	698,32
Мангыстауская	451,84	443,57	592,94	572,28	567,51	766,88	370,32	351,54	477,99
Павлодарская	975,67	979,67	1158,08	984,7	981,98	1186,84	953,97	977,84	1089,08
СКО	1179,41	1212,94	1375,28	1159,37	1205,97	1419,74	1196,01	1230,7	1336,91
Туркестанская	501,24	517,25	634,39	635,28	639,39	806,14	468,46	481,34	590,72
ВКО	1028,79	1036,42	1206,26	1018,82	1043,04	1208,98	1044,63	1034,5	1201,77
г. Нур-Султан	395,74	391,05	532,18	395,74	381,11	532,18			
г. Алматы	638,73	649,08	741,69	638,73	638,56	741,69			
г. Шымкент	462,97	473,61	638,26	462,97	466,98	638,26			

По данным Статистических сборников «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения за 2018- 2020 гг. [8]

Несмотря на проводимые меры по улучшению репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, профилактические осмотры женщин фертильного возраста для раннего выявления заболеваний с целью оздоровления и диспансерного наблюдения, осуществление консультаций по планированию семьи и выбору метода контрацепции, а также мероприятия по подготовке к беременности (предгравидарная подготовка), сохраняется нестабильная ситуация по материнской смертности. За 3-х летний период показатель материнской смертности резко увеличился в 2,7 раза и составил по итогам 2020 года 36,5 на 100 тысяч живорожденных против 13,9 в 2018

году (Рисунок 1.6). Наиболее высокие показатели материнской смертности зарегистрированы в 9 регионах: Костанайской (94,4), СКО (76,7), Актюбинской (70,3), Кызылординской (56,0), Карагандинской (51,5), Атырауской (50,6), ВКО (45,0), Мангыстауской (36,8) областях и городе Шымкент (53,3). В остальных 8 регионах показатель ниже средне-республиканского и варьирует в пределах 16,3-30,4 на 100 000 родившихся живыми.

Одной из ведущих причин материнской смертности в 2020 году являются экстрагенитальные патологии (119 случаев). Случаи материнской смертности могут быть

обусловлены поздним обращением за медицинской помощью, недооценкой состояния здоровья женщин, поздним взятием на учет по беременности или вообще отсутствием постановки на учет, отказом от прерывания беременности по медицинским

показаниям со стороны матери, а также недостаточным оснащением необходимым оборудованием, перегруженностью коек, низкой укомплектованностью специалистами, а также недостаточной компетенцией кадров.

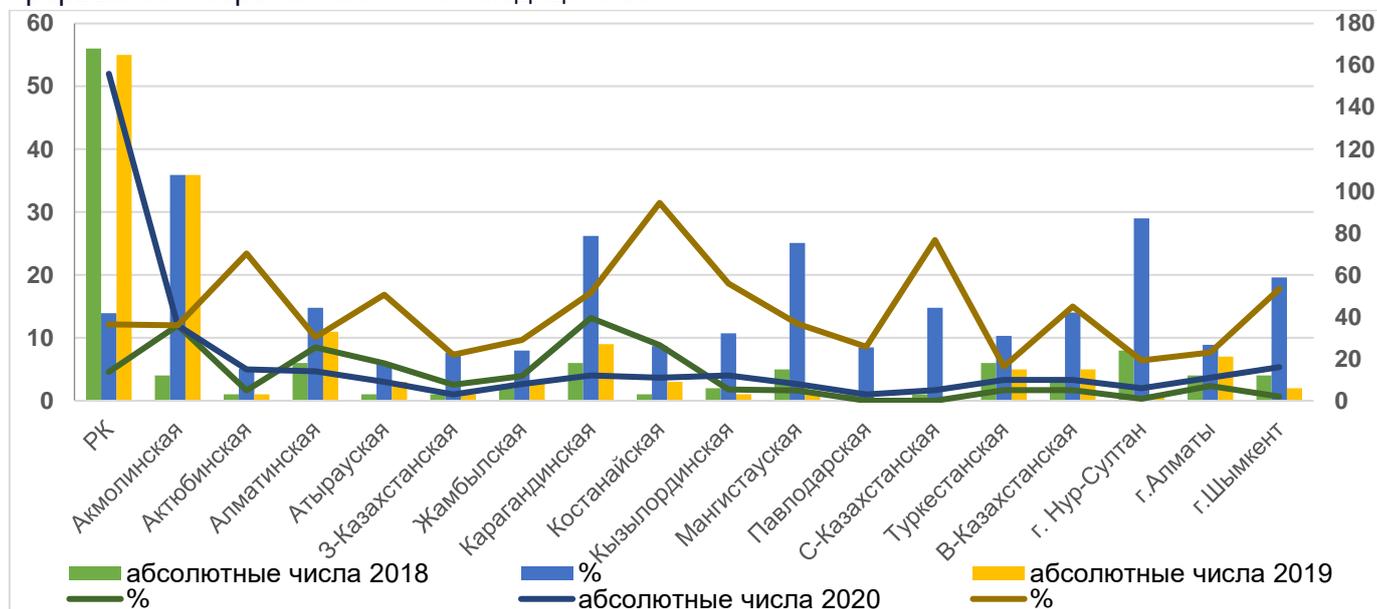


Рисунок 1.6. Динамика показателей материнской смертности в разрезе регионов за 2018-2020 гг., на 1000 родившихся живыми

Выводы

При разработке комплекса мер по повышению доступности и качества оказания ПМСП должны учитываться следующие особенности медико-демографических показателей в РК:

- в структуре населения наряду с приростом детского населения и удержанием численности взрослого населения, наблюдается тенденция снижения доли населения трудоспособного возраста;
- по данным Бюро национальной статистики, численность населения страны к 2030 году превысит 21 млн. человек, и ожидается рост доли пожилых людей, что приведет к росту хронических заболеваний;
- сохраняется значительный разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин, с разницей превышения продолжительности жизни женщин на селе – 7,7, в городе – 8,8 лет;
- наряду с увеличением показателя рождаемости с 21,77 до 22,76 на 1000 человек в 2020 году, отмечен рост

показателя смертности с 7,14 до 8,6 на 1000 человек населения;

- в структуре общей заболеваемости по РК лидирующие позиции занимают болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения, заболевания мочеполовой системы, болезни органов пищеварения и болезни глаза и его придатков;
- в структуре общей смертности населения преобладают болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, новообразования, болезни органов пищеварения, несчастные случаи, убийства и самоубийства, травмы и отравления;
- основное бремя неинфекционных заболеваний (составляющих более 90% причин смертности) приходится на 7 ведущих факторов риска: повышенное кровяное давление, табак, алкоголь, повышенное содержание холестерина в крови, избыточная масса тела, недостаточное потребление овощей и фруктов, малоподвижный образ жизни.

ГЛАВА 2.
ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ
КАПИТАЛ ПМСП



2.1. Анализ текущей ситуации в кадровом обеспечении ПМСП

Казахстан, как и большинство стран, по-прежнему сталкивается с проблемами, которые и ранее наблюдались в сфере кадровых ресурсов здравоохранения, включая дефицит кадров, нерациональное распределение работников и дисбаланс между потребностями и квалификацией [3].

Для любого государства вопрос эффективного управления человеческими ресурсами является первостепенным и определяет степень его конкурентоспособности в современном мире. Ключевое значение в управлении человеческим капиталом имеет человек и его возможности. Укрепление системы ПМСП для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения, а также достижения Целей в области устойчивого развития невозможно без постоянного развития и поддержки медицинских кадров.

Во всем мире страны испытывают нехватку медицинских работников. В связи с этим, лица, определяющие политику, и системные менеджеры разрабатывают ряд методов и инициатив для оптимизации имеющейся рабочей силы и достижения нужного количества и состава персонала, необходимого для оказания высококачественной помощи. Восстановление кадрового дисбаланса может потребовать значительных финансовых обязательств [9].

Способность систем здравоохранения предоставлять безопасные, высококачественные, эффективные и ориентированные на пациента услуги зависит от наличия достаточного, хорошо мотивированного и должным образом квалифицированного персонала, работающего в рамках моделей предоставления услуг, которые оптимизируют их работу [9].

По данным ВОЗ, КРЗ являются важнейшим компонентом служб здравоохранения и систем здравоохранения, необходимых для достижения целей и задач, стоящих перед ПМСП, и всеобщего охвата услугами здравоохранения [10].

Организации здравоохранения больше, чем любые другие организации, сильно зависят от своих сотрудников. Рост и развитие любой организации зависят от наличия соответствующей рабочей силы, от ее компетенций и уровня усилий при выполнении возложенных на нее задач. Человеческие ресурсы являются стратегическим капиталом любой организации государства, особенно в обслуживающих и медицинских организациях, где различный клинический, управленческий, технический и другой персонал является основным ресурсом, позволяющим выполнять большинство медицинских вмешательств [11].

Персонал в секторе здравоохранения имеет специфические особенности, которые нельзя игнорировать. Организации здравоохранения сталкиваются с внешним давлением, которое невозможно эффективно преодолеть без соответствующей корректировки кадровых ресурсов. Таким образом, их развитие представляется важной частью производственного процесса в любой медицинской организации [10].

В РК с целью восполнения КРЗ ежегодно размещается государственный образовательный заказ на подготовку кадров здравоохранения. В последние годы в рамках проводимых работ по развитию человеческого капитала были осуществлены системные реформы:

- утверждены основные НПА, регулирующие планирование, подготовку и развитие КРЗ (*Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» и подзаконные акты в его реализации*);
- утверждены программные документы, затрагивающие КРЗ на национальном (*Национальный план развития РК до 2025 года*) и отраслевом уровне (*Концептуальные подходы развития человеческого капитала в здравоохранении до 2025 года, Государственная программа*

развития здравоохранения РК на 2020-2025 годы, Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация»);

- утверждена Национальная политика управления кадровыми ресурсами здравоохранения;
- обеспечена гармонизация отраслевых НПА и стандартов с международными стандартами и требованиями (*стандарты Всемирной федерации медицинского образования, Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 года, Глобальный Кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения*);
- в сфере медицинского образования: введена кредитная система обучения, обеспечен переход на многоступенчатую систему подготовки кадров, внедрена концепция «образование на протяжении всей жизни»;
- в развитии менеджмента и КРЗ: на всех уровнях принятия и реализации решений утверждены программы управления человеческими ресурсами, внедряются новые современные инструменты HR – менеджмента.

Тем не менее, в отрасли сохраняются проблемы как в понимании важности человеческого капитала, так и в разработке и реализации моделей его развития.

В настоящее время, в системе здравоохранения с учетом всех ведомств, общее количество медицинских работников составляет более 262 тысячи человек, из которых 76 443 – врачи, 185 757 – средний медицинский персонал. Из них, в организациях ПМСП трудятся 38 898 физических лиц, что

составляет 64% от общего числа основных работников на занятых должностях. При этом доля врачей ПМСП в городе (57%) превалирует над сельской местностью (43%).

Обеспеченность врачебными кадрами (государственные, ведомства, частные) на 10 тысяч населения составила 40,5 (2018 г. – 39,6, 2019 г. – 39,7), СМР – 98,4 (2018 г. – 95,5, 2019 г. – 96,5), это выше среднего показателя стран ОЭСР (33).

При анализе административных данных (форма 30) установлено, что дефицит в государственном секторе по незанятым должностям по состоянию на 1 января 2021 года составил 6415,5 единиц, в том числе на уровне АПО 2538,75 (40%), стационарных организаций 3876,75 (60%), в городе 5260,25 шт.ед., на селе – 1155,25 шт.ед. Показатель дефицита возрос на 38% в сравнении с 2019 годом и 72% с 2018 годом (Таблица 2.1).

В среднем коэффициент совместительства на уровне ПМСП в государственном секторе составил 1,4, при этом, коэффициент совместительства 1,0-1,3 отмечается для участковых терапевтов, педиатров, ВОП, руководители организаций, эпидемиологов; коэффициент совместительства от 1,4 и выше имеют профильные специалисты: пульмонологи, оториноларингологи, офтальмологи, онкологи, кардиологи, более 2-х ставок – психотерапевты, инфекционисты, дерматовенерологи и другие.

Такие показатели коэффициента совместительства свидетельствуют о значительной нагрузке на врачей. При этом важно отметить, что данный показатель постоянно растет и означает, что нагрузка на врачей в государственном секторе не уменьшается.

Таблица 2.1. Дефицит врачей в разрезе регионов РК (государственный сектор)

№	Регион	Дефицит врачебных кадров		
		2020	АПО	Стационар
1	Акмолинская область	-385,75	-178,50	-207,25
2	Актюбинская область	-78,50	-32,25	-46,25
3	Алматинская область	-299,25	-130,25	-169
4	Атырауская область	-143	-74,75	-68,25
5	ВКО	-277,25	-60,50	-216,75
6	Жамбылская область	-293,25	-128,00	-165,25
7	ЗКО	-334,50	-164,75	-169,75
8	Карагандинская область	-167,75	-57,75	-110,00
9	Костанайская область	-728,75	-292,50	-436,25
10	Кызылординская область	-340,75	-162,50	-178,25
11	Мангистауская область	-382,75	-192,75	-190,00
12	Павлодарская область	-124,75	-37,5	-87,25
13	СКО	-363	-165,00	-198,00
14	Туркестанская область	-285,25	-158,75	-126,50
15	г. Алматы	-369,50	-84,00	-285,50
16	г. Нур-Султан	-1655,25	-533,25	-1122,00
17	г. Шымкент	-186,25	-85,75	-100,5
18	Республика Казахстан	-6415,5	-2538,75	-3876,75

Статистические данные из информационных систем МЗРК

В динамике с 2018 по 2020 гг. (по данным ИС «ДКПН») включительно отмечена тенденция к снижению количества участковых врачей педиатров с 1907 до 1685 (на 11,6%), вместе с тем сократилось количество педиатрических участков с 2058 до 1899 (на 7,7%), а также наблюдается значительное снижение нагрузки по численности прикрепленного населения с 1 011 до 908 (на 10,2%) (Таблица 2.2).

Отмечен темп к снижению количества участковых врачей терапевтов с 1584 до 1009 (на 36,3%), незначительно сократилось количество терапевтических участков с 1 907 до 1685 (на 11,6%), а также увеличилась нагрузка по численности прикрепленного населения с 2 342 до 2 482 (на 5,9%).

Количество ВОП увеличилось с 6478 до 8141 (на 25,7%), увеличилось число участков ВОП с 7267 до 9434 (на 29,8%), а также наблюдается постепенное снижение нагрузки по численности прикрепленного населения с 1989 до 1861 (на 6,4%).

Результаты анализа проведенного исследования показали, что в виду неполной укомплектованности ВОП, участковыми педиатрами/терапевтами, оказывающими ПМСП сохраняется нагрузка на всех врачебных участках. Количество развернутых участков превышает количество физических лиц, отсюда следует, что помимо имеющейся нагрузки на своих участках, врачи продолжают работу на участках, где прикрепленное население, осталось без врача. В целом по республике в организациях здравоохранения, оказывающих ПМСП, укомплектованность врачами ПМСП неполная. Количество штатных единиц не соответствует физически занятым, что возможно отразится негативно на доступности медицинской помощи для населения. С переходом на семейный принцип работы в последние годы идет постепенное замещение участковых терапевтов ВОП, однако, несмотря, на ежегодный рост штатной численности ВОП сохраняется дефицит физических лиц.

Таблица 2.2. Количество участков и участковых врачей в разрезе регионов РК за 2018-2020 гг.

Регион	2018-2020 гг.	ЧПН	население педиатра	население терапевта	население ВОП	Кол-во участков				Кол-во врачей и нагрузка					
						Всего	Педиатри-ческий	Терапевти-ческий	Участок ВОП	Участковых педиатров	Нагрузка на педиатра	Участковых терапевтов	Нагрузка на терапевта	ВОП	Нагрузка на ВОП
Акмолинская область	2018	774 335	83 945	231 171	459 219	458	83	102	273	63	1 332	79	2 926	277	1658
	2019	783 420	84 312	221 793	477 315	491	89	101	301	64	1 317	67	3 310	266	1794
	2020	789 170	86 203	218 290	484 677	498	90	102	306	65	1 326	75	2 911	262	1850
Актюбинская область	2018	863 568	67 135	62 201	734 232	563	99	34	430	95	707	31	2 006	421	1744
	2019	878 233	74 263	54 165	749 805	623	113	29	481	103	721	28	1 934	498	1506
	2020	894 494	73 565	48 247	772 682	644	115	27	502	106	694	26	1 856	431	1793
Алматинская область	2018	2 021 502	380 038	677 835	963 629	1 221	372	336	513	360	1 056	333	2 036	457	2109
	2019	2 057 580	272 767	375 807	1 409 006	1 272	229	157	886	245	1 113	167	2 250	748	1884
	2020	2 101 211	217 501	293 505	1 590 205	1 350	233	142	975	214	1 016	124	2 367	789	2015
Атырауская область	2018	628 816	23 106	28 225	577 485	373	27	14	332	23	1 005	15	1 882	268	2155
	2019	641 528	20 677	25 669	595 182	402	25	14	363	22	940	12	2 139	309	1926
	2020	653 139	22 829	30 836	599 474	414	27	16	371	22	1 038	13	2 372	285	2103
Восточно-Казахстанская область	2018	1 397 581	140 893	396 225	860 463	827	159	174	494	140	1 006	157	2 524	482	1785
	2019	1 401 018	134 756	333 677	932 585	910	160	154	596	134	1 006	128	2 607	553	1686
	2020	1 401 371	135 482	322 239	943 650	929	159	152	618	126	1 075	135	2 387	534	1767
Жамбылская область	2018	1 117 743	107 933	137 056	872 754	671	92	58	521	92	1 173	60	2 284	415	2103
	2019	1 129 772	82 264	139 553	907 955	701	73	59	569	69	1 192	46	3 034	463	1961
	2020	1 149 016	59 611	102 543	986 862	734	69	50	615	67	890	42	2 442	461	2141
Западно-Казахстанская область	2018	673 644	15 554	3 375	654 715	387	25	1	361	22	707	1	3 375	252	2598
	2019	679 601	17 715	0	661 886	418	28	0	390	23	770	0		296	2236
	2020	686 277	21 430	2 258	662 589	429	32	1	396	25	857	1	2 258	257	2578
Карагандинская область	2018	1 419 484	104 981	205 740	1 108 763	861	129	95	637	96	1 094	102	2 017	434	2555
	2019	1 432 117	114 596	195 930	1 121 591	913	142	89	682	116	988	59	3 321	656	1710
	2020	1 436 410	113 886	191 647	1 130 877	918	142	91	685	126	904	92	2 083	643	1759
Костанайская область	2018	867 280	76 176	250 923	540 181	504	82	108	314	63	1 209	64	3 921	207	2018
	2019	870 212	85 551	248 692	535 969	529	91	108	330	68	1 258	75	3 316	240	2019
	2020	850 977	87 965	242 206	520 806	541	94	112	335	79	1 113	76	3 187	261	2020
Кызылординская область	2018	764 871	23 208	45 352	696 311	459	23	23	413	20	1 160	20	2 268	335	2079
	2019	777 651	16 718	32 862	728 071	471	18	16	437	15	1 115	15	2 191	395	1843
	2020	794 935	16 187	31 927	746 821	485	19	16	450	19	852	16	1 995	394	1895
Мангистауская область	2018	682 341	90 457	119 408	472 476	411	102	61	248	69	1 311	48	2 488	209	2261
	2019	705 439	62 147	101 173	542 119	470	81	52	337	59	1 053	41	2 468	225	2409
	2020	733 340	68 882	99 230	565 228	500	95	54	351	71	970	38	2 611	261	2166
Павлодарская область	2018	786 724	55 986	140 650	590 088	420	68	63	289	56	1 000	55	2 557	243	2428
	2019	793 835	61 485	139 623	592 727	517	79	64	374	71	866	55	2 539	352	1684
	2020	797 200	63 590	134 333	599 277	530	86	65	379	69	922	51	2 634	352	1702
Северо-Казахстанская область	2018	581 031	59 657	199 431	321 943	318	57	87	174	47	1 269	78	2 557	147	2190
	2019	580 764	63 962	201 073	315 729	349	61	94	194	52	1 230	77	2 611	176	1794
	2020	577 059	65 022	189 880	322 157	345	60	85	200	53	1 227	69	2 752	162	1989
Туркестанская область	2018	1 905 910	195 712	266 171	1 444 027	1 119	209	127	783	214	915	127	2 096	805	1794
	2019	1 905 910	195 712	266 171	1 444 027	1 119	209	127	783	214	915	127	2 096	805	1794
	2020	1 905 910	195 712	266 171	1 444 027	1 119	209	127	783	214	915	127	2 096	805	1794
г. Шымкент	2018	1 005 197	169 212	281 744	554 241	611	195	125	291	199	850	125	2 254	292	1898
	2019	1 046 670	82 030	58 834	905 806	710	131	29	550	135	608	29	2 029	561	1615
	2020	1 078 971	79 636	52 898	946 437	736	127	27	582	126	632	26	2 035	557	1699
г. Алматы	2018	1 932 039	189 161	328 462	1 414 416	1 173	201	137	835	208	909	144	2 281	864	1637
	2019	2 016 483	192 815	318 899	1 504 769	1 313	242	140	931	218	884	123	2 593	799	1883
	2020	2 053 888	220 852	285 767	1 547 269	1 382	280	132	970	262	843	123	2 323	878	1762
г. Нур-Султан	2018	1 098 854	145 758	335 153	617 943	637	135	143	359	140	1 041	145	2 311	370	1670
	2019	1 157 107	129 171	315 743	712 193	712	126	142	444	107	1 207	131	2 410	340	2095
	2020	1 205 908	111 976	251 279	842 653	746	111	115	520	103	1 087	97	2 591	400	2107
РК	2018	18 520 920	1 928 912	3 709 122	12 882 886	11 013	2 058	1 688	7 267	1 907	1 011	1 584	2 342	6 478	1 989
	2019	18 887 103	1 591 903	2 774 711	14 520 489	12 116	1 870	1 255	8 991	1 692	941	1 060	2 618	8 049	1 804
	2020	19 181 912	1 530 635	2 504 302	15 146 975	12 525	1 899	1 192	9 434	1 685	908	1 009	2 482	8 141	1 861

По участковым терапевтам сократилось число штатных единиц и, соответственно, уменьшилось число физических лиц. По участковым педиатрам штатная численность начала увеличиваться, а по физическим лицам также наблюдается снижение. Необходимо отметить, что с 2017 года внедряется «новая» модель организации педиатрической службы.

Вновь открыты педиатрические факультеты в некоторых высших учебных заведениях, и теперь участковые педиатры обслуживают детей от 0 до 5 лет. Наряду с этим остается высокой численность прикрепленного населения, обслуживаемого одним врачом ПМСП, что графически отображено ниже на рисунке 2.1.

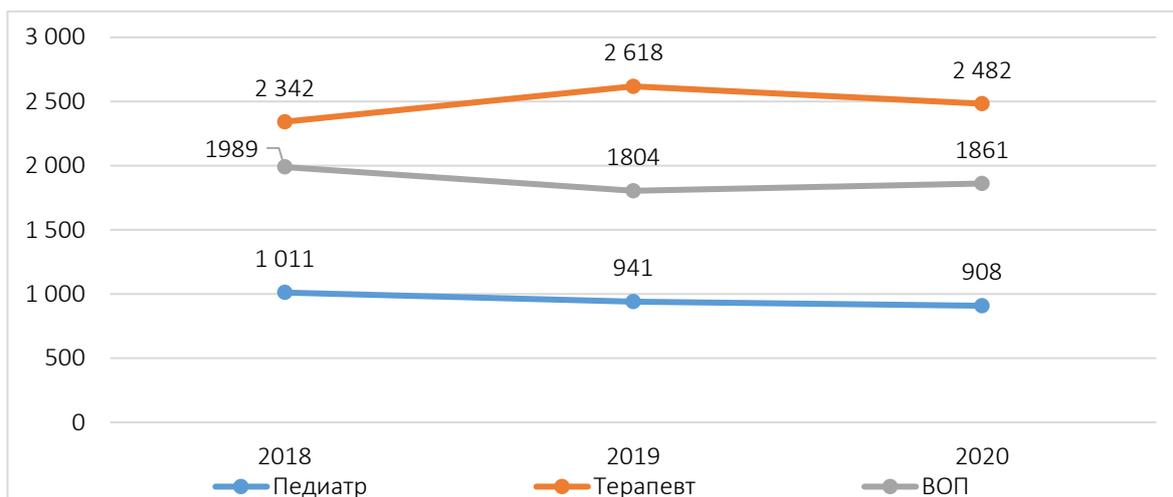


Рисунок 2.1. Динамика показателя численности населения, обслуживаемого врачами ПМСП (ВОП, участковые врачи педиатры, терапевты) (нагрузка) в Казахстане за 2018-2020 гг., абс

Важно отметить, что по итогам 2020 года количество развернутых участков (9 434) ВОП превышает количество работающих на них ВОП (врачей 8 141). Практически 1 293 участка ВОП не обеспечены врачами, что подтверждает факт дополнительной нагрузки на ВОП, в связи с совмещением работ на других участках. С постепенным переходом участковой службы на «семейный» принцип работы все больше открываются участки ВОП, соответственно снижается количество педиатрических и терапевтических участков (Рисунок 2.2.).

Доля развернутых участков ВОП с 2018 года увеличилась на 23% и составила по итогам 2020 года 75% от общего числа участков. Значительно сократилось число терапевтических и педиатрических участков.

Доля ВОП среди всех врачей ПМСП также возросла, сейчас их доля занимают большую часть среди всех участковых врачей и соответственно количество участковых врачей терапевтов и педиатров значительно сократилось (Рисунок 2.3).

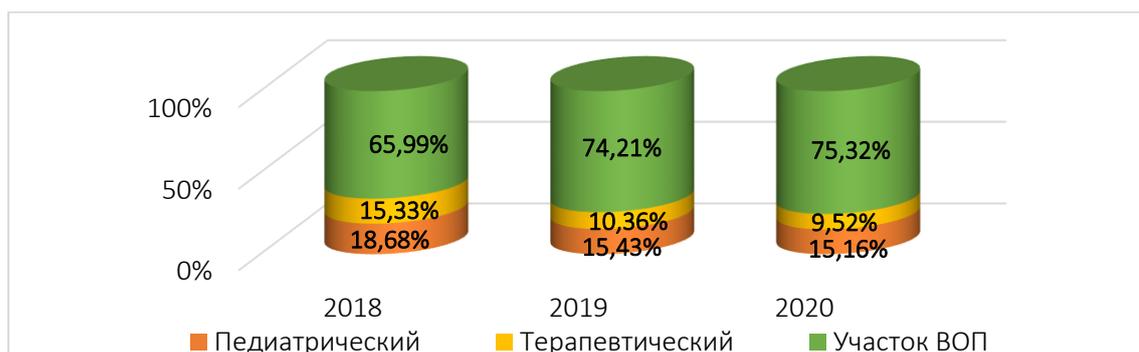


Рисунок 2.2. Доля участков ВОП от общего числа участков по РК за 2018-2020 гг.

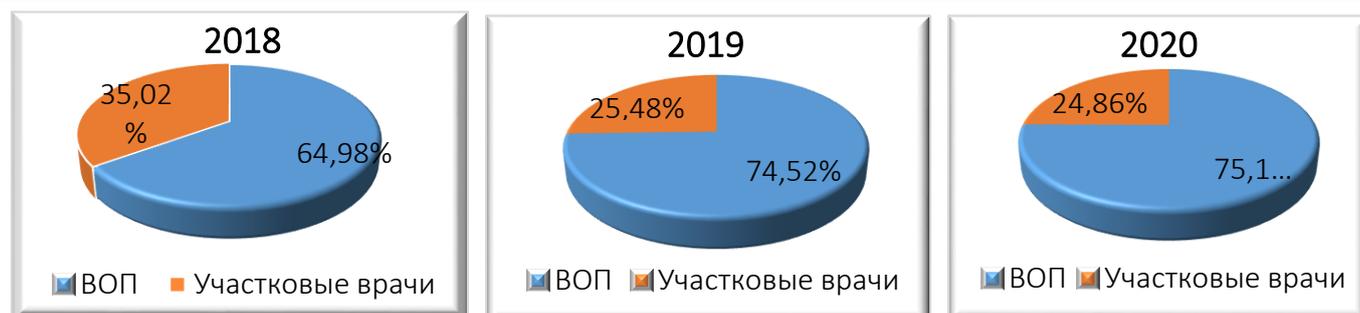


Рисунок 2.3. Доля ВОП от общего числа участковых врачей в РК за 2018-2020 гг.

Доля ВОП с 2018 года по 2020 год возросла и составила 75,1% от общей доли врачей ПМСП и соответственно уменьшилась (на 36%) суммарная доля участковых врачей терапевтов и педиатров и составила 25%. При этом, как уже было ранее изложено общее число врачей значительно ниже штатной численности.

Проведенный анализ указывает на дефицит врачей ПМСП. Масштабы этого дефицита определены путем сравнения фактической и нормативной численности участковых врачей, а также показателя численности населения, обслуживаемого участковыми врачами ПМСП в разрезе регионов.

Вместе с тем, сегодня центральная роль в обеспечении населения эффективной медицинской помощью на первичном уровне отведена врачам ПМСП и средним медицинским работникам участковой службы.

Нехватка кадров и несбалансированная нагрузка на врачей ПМСП определяют высокую актуальность вопросов совершенствования управления человеческими ресурсами на уровне ПМСП, как одного из преобразующих ресурсов деятельности организации здравоохранения и одной из составляющих операционного менеджмента.

Наличие достаточного количества медицинских кадров оказывает непосредственное влияние на развитие системы здравоохранения и качество оказания услуг. В этой связи необходимо обеспечить признание центральной роли ВОП и медицинских сестер общей практики, работа которых в нынешней текущей системе ПМСП

очень значима. Несмотря на то, что в последнее время много внимания уделяется работе организаций ПМСП, результаты анализа проведенного социологического исследования показывают, что определенная часть прикрепленного населения остается неудовлетворенной уровнем оказания ПМСП. Респонденты отмечают такие недостатки, как проблемы с записью на прием, низкое качество обслуживания, неудовлетворительная работа регистратуры, длительное ожидание очереди.

В рамках анализа текущей ситуации в кадровом обеспечении ПМСП было проведено социологическое исследование, основанное на Европейском исследовании профилей задач ВОП[12]. В опросе приняли участие 1437 специалистов из 17 регионов РК, в том числе:

- 137 (9,7%) мужчин, 1300 (90,3%) женщин,
- 134 (9,2%) специалистов частных клиник и 1314 (90,8%) государственных,
- 49% специалисты сельских клиник, 51% из городских МО ПМСП.

В опросе приняли участие 599 врачей ПМСП: ВОП (287), педиатры (138) и терапевты (174). Также опрошено 606 СМР и 234 работников социально-психологической службы.

Средний возраст врачей ПМСП составил 36,7 лет, в т.ч.:

- ВОП – 32,3 года,
- терапевтов – 41,6 лет,
- педиатров – 42,9 года.

Средний стаж работы ВОП 6,4 года.

!!! В Турции средний возраст врачей ПМСП составляет 30,6 лет, и в основном это было обусловлено тем, что всем врачам после окончания ВУЗа полагалось поработать в первичном звене сельского здравоохранения, прежде чем получить подготовку по узкой специальности. В Германии, Дании и Швейцарии средний возраст превышает 48 лет [12,13]

Из опрошенных лиц прошли профессиональную подготовку, чтобы стать ВОП в дополнение к базовой медицинской подготовке 245 из 286 (85,6%)

Казахстан относится к ряду стран, где диспетчерская система в ПМСП (на уровне ВОП) функционирует полностью, т.е. как правило, для доступа к большинству врачей-специалистов необходимо направление от ВОП. Аналогичная ситуация имеет место в Болгарии, Испании, Италии, Литве, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Румынии, Словении, Великобритании, Эстонии.

Среднее количество прикрепленного населения на 1 участке ВОП составило 1811 человек. Среднее число посещений ВОП в кабинете и на дому – 30,4. Визиты на дом в европейских странах распространены по-разному.

!!! Самое большое среднее число визитов ВОП на дом в неделю отмечается в Бельгии (37), на Мальте (28), в Германии (25), Австрии (15) и Франции (13), а самое низкое – в Португалии и Норвегии (меньше 1) [12,13]

В дополнение к очному приему в день ВОП осуществляет около 12 консультаций пациентов по телефону.

Среднее количество СМР на 1 ВОП составило 2,24. При этом 34,4% отмечают, что на участке работают 3 СМР, 32,2% – 2 СМР, 17,4% – 1 СМР, 5,4% работают без СМР.

Вместе с тем, 82% ВОП указали, что в среднем работают более 50 часов в неделю.

!!! Часы работы общей практики в Европе, за исключением возможных вызовов, варьируются

от 35 часов в неделю в Венгрии до 100 часов в неделю в сельских регионах Австрии. Среднее значение составляет 44 часа в неделю. Эти часы включают как непосредственное оказание помощи пациентам, так и другие виды деятельности. В некоторых странах часы работы подлежат обязательной регламентации, что также относится и к самозанятым ВОП, которые ведут собственную практику [12,13]

70,1% специалистов ПМСП совсем не выделяют или выделяют всего от 1 до 3 часов в месяц на повышение профессионального уровня – время на чтение профессиональных журналов, посещение курсов по повышению квалификации, научную работу.

69% врачей отмечают, что не имеют отдельного кабинета и совмещают практику с другими участками/врачами.

Среднее время, затрачиваемое на пациента составляет 21 мин. Время, которое пациенту с неострым состоянием обычно приходится ждать консультации после записи, согласно опросу, составляет в среднем 3 дня.

Встречи, индивидуальные обсуждения с узкими специалистами, специалистами стационаров, социальными работниками осуществляют от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц 87% ВОП, при этом 13% не проводят таких встреч по вопросам практики.

!!! Доля ВОП, встречающихся с узкими специалистами во время ежемесячных собраний, превысила 50% в Швейцарии, Германии, Израиле, Австрии, Греции и Польше [12,13]

Ответственность за оказание неотложной помощи, в моменты отсутствия 16% ВОП не снимают с себя, в то время, как 84% указывают, что имеются другие лица, ответственные за данный аспект.

Роль ВОП, как первой точки контакта по проблемам, связанным со здоровьем, измерялась по следующим позициям (Таблица 2.3).

Таблица 2.3. Категории пациентов, которому ВОП оказывают первую помощь, %

Категории пациентов	Как часто оказывается			
	Никогда	Редко	Обычно	Всегда
Проблемы детей				
Ребенок с сыпью	15,7%	19,9%	35,7%	28,7%
Ребенок с выраженным кашлем	13,3%	12,2%	34,6%	39,9%
Ребенок 7 лет с энурезом	18,9%	43,7%	19,6%	17,8%
Ребенок 8 лет с проблемами слуха	20,3%	43,0%	20,3%	16,4%
Ребенок, подвергшийся физическому насилию	53,1%	28,0%	12,9%	5,9%
Проблемы женщин/мужчин				
Женщина 18 лет, обращающаяся по поводу оральных контрацептивов	24,1%	39,9%	24,1%	11,9%
Женщина 20 лет, обращающаяся для подтверждения беременности	11,5%	27,3%	39,9%	21,3%
Женщина 35 лет с нерегулярными менструациями	12,2%	37,4%	33,2%	17,1%
Женщина 50 лет с опухолью молочной железы;	14,7%	42,3%	24,8%	18,2%
Женщина 60 лет с ухудшающимся зрением.	11,9%	24,1%	41,3%	22,7%
Женщина 60 лет с полиурией	12,2%	38,5%	26,9%	22,4%
Мужчина 70 лет с болью в суставах	9,4%	19,6%	38,8%	32,2%
Мужчина 29 лет с болью в нижней части спины	10,8%	28,3%	37,1%	23,8%
Острые состояния				
Мужчина 24 лет с болью в желудке	9,4%	21,3%	37,1%	32,2%
Мужчина 45 лет с болью в груди	10,5%	26,2%	33,6%	29,7%
Мужчина 50 лет с ожогом руки	19,9%	51,4%	17,8%	10,8%
Мужчина 50 лет с острой зубной болью	27,6%	43,7%	18,5%	10,1%
Мужчина 35 лет с растяжением связок голеностопного сустава	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Женщина 60 лет с симптомами паралича или пареза;	19,6%	45,5%	18,9%	16,1%
Мужчина 35 лет с растяжением связок голеностопного сустава	14,3%	43,0%	28,3%	14,3%
Мужчина 28 лет с первыми судорогами	25,2%	41,3%	20,3%	13,3%
Психосоциальные проблемы				
Женщина 50 лет с психосоциальными проблемами	35,3%	38,5%	17,8%	8,4%
Женщина 75 лет с некоторыми проблемами памяти	12,9%	25,5%	36,4%	25,2%
Мужчина 45 лет в состоянии патологического страха	32,2%	39,9%	18,5%	9,4%
Семейная пара с проблемами взаимоотношений	45,8%	36,4%	11,5%	6,3%
Мужчина с суицидальными наклонностями	57,0%	28,3%	9,4%	5,2%
Мужчина 32 лет с сексуальными проблемами	53,5%	31,5%	9,8%	5,2%
Мужчина 52 лет с проблемами пристрастия к алкоголю (алкогольной зависимостью)	38,5%	40,6%	14,3%	6,6%

Важным условием эффективного оказания медицинской помощи на уровне ПМСП является наличие достаточного оснащения медицинских организаций, и в том числе рабочего места врача ПМСП, а также фактическое использование врачами ПМСП данного оснащения в своей практике. Результаты проведенного опроса по доле применения на практике врачами ВОП отдельных видов оснащения приведены в таблице 2.4.

63,1% опрошенных врачей отметили наличие

прямого доступа к лабораторному и рентгеновскому оборудованию (не в своей медицинской организации) и возможность быстро получить результаты (в течение 48 ч.).

Ведение медицинских записей пациентов на повседневной основе осуществляют 87,5% специалистов. Наличие в распоряжении компьютера подтвердили 97%, указав, что он используется для ведения медицинских записей (91,4%), назначения ЛС (51,6%), прочих – административных вопросов (20%), личных записей (17%).

Таблица 2.4. Уровень применения врачами ВОП отдельных видов оборудования (%)

Оборудование	Ситуация в РК		Опыт применения в странах ОЭСР [12]
	Применяют	Не применяют	
Гемоглобинометр	9%	81%	!!! Широко используется в Скандинавии, Нидерландах, Швейцарии, и редко – в Бельгии, Франции, Италии, Люксембурге, Португалии и Чешской Республике
Глюкометр	53%	47%	!!! Тесты осуществляют, по меньшей мере, 70% ВОП во всех странах
Холестеринометр	42%	58%	!!! Используется редко, за исключением Австрии, Финляндии и Швейцарии
Офтальмоскоп	14%	86%	!!! Широко используется повсеместно, за исключением Чешской Республики и Польши
Отоскоп	12%	88%	!!! Стран ОЭСР, где его используют менее 70% ВОП, всего 9, и все они расположены в Восточной Европе; в других странах он используется универсально и повсеместно
УЗИ	13%	87%	!!! За исключением Финляндии, использование ультразвука для исследования органов брюшной полости или плода незначительно; в 18 странах ОЭСР он применяется не более чем 10% ВОП
Функциональные исследования			
Аудиометр	4%	96%	!!! По меньшей мере 80% ВОП в Финляндии, Швеции и Исландии применяют его на практике; и только в 13 странах ОЭСР он используется менее чем 10% ВОП
Глазной тонометр	32%	68%	!!! Широко применяется в Финляндии, Исландии, Норвегии и Швеции; в других странах используется редко
Пикфлоуметр	2%	98%	!!! Осуществляются большинством ВОП в 10 странах Северной и Западной Европы; противоположна ситуация в странах Восточной Европы, Португалии и Турции, где эти измерения осуществляются менее чем 10% ВОП
Спирограф	5%	95%	!!! Применяется 71% ВОП в Германии, но лишь 2% в Нидерландах; и только в 4 странах его используют более половины ВОП
ЭКГ	52%	48%	!!! Используется по меньшей мере 70% всех ВОП в 19 странах; наименьший уровень применения отмечен в Чешской Республике, Италии, Португалии, Румынии
Тонометр	69%	31%	!!! Применяется повсеместно
Мочевой катетер	37%	63%	!!! В 12 странах более чем 70% ВОП вставляют катетеры; только в четырех странах эта манипуляция осуществляется менее чем половиной врачей
Коагулометр	11%	89%	!!! Уровень использования его на уровне первичного звена низок, за исключением Швейцарии и Финляндии
Малый хирургический набор	11%	89%	!!! Более 70% ВОП имеют доступ к малому хирургическому набору в 18 странах; в Болгарии, Эстонии, Венгрии, Латвии и Польше большинство ВОП не имеют доступа к этому оборудованию
Шовный набор	23%	77%	!!! Ситуация, сходная с использованием хирургического набора
Дефибриллятор	17%	83%	!!! В половине стран используется редко, но в четырех странах используется большинством ВОП; уровень использования в Финляндии равен 86%

В таблицах 2.5-2.7 представлен уровень манипуляциями/процедурами, выполнения владения ВОП отдельными медицинскими отдельными мероприятий.

Таблица 2.5. Уровень выполнения ВОП отдельных медицинских манипуляций/ процедур, %

Манипуляция/процедура	Никогда	Редко	Обычно	Всегда
Клиновидная резекция вросшего ногтя пальца	60,5%	18,2%	12%	8,0%
Удаление подкожной кисты из волосистой части скальпа	70,3%	14,7%	12%	3,5%
Наложение швов на рану	56,6%	21,3%	14%	7,7%
Удаление бородавок	68,9%	15,7%	12%	3,5%
Введение ВМС	59,4%	11,5%	17%	11,5%
Удаление пятна роговой оболочки	76,2%	14,7%	7%	2,1%
Фундоскопия	76,6%	12,9%	8%	2,4%
Внутрисуставная инъекция	69,2%	15,4%	10%	5,2%
Пункция верхнечелюстной пазухи	75,5%	13,3%	10%	1,4%
Мириготомия барабанной перепонки (парацентез)	78,7%	12,2%	7%	1,7%
Гипсование	58,4%	20,3%	14%	7,7%
Внутривенные инфузии	29,0%	25,2%	25%	20,6%

Таблица 2.6. Уровень вовлеченности ВОП в выполнение отдельных мероприятий, %

Мероприятие	Никогда и редко	Обычно и всегда
Обучение населения вопросам привычек здорового питания, табакокурения, употребления алкоголя	48%	52%
Родовспоможение	79%	21%
Аntenатальная помощь	60%	40%
Программа иммунопрофилактики детей	26%	74%
Педиатрическое наблюдение за детьми до 4 лет	34%	66%
Планирование семьи/контрацепция	29%	71%

Таблица 2.7. Уровень вовлеченности ВОП в диагностику/лечение отдельных заболеваний, %

Заболевание	Никогда и редко	Обычно и всегда
Гипертиреозидизм	58%	42%
Хронический бронхит	16%	84%
Ячмень (Hordeolum)	54%	46%
Пептическая язва	55%	45%
Выпячивание грыжи межпозвоночного диска	48%	52%
Острое цереброваскулярное кровоизлияние	57%	44%
Застойная сердечная недостаточность	34%	67%
Пневмония	18%	83%
Перитонзиллярный абсцесс	64%	36%
Язвенный колит	56%	45%
Сальпингит	64%	37%
Сотрясение мозга	56%	44%
Болезнь Паркинсона	60%	40%
Неосложненный диабет II типа	29%	72%
Ревматоидный артрит	24%	76%
Депрессия	58%	43%
Инфаркт миокарда	40%	60%

61,5% ВОП получают действительное удовлетворение от работы. Чувство бессмысленности некоторых компонентов работы отметили 30%. Сохранили интерес к профессии – 40,2% респондентов. Высокий уровень загруженности излишними административными деталями отмечают 58,4% респондентов.

50% отметили, что, если бы оплата и условия были аналогичными/сходными, специалист бы предпочел не медицинскую работу. 60,8% ВОП согласились, что для их работы характерно хорошее соответствие между прилагаемыми усилиями и вознаграждением.

46,9% ВОП отмечают то, что их работа сопряжена с необходимостью множества напрасных усилий. 55,6% ВОП нуждаются в получении знаний по психологической самопомощи и самовосстановлению, профилактике профессионального выгорания.

Дистанционную работу в условиях карантина по COVID-19 76,5% ВОП проводят по телефону.

Наибольший стресс в деятельности специалистов ПМСП вызывают: высокий уровень риска заражения COVID-19 (41,3%), отсутствие предсказуемости и четкости в работе в настоящее время (26,1%), коммуникация с пациентами – 16,9%.

Интерес и удовлетворение от профессиональной работы ВОП находятся на среднем уровне. Наблюдается значительная тенденция к уходу из медицины и переключению на немедицинскую работу. Отмечается значительная неудовлетворенность отдельными аспектами работы, особенно административными требованиями и уровнем вознаграждения.

Вместе с тем, система здравоохранения в целом страдает от несбалансированности медицинских кадров, нехватки и малоэффективного использования сестринского персонала в практическом здравоохранении. Реальная кадровая диспропорция «медицинская сестра – врач» сопровождается взаимосвязанными негативными тенденциями:

➤ увеличением в медицинской деятельности врачей доли услуг, не требующих врачебной квалификации, а подлежащих выполнению хорошо подготовленным сестринским персоналом;

➤ недооценкой роли сестринского персонала в лечебном процессе, функции которого сводятся к выполнению технической работы, часто не требующей профессиональной квалификации и подготовки.

Ряд исследований, посвященных изучению взаимозаменяемости врачей и медицинских сестер, указывает на то, что медсестры с расширенным функционалом способны оказать целый спектр услуг, который обычно оказывают семейные врачи. Медсестра должна освободить врача от работы, не свойственной его квалификации, что позволит повысить эффективность и рациональность использования врачебных кадров.

Несмотря на успешные реформы в сфере подготовки медицинских сестер и завершение пилотного проекта по реформированию сестринской службы, система здравоохранения Казахстана все еще не готова в полном объеме принять специалистов сестринского дела новой формации, не все руководители организаций здравоохранения готовы менять малоэффективный традиционный сестринский процесс. Образование специалистов в области сестринского дела находится на более высоком уровне, чем востребованность специалиста сестринского дела практическим здравоохранением.

В настоящем продолжается работа по поэтапному внедрению клинических сестринских руководств, форм сестринской документации по расширенным и делегированным функциям, стандартов операционных процедур в профессиональную сестринскую практику. Однако на местах наблюдается низкая активность по внедрению стандартов сестринских услуг в практику, что связано с отсутствием понимания самостоятельной роли медицинских сестер в обеспечении доказательности сестринской практики, недостаточного вовлечения в данный процесс координаторов по сестринскому делу при УЗ областей и городов РК, а также представителей региональных ассоциаций.

2.2. Проблемные вопросы в кадровом обеспечении ПМСП

Анализируя текущую ситуацию по кадровому обеспечению ПМСП необходимо выделить следующие **проблемные вопросы**:

1. В части учета и планирования КРЗ:

- отсутствие единой информационной системы по качественному и эффективному учету кадровых ресурсов здравоохранения;
- отсутствие устойчивых инструментов прогнозирования кадров, в том числе на уровне ПМСП;
- низкий потенциал кадровых служб на уровне УЗ и организаций ПМСП в вопросах планирования и управления кадрами.

2. В части обеспеченности специалистами ПМСП:

- дефицит кадров на уровне ПМСП: ВОП, семейных врачей, участковых педиатров, медицинских сестер, социальных работников;
- кадровый дисбаланс: город/село, регионы, стационар/АПП, частные/государственные МО, гендерный, по специальностям, штатные единицы/участки;
- низкий уровень готовности выпускников медицинских ВУЗов и колледжей работать на уровне ПМСП, в сельской местности;
- низкий престиж профессий медицинских работников в целом и прежде всего нежелание врачей и СМР работать на уровне ПМСП в т.ч. из-за:
 - ✓ низкой зарплаты;
 - ✓ многозадачности (ведение МИС, динамическое наблюдение, профилактика, лечение, реабилитация, диспансеризация, ПУЗы, УПМП, педиатрия, геронтология, материнство, эпидемиологический надзор, АЛО, туберкулез и др.);
 - ✓ перегрузки пациентами и выполнение несвойственной должности работы;
- безвозвратный отток кадров из системы здравоохранения, в том числе из организаций ПМСП – в другие сферы деятельности, выезд за рубеж;

- миграция специалистов из государственных МО и сельских МО, в т.ч. с ПМСП в частные городские медицинские центры;
- эмоциональное выгорание медицинских работников на уровне ПМСП, вследствие высокой нагрузки, выполнения несвойственных функций;
- регламентирующие НПА: более 50 приказов, более 20 дорожных карт, около 35-40 индикаторов (в трех приказах);
- недостаточные и неадекватные меры социальной поддержки для выпускников ВУЗов в некоторых регионах, неэффективность механизмов удержания молодых специалистов со стороны УЗ.

3. В части системы подготовки кадров для ПМСП, уровня их компетенции, квалификации:

- недостаточное качество подготовки обучающихся в медицинских ВУЗах и колледжах для работы на уровне ПМСП;
- дефицит преподавателей-ВОП, перегрузка ВОП при совмещении преподавательской работы, низкая заработная плата преподавателей (в 2-3 раза меньше практического врача);
- отсутствие четкой Модели общей врачебной практики. Программы базовой подготовки специалистов ПМСП, система оценки знаний и навыков и программы НПР не достаточно соответствуют запросам практического здравоохранения;
- клиническими базами ВУЗов и колледжей как правило являются стационары с «тематическими» больными, подготовка в условиях организаций АПО недостаточна;
- недостаточное изучение особенностей ведения пациентов на уровне АПО и в ПМСП;
- подготовка врачей ориентирована на изучение этиологии, патогенеза, клиники и лечения широкого круга заболеваний – болезнь стала центральным объектом учебного процесса, мало часов на профилактику заболеваний, ЗОЖ,

- салиютогенез, неготовность к решению проблем пациента при взаимодействии медицинских, социальных факторов, факторов внутрисемейных отношений;
- отсутствие четкой регламентации компетенций специалистов ПМСП и требований к объему их трудовых функций, задач, умений и навыков, знаний, личностных компетенций;
 - квалификационные характеристики в нормативном акте представлены только для позиции «Врач участковый и (или) врач общей врачебной практики». Вместе с тем, не определен единый перечень компетенций:
 - ✓ семейного врача;
 - ✓ психологов;
 - неготовность медицинских организаций к трудоустройству выпускников прикладного и академического бакалавриата;
 - во многих медицинских организациях в штатное расписание не введена должность «Медицинская сестра расширенной практики».

2.3. Международный опыт кадрового обеспечения ПМСП

Для решения вопросов кадрового обеспечения ПМСП в международной практике, управление КРЗ осуществляется на следующих уровнях:

- макро-уровень: страновая кадровая политика, в том числе по структуре и процессам образования;
- мезо-уровень: эффективность функций управления кадровыми ресурсами, эффективное администрирование;
- микроуровень: условия труда и коммуникации – организация работы, культура и лидерство.

К примеру, в **Англии** среди проблем КРЗ, отмечены следующие:

- значительный дефицит сестринского персонала;
- высокая зависимость от привлечения иностранных кадров;
- сложности в привлечении персонала в общую практику (ВОП).

Планирование КРЗ в Англии включает такие компоненты, как:

- предоставление данных и информации о количестве, потребностях в обучении, а также демографическом, профессиональном развитии КРЗ;

- проведение регулярного анализа предложения и спроса на КРЗ в будущем;
- составление кадровых планов с учетом соответствия спросу.

В Англии существует годовой цикл планирования. При этом на первом этапе разрабатываются комплексные планы услуг и кадровых ресурсов на местных уровнях. Затем составляются сводные планы услуг и кадровых ресурсов, которые направляются в Стратегические управления здравоохранения.

Стратегические управления здравоохранения объединяют эти планы в единый региональный план и составляют комплексные планы услуг и КРЗ для региона, которые становятся основой для определения целевых показателей в сфере образования и подготовки кадров [12]. Министерство здравоохранения:

- выдает заказ на обучение на договорной основе студентов медицинских и стоматологических специальностей (после тщательного изучения национальными профессиональными консультативными советами);
- обеспечивает контроль качества планов Стратегических управлений здравоохранения;
- обеспечивает и распределяет финансовые средства для повышения квалификации,

образования и подготовки кадров «согласно планам».

В **Германии** выделены следующие проблемы КРЗ:

- дисбаланс навыков, например, количество медсестер по отношению количеству врачей или неквалифицированных кадров по отношению к квалифицированным кадрам;
- неравномерное распределение кадровых ресурсов по стране.

В качестве пути решения обозначенной проблемы в Германии планирование КРЗ осуществляется Объединенным Федеральным комитетом, в состав которого входят представители ассоциаций обязательного медицинского страхования врачей, представители региональных управлений здравоохранения, больниц, а также организации, которые представляют пациентов. Задачей комитета является обеспечение достаточного количества и правильного распределения врачей (ВОП и специалистов), стоматологов и психотерапевтов по всей Германии, а также отдельно в каждой из 395 административно-

территориальных единиц страны. Полномочия Комитета ограничены только созданием дополнительных вакантных мест и не могут выходить за рамки этого уровня влияния [12].

В большинстве стран грамотно подобранные мероприятия могут помочь добиться быстрых положительных результатов и устранить основные помехи. Тем не менее для подготовки кадровых ресурсов, отвечающих поставленным задачам в области ПМСП, особенно в странах, испытывающих острую нехватку таких ресурсов, необходимо принятие стратегических мер на средне- и долгосрочную перспективу, хотя некоторые краткосрочные меры также могут способствовать быстрому достижению успешных результатов.

Согласованные действия на национальном, субнациональном и местном уровнях при поддержке глобальных и региональных партнеров по развитию могут способствовать ускорению прогресса в деле обеспечения достаточных, компетентных, эффективно распределенных и многопрофильных кадров в области ПМСП.

2.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов в кадровом обеспечении ПМСП

Для решения всех вышеуказанных проблем предлагается следующий комплекс мероприятий:

1. Совершенствование системы учета и планирования кадров для ПМСП, включая:

1.1. Запуск единой информационной системы по качественному и эффективному учету КРЗ:

Необходимые шаги (на уровне МЗ РК):

- создание онлайн решения Национальной системы учета КРЗ, в т.ч. специалистов ПМСП (посредством интеграции действующей Системы управления ресурсами, баз данных учебных

заведений, ведомственных и частных медицинских организаций), обеспечивающего персонифицированный учет КРЗ и их достижений в непрерывном профессиональном развитии;

- закрепление ответственности лиц, вводящих информацию в систему учета КРЗ.

1.2. Повышение потенциала в сфере планирования и прогнозирования КРЗ:

Необходимые шаги:

- повышение институционального потенциала деятельности Обсерватории КРЗ, как Национального координатора по КРЗ;

- выстраивание эффективной системы планирования и прогнозирования КРЗ – внедрение современных инструментов и методов, в т.ч. на основе VI-решений;
- совершенствование деятельности HR-служб на уровне регионов и медицинских организаций, способных эффективно планировать и управлять КРЗ.

1.3. Нормативное закрепление вопросов прогнозирования КРЗ:

Необходимые шаги (на уровне МЗ РК):

- включение в компетенцию уполномоченного органа в системе здравоохранения права на утверждение методики прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения;
- формирование и утверждение единого подхода по определению потребности и утверждения алгоритма расчетов прогнозирования;
- учет результатов среднесрочного прогнозирования потребности в кадрах при формировании государственного образовательного заказа на подготовку медицинских специалистов.

2. Повышение уровня обеспеченности специалистами ПМСП, включая:

2.1. Принятие мер для повышения имиджа и престижа профессии медицинского работника с акцентом на специалистов ПМСП:

Необходимые шаги (на уровне МЗ РК):

- поэтапное повышение уровня заработной платы медицинских работников с акцентом на специалистов ПМСП;
- увеличение доплат за психоэмоциональные и физические нагрузки для специалистов ПМСП;
- внедрение страхования профессиональной ответственности медицинских работников, в т.ч. специалистов ПМСП;
- пересмотр функционала врачей ПМСП с исключением несвойственных функций и делегированием ряда врачебных функций

медицинским сестрам (прикладным и академическим бакалаврам).

Необходимые шаги (на уровне УЗ):

- привлечение СМИ, неправительственных организаций для формирования в обществе положительного имиджа и проведения мероприятий по повышению привлекательности медицинской профессии;
- обеспечение социально ориентированной поддержки (с акцентом на молодых специалистов, специалистов в сельской местности, малых городах, регионах) и мер по общественному признанию труда работников здравоохранения;
- внедрение эффективных механизмов управления миграцией медицинских работников.

Необходимые шаги (в организациях ПМСП):

- внедрение эффективных методов защиты медицинских работников от профессионального выгорания – на основе развития службы психологической поддержки, своевременного выявления факторов риска и профилактики.

3. Улучшение системы подготовки специалистов ПМСП, повышение их компетенции и квалификации, включая:

3.1. Пересмотр и расширение квалификационных характеристик и разработка профессиональных стандартов для всех специалистов ПМСП и внедрение их в работу организаций медицинского образования и науки, оценки знаний и навыков, организаций здравоохранения:

Необходимые шаги (на уровне МЗ РК):

- пересмотр квалификационных характеристик для должностей ВОП, медицинских сестер, социальных работников;
- введение квалификационных характеристик для семейных врачей, медсестер высшей квалификации, психологов;

- разработка профессиональных стандартов по специальностям «Общая врачебная практика», «Семейная медицина», «Сестринское дело», «Педиатрия», «Терапия», «Социальная работа», «Психология»;
- пересмотр конечных результатов обучения в ГОСО в соответствии с профессиональными стандартами (после их разработки).

Необходимые шаги (на уровне организаций медицинского образования и науки):

- пересмотр образовательных программ базовой подготовки и НПР в соответствии с профстандартами;
- усиление акцента на ПМСП в содержании образовательных программ, учебно-воспитательной работе;
- дополнительная подготовка преподавателей по специальным дисциплинам сестринского дела;
- развитие института наставничества на клинических базах по подготовке специалистов сестринского дела;
- подготовка и обучение менторов.

Необходимые шаги (в организациях по оценке):

- приведение тестовых вопросов и заданий в соответствие с действующими профстандартами;

Необходимые шаги (на уровне УЗ и организаций ПМСП):

- обеспечение трудоустройства в медицинские организации выпускников программ прикладного бакалавриата в должности «медицинская сестра расширенной практики» с введением данной должности в штатное расписание;
- пересмотр должностных инструкций и ИПР сотрудников в соответствии с профстандартами.

3.2. Пересмотр условий подготовки специалистов ПМСП (ВОП, медицинских сестер и т.д.) для обеспечения готовности работать на уровне ПМСП:

Необходимые шаги (в организациях образования):

- создание условий, чтобы концепция и принципы ОВП были как можно раньше представлены подготовке врачей;
- раннее включение обучающихся в работу на уровне организаций ПМСП для адаптации к ПМСП;
- создание обучающих центров семейной медицины (в структуре центров лучших практик).

ГЛАВА 3. ИНФРАСТРУКТУРА ПМСП

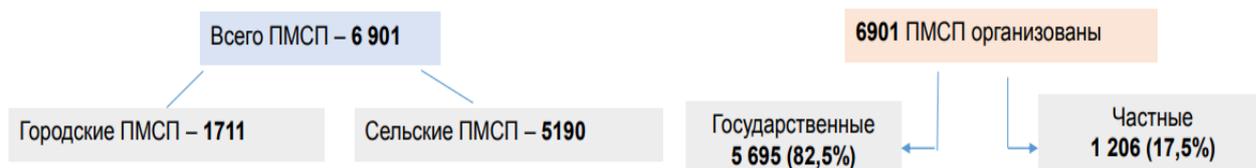


3.1. Анализ текущей ситуации в инфраструктуре ПМСП

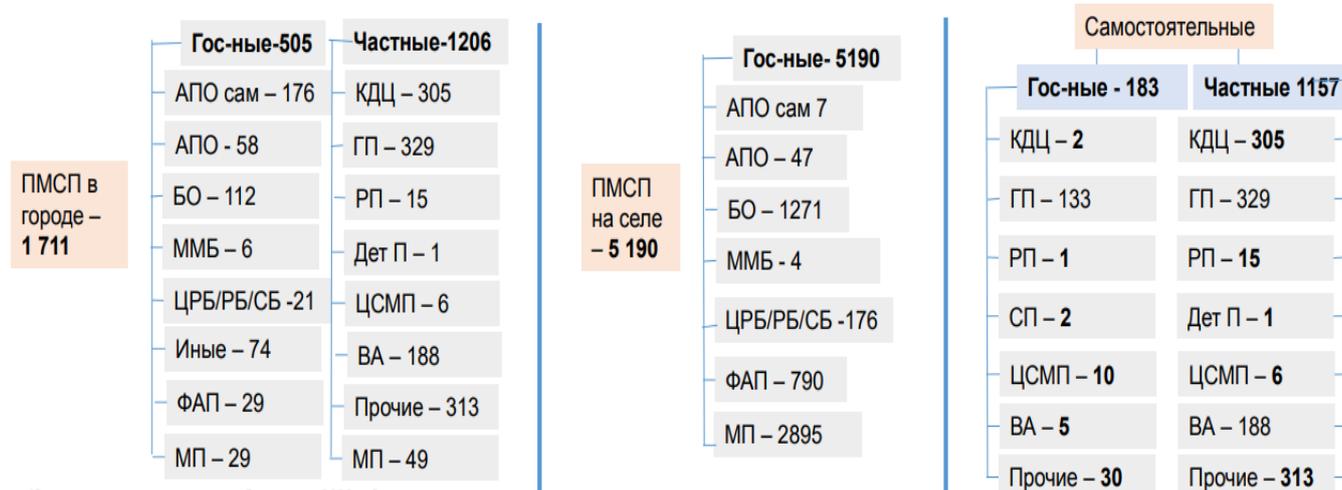
Инфраструктура здравоохранения представляет собой важный компонент структурного качества системы здравоохранения. Материально-техническая инфраструктура медицинских организаций в значительной степени влияет, как на способность поставщиков услуг здравоохранения выполнять свою работу, так и на удовлетворенность пациентов, что в свою очередь, как правило, отражается на пользовании медико-санитарными услугами. Требования к инфраструктуре и ее обслуживанию часто упускаются из виду или игнорируются, особенно в организациях ПМСП.

Ключевые элементы материально-технической инфраструктуры учреждений включают в себя надежные системы водоснабжения, канализации и удаления/утилизации отходов, средств связи и энергоснабжения [14].

В настоящее время первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению оказывают 6901 медицинских организаций, из них доля частных занимает 17,5% (1206), доля городских организаций, оказывающих ПМСП составляет 24,8% (1711) и доля сельских 75,2% (5190) соответственно (Рисунок 3.1).



Расположение ПМСП (при поликлиниках, больницах, КДЦ и самостоятельно существующие ПМСП)



Сеть объектов ПМСП представлена 6 901 медицинскими организациями, из которых 1 206 частные (17,5%):

Рисунок 3.1. Сеть организаций ПМСП в РК

Доля организаций ПМСП самостоятельных составляет 19,4%, остальные 80,6% юридически и финансово не самостоятельные, входят в состав АПО и ЦРБ (МП, ФАП, ВА, поликлиника).

Особого внимания требует инфраструктура сельского здравоохранения, на которую требуются дополнительные затраты для строительства объектов при их отсутствии, проведения капитального ремонта и

реконструкции практически в каждом сельском населенном пункте.

По РК насчитывается 6 322 сельских населенных пунктов (СНП, в том числе 859 СНП, где отсутствуют медицинские объекты). Из 859 СНП потребность в открытии объектов АПО имеется в 137 селах, из них 69 – это опорные и спутниковые села с потенциалом развития, а в остальных 722 СНП создание объектов ПМСП является нецелесообразным, это в большей части малочисленные села

с численностью населения до 50 человек, либо села, вблизи которых на расстоянии до 5 км расположена МО.

Самостоятельных организаций ПМСП на уровне села всего 7 и 1498 не самостоятельных (ВА, ЦПМСП), а также 3743 не самостоятельных объектов (пункты доврачебного приема – ФАП и МП) На сельском уровне в 5 СНП ПМСП оказывается медицинскими работниками на дому (5 медицинских пунктов без помещения) (Таблица 3.1).

Таблица 3.1. Объекты ПМСП в разрезе город/село

Регионы	ВСЕГО АПО (государственные+частные)	ВСЕГО АПО (государственные)	из них		на городском уровне			на сельском уровне			объекты ПМСП в составе			ЧАСТНЫЕ
			самостоятельные	несамостоятельные	ВСЕГО	самост	несамост	ВСЕГО	самост	несамост	ВСЕГО	ФАП	МП	
РК	6901	1952	183	1769	447	176	271	1505	7	1498	3743	819	2924	1206
Акмолинская	533	101	7	94	11	6	5	90	1	89	388	43	345	44
Актюбинская	422	124	9	115	67	9	58	57		57	210	14	196	88
Алматинская	646	305	5	300	29	5	24	276		276	321	101	220	20
Атырауская	148	79	10	69	16	8	8	63	2	61	39	11	28	30
З-Казахстанская	403	96	7	89	19	7	12	77		77	279	60	219	28
Жамбылская	416	153	8	145	18	8	10	135		135	205	53	152	58
Карагандинская	448	112	13	99	31	13	18	81		81	231	54	177	105
Костанайская	540	77	8	69	21	8	13	56		56	401	72	329	62
Кызылординская	263	126	7	119	23	7	16	103		103	116	24	92	21
Мангистауская	99	51	6	45	10	5	5	41	1	40	17	5	12	31
Павлодарская	397	84	8	76	16	7	9	68	1	67	229	22	207	84
С-Казахстанская	618	81	5	76	13	5	8	68		68	464	43	421	73
Туркестанская	735	242	4	238	37	4	33	205		205	476	264	212	17
В-Казахстанская	675	222	16	206	37	14	23	185	2	183	367	53	314	86
г.Нур-Султан	148	25	17	8	25	17	8							123
г.Алматы	365	46	37	9	46	37	9							319
г. Шымкент	45	28	16	12	28	16	12							17

По данным РЦЭЗ из ИС, по состоянию на 01.07.2021г

В сельской местности с численностью населения от 800 до 1500 человек работает один фельдшер (или медицинская сестра) и акушерка, с численностью менее 800 человек населения работает только одна медицинская сестра. Население данных поселений не имеют доступа к квалифицированной медицинской помощи (врачебной).

Остро стоит вопрос недоступности квалифицированной медицинской помощи в труднодоступных населенных пунктах, которые находятся удаленно (более 300-500 км) от

районного центра. Вопрос доступности актуален по-прежнему для малонаселенных по численности СНП, где практически отсутствует любой вид медицинской помощи, по причине отсутствия медицинских пунктов и кадров.

На текущий год оснащенность медицинской техникой объектов сельского здравоохранения составляют 71,9%, тогда как фактический износ 47,9%. Оснащение медицинским оборудованием МП, ФАП, ВА в основном устаревшее и изношенное. Для качественного оказания ПМСП требуется замена и дооснащение

медицинскими изделиями объектов ПМСП. Износ зданий/объектов ПМСП составил 53,5%.

Не менее важный вопрос отсутствия доступа к сети Интернет в организациях ПМСП на сельском уровне. На сегодня обеспечены Интернетом около 90,0% сельских медицинских организаций, за исключением отдельных регионов: в Актыубинской области - 65,6%, а в Карагандинской – только 48,2% рабочих мест. Во многих сельских районах нет скоростного интернета, оптоволоконного кабеля, в связи с чем зависят медицинские информационные системы. Недостаточно оргтехники, много устаревших и нерабочих компьютеров, принтеров. В отдаленных селах отсутствует Интернет, а на районном уровне отмечена низкая скорость Интернета.

Вместе с тем, поднимая вопрос недоступности квалифицированной медицинской помощи жителям труднодоступных населенных пунктов, встает вопрос транспортной доступности до ближайшей МО. Необходимо улучшить качество транспортных коммуникаций, так как ввиду разбросанности и удаленности сельские жители вынуждены добираться самостоятельно в районные центры или областной центр на такси, для получения медицинской помощи на платной основе. Многие откладывают посещение врачей из-за недостаточности денежных средств.

Отсутствие транспорта может стать существенной помехой для оказания помощи, усугубляющей неравенство, и, следовательно, транспорт является одним из важнейших аспектов общей инфраструктуры. У должностных лиц на местах есть несколько возможных способов решения этого вопроса, например, приобретение транспортных средств в собственность местных властей (например, машин скорой помощи), установление партнерских отношений с частными поставщиками транспортных услуг или использование субсидируемых талонов на покрытие транспортных расходов.

Согласно основным направлений развития ПМСП РК на 2018-2022 годы важнейшими направлениями в совершенствовании медицинской помощи населению должны стать перенос значительной части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный и развитие ПМСП. В поликлиниках при этом должны развиваться консультативно-диагностические службы со специализированными подразделениями, оснащенными необходимым оборудованием, позволяющим внедрять современные диагностические технологии.

Диагностика является одним из важнейших этапов в оказании медицинской помощи, под которой понимают комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий. Нарастающие негативные тенденции в состоянии здоровья населения ставят важнейшую задачу – повышение качества медицинской помощи. Широкое внедрение новых методов диагностики позволяет осуществить более раннее распознавание заболеваний, без чего невозможно их своевременное лечение.

В 2019 году населению РК было оказано 183 458 112 клинико-диагностических услуг из всех оказанных услуг 174 208 991 или 94,9% были оказаны в рамках ГОБМП. В структуре КДУ преобладал консультативный прием (51%), лабораторные услуги занимали второе место (27%), третье – выполненные процедуры и манипуляции (16%) и четвертое - диагностические услуги (6%).

В общей структуре консультативных приемов в 2019 году наибольший удельный вес приходится на врачей акушер-гинекологов, хирургов и невропатологов.

Из диагностических исследований наиболее востребовано ЭКГ исследование – 14,8%, исследование мочи общеклиническое – 13,9%, измерение внутриглазного давления по Маклакову – 13,9%, определение глюкозы в сыворотке крови ручным методом – 13,4%,

определение общего холестерина в сыворотке крови экспресс методом – 12,8% (Таблица 3.2).

Предоставление населению качественных и доступных медицинских услуг выражается в удовлетворении потребности населения, сохранении и поддержании здоровья, ранней

профилактике и реабилитации. Определение потребности населения в наиболее частых услугах в последующем может послужить отправной точкой при планировании оснащения объектов ПМСП или укомплектовании специалистами, имеющими спрос.

Таблица 3.2. Топ 10 медицинских услуг на уровне ПМСП

10 топ медицинских услуг				
№	приема специалистами ПМСП и консультаций профильными специалистами:	проведения лабораторных исследований:	проведения диагностических исследований:	проведения скрининговых исследований
1	Прием: Терапевт	Исследование мочи общеклиническое (общий анализ мочи) ручным методом	Электрокардиографическое исследование (в 12 отведениях) с расшифровкой	Обучение в профилактических кабинетах, школах оздоровления
2	Прием: Педиатр	Исследование мочи общеклиническое (общий анализ мочи) ручным методом	Эхокардиография	Офтальмоскопия (1 глаз)
3	Прием: Семейный врач (Врач общей практики)	Измерение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) в крови ручным методом	УЗИ гепатобилиопанкреатической области (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка)	Измерение внутриглазного давления по Маклакову (1 глаз)
4	Прием: Медицинская сестра со средним образованием	Общий анализ крови 6 параметров ручным методом	Диагностическая флюорография (1 проекция)	Забор мазка на онкоцитологию
5	Консультация: Акушер-гинеколог	Общий анализ крови 6 параметров ручным методом	Рентгенография черепа (2 проекции)	Перевязка
6	Консультация: Хирург	Определение аланинаминотрансферазы (АЛат) в сыворотке крови ручным методом	Ультразвуковая диагностика комплексная (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почек)	Биомикроскопия глаза (1 глаз)
7	Консультация: Оториноларинголог	Определение глюкозы в сыворотке крови ручным методом	Рентгенография зуба внутриротовая	Речевая аудиометрия
8	Консультация: Невропатолог	Определение глюкозы в сыворотке крови ручным методом	Рентгенография обзорная органов грудной клетки (1 проекция)	Забор крови из вены
9	Консультация: Офтальмолог	Определение общего холестерина в сыворотке крови экспресс методом	УЗИ акушерское во 2 - 3 триместре беременности	Анестезия инфильтративная
10	Консультация: Стоматолог-терапевт	Постановка реакции микропреципитации с кардиолипидным антигеном в сыворотке крови ручным методом	Маммография (4 снимка)	Вакцинация без стоимости препарата

Чем шире спектр услуг, предлагаемых пациентам в сфере первичной помощи, тем меньше зависимость от услуг вторичной помощи и тем крепче система ПМСП.

Возможности предоставления услуг связаны с наличием медицинского оборудования в практике врачей ПМСП.

3.2. Проблемные вопросы в инфраструктуре ПМСП

Анализируя текущую ситуацию по инфраструктуре ПМСП необходимо выделить следующие **проблемные вопросы**:

- недостаточное количество объектов ПМСП, в том числе износ зданий преимущественно на сельском уровне;

- отсутствие минимальных требований по оснащению к объектам ПМСП (ВА, Центр ПМСП, «Доктор у дома») с целью полноценного охвата населения услугами ПМСП;

- низкая материально-техническая инфраструктура (высокий удельный вес износа оснащения).
 - неполная укомплектованность санитарным автотранспортом объектов ПМСП на сельском уровне;
 - отсутствие или слабо развитая цифровизация ПМСП и ограниченный доступ к сети Интернет в объектах сельской местности.
- Вместе с тем, поднимая вопросы доступности медицинской помощи **для удаленных и труднодоступных сельских регионов**, можно отметить такие проблемы как:

3.3. Международный опыт развития инфраструктуры ПМСП

Организация инфраструктуры первичной медико-санитарной помощи играет немало важную роль в доступности услуг ПМСП для населения. В большинстве стран ПМСП организована в виде индивидуальных или групповых практик, либо более крупных групп, включающих специалистов первичной и вторичной помощи. В странах, где ответственность за первичную помощь централизована, больше распространены индивидуальные практики, чем при децентрализованных системах первичной помощи. В Австрии, Болгарии, Венгрии, Латвии, Словакии и Чешской Республике подавляющее большинство практик первичной помощи являются индивидуальными. Вместе с тем, индивидуальная практика обладает ограниченными возможностями в отношении оказания комплексной помощи [12].

Обратная ситуация в Испании, Литве, Польше, Португалии, Турции, Финляндии и Швеции, где почти все ВОП работают в группах или в составе смешанных практик. Смешанная практика в составе ВОП и врачей-специалистов принята в Германии (9%), Греции (20%), на Кипре (20%), в Латвии (8%), Литве (80%), на Мальте (20%), в Румынии (7%) и Словении (20%). Она встречается в 1% случаев или менее в Венгрии, Испании, Соединенном Королевстве, Финляндии и Чешской Республике. В отличие от ВОП, ведущих индивидуальную практику, ВОП в составе групповой или смешанной практики чаще встречаются с другими поставщиками первичной помощи и могут предложить

специальные консультации или клиники для конкретных групп пациентов [12].

Учреждения первичной медицинской помощи в Европе, как правило, хорошо оснащены, хотя в Австрии, Венгрии, Италии, Люксембурге, Мальте, Польше, Румынии, Словакии и Словении не всегда есть в наличии гинекологические зеркала, пневмотахометры, электрокардиографы, тест-полоски для анализа мочи, инструменты для зашивания ран или детские весы. В Болгарии, Дании, Венгрии, Норвегии, Польше, Португалии, Финляндии, Франции и Швеции в рамках первичной помощи предоставляется наибольший спектр услуг для пациентов (например, оказывается помощь детям с сильным кашлем, решаются вопросы контрацепции, алкогольной зависимости) [12].

Опыт организации государственной системы охраны здоровья Великобритании свидетельствует о высокой эффективности и доступности услуг ПМСП при относительно низких затратах на медицинскую помощь.

Система здравоохранения Великобритании реализует государственные гарантии и достаточно жестко регулируются государством. Доступность ПМСП неравная, отмечена низкая доступность МП сельскому населению.

Рассматривается вопрос о необходимости увеличения времени в пути и затрат в удаленных районах для посещения медицинской сестрой по месту жительства. Оказание ПМСП ориентировано на предоставление всему населению доступной и

бесплатной медицинской помощи. Основной целью системы здравоохранения Великобритании повышение эффективности предоставления пациенту медицинских услуг лучшего качества и в более короткие сроки.

Планирование помещений для амбулаторного приема в Великобритании основывается методом оценки текущей и будущей потребности, где учитывается основной спрос на первичное и повторно посещение в год. Также особое внимание направлено на увеличение объема оказания услуг ПМСП за счет сокращения потребности дорогой специализированной помощи. С этой целью

все больше обучаются ВОП новым технологиям, и профильные специалисты перепрофилируются на ВОП. Основная задача системы здравоохранения Великобритании охватить 90% посещений на ПМСП и только 10% специализированные услуги. Так как услуги профильных специалистов не входят в систему подушевой оплаты. Международные эксперты рекомендуют профильным специалистам работать при стационаре в зоне обслуживания населения, чтоб не терять практические навыки и квалификацию, а также оказывать консультативную помощь ПМСП, в составе мультидисциплинарной команды.

3.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов в инфраструктуре ПМСП

Для решения всех вышеуказанных проблем предлагается следующий комплекс мероприятий:

1. Пересмотр сети организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП в амбулаторных условиях, с внесением изменений в Государственный норматив сети организаций здравоохранения.

Так на районном уровне предлагается:

- Создание МП с численностью среднегодового населения от 50 до 500 человек (в действующей редакции от 50 до 800 чел.);
- Создание ФАП с численностью среднегодового населения от 500 до 1500 человек (в действующей редакции от 800 до 1500 чел.);
- Создание врачебной амбулатории с численностью среднегодового населения от 1500 до 5000 человек (в действующей редакции от 1500 до 10000 чел.);
- Создание Центра ПМСП с численностью среднегодового населения от 5000 до 30000 человек (в действующей редакции от 10000 до 30000 чел.);

- Введение медицинского работника либо парамедика для обслуживания на дому в сельских населенных пунктах с численностью менее 50 человек;
- Обеспечение шаговой доступности прикрепленному населению к услугам ПМСП путем разукрупнения городских поликлиник;
- Создание медицинского пункта в объектах туристской деятельности (природные объекты и природно-климатические зоны, достопримечательности, исторические и социально-культурные объекты показа и иные объекты) для оказания медицинской помощи туристам в период туристического сезона по решению МИО (требуется поправочный коэффициент к КПН).

2. Внедрение пересмотренного норматива сети организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП, для повышения доступности медицинской помощи сельскому населению.

Необходимые шаги:

- реорганизация 479 медпунктов в ФАП, из них потребуются новое строительство 271 (57%) объектов ПМСП, укомплектование медработниками (фельдшер и акушерка) в количестве 958;

- реорганизация 156 ВА в центры ПМСП, из них потребуется новое строительство 26 и укомплектование соцработниками, психологами и другие.

3. Совершенствование материально-технической инфраструктуры организаций оказывающих ПМСП, с учетом как медицинских, так и немедицинских потребностей населения, в интересах которых они работают, в том числе физических, культурных и религиозных потребностей.

Необходимые шаги:

- приобретение транспортных средств в собственность местных властей (например, машин скорой помощи),
- установление партнерских отношений с частными поставщиками транспортных услуг или использование субсидируемых талонов на покрытие транспортных расходов;
- обеспечение правильной организации КДУ, что будет способствовать повышению объемов и качества диагностики на догоспитальном этапе, расширению возможностей АПО при проведении лечебно-диагностических исследований. При открытии/создании ВА с численностью прикрепленного населения от 5-ти до 10 тысяч предлагается наряду с приемами специалистов ПМСП, предусмотреть консультативные приемы врачей хирурга и невропатолога;
- обеспечение преемственности между всеми звеньями ПМСП, что позволит исключать дублирование обследований и ведения медицинской документации, обеспечивать комплексность лечения и диагностики, объединение усилий в профилактической работе;
- концентрация и эффективное использование медицинского и технологического оборудования, расходных материалов, рациональная расстановка персонала;
- изменение внутренней структуры организации ПМСП путем создания универсальных кабинетов для приема врачей и отдельно СМР в целях соблюдения принципа конфиденциальности врачебного/сестринского и другого приема;
- пересмотр и разработка минимальных требований при создании объектов ПМСП, необходимых для качественного оказания услуг населению, и определения обязательного перечня 15-20 медицинских услуг для ПМСП;
- создание удобных зон ожидания для пациентов и посетителей, в том числе для детей, а также лиц с ограниченными возможностями.

ГЛАВА 4. ЦИФРОВИЗАЦИЯ ПМСП



4.1. Анализ текущей ситуации в цифровизации ПМСП

Сегодня в век информатизации современную жизнь невозможно представить без информационных технологий и медицину в том числе. Казахстан тоже оказался на волне цифровизации здравоохранения.

В 2013 году, с учетом положений государственной программы «Информационный Казахстан-2020», была разработана и утверждена Концепция развития электронного здравоохранения РК на 2013-2020 годы. Реализация Концепции была поддержана в государственной программе развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016-2019 годы и получила продолжение в государственной программе развития здравоохранения на 2020-2025 годы.

В текущем году Министерство здравоохранения РК осуществляет оценку результатов реализации Концепции и готовит проект новой стратегии развития цифровизации здравоохранения. В течение семи лет реализации Концепции обеспечено внедрение ИС во всех государственных медицинских организациях. С учетом этого министерство отменило обязательность ведения на бумажном носителе отдельных видов (форм) медицинской документации.

Граждане РК активно используют мобильные приложения, позволяющие записаться на прием, вызвать врача на дом, получить доступ к результатам анализов и другой медицинской информации.

На республиканском уровне созданы и активно используются для целей управления и финансирования ряд общенациональных регистров по отдельным нозологиям, видам помощи и категориям граждан (пациентов).

Разработаны и утверждены ключевые стандарты для обеспечения интеграции ИС здравоохранения. К тому же, в новой редакции Кодекса «О здоровье народа и системе

здравоохранения» предусмотрены положения, обеспечивающие дальнейшую цифровизацию с учетом защиты конфиденциальных медицинских данных.

Казахстан в короткие сроки смог внедрить ряд технологий, включая МИС и мобильные приложения для пациентов. Это было обеспечено за счет передачи данного направления в конкурентную среду, а также активной совместной работы с государственными медицинскими организациями и частными поставщиками информационных технологий.

Вместе с тем, не завершен проект по созданию на национальном уровне единой платформы, которая бы интегрировала полученную из разных источников медицинскую информацию вокруг конкретного пациента. Такая платформа нужна как для самого пациента и для врачей, оказывающих ему медицинскую помощь, так и для органов управления и финансирования. Слабо охвачена мероприятиями по цифровизации и сфера общественного здравоохранения, что особенно остро проявилось на фоне пандемии, вызванной COVID-19.

В настоящее время на уровне ПМСП используются более нескольких десятков программных продуктов. Однако лишь около 10% из них являются интегрированными МИС. Большинство из программных продуктов применимы только для определенных задач внутри медицинской организации (ведение документации, статистики, бухгалтерия, учет и т.д.). Согласно данным РГП на ПХВ РЦЭЗ, размещенным на официальном сайте организации (<http://ezdrav.kz/vzaimideistvie>) к концу 2019 года порядка 88 МИС имеют интеграцию с ИС здравоохранения, из них только 8 МИС провели частичную интеграцию с отдельными порталами, предназначенными для работы организаций ПМСП.

Всего в системе МЗ РК около 20 порталов, с которыми работает ПМСП, из них интеграция МИС проведена с 7 порталами, а остальные 13 порталов ПМСП не интегрированы и специалисты ПМСП вынуждены вносить данные из МИС в ИС вручную. Также имеется дублирование информации, вследствие недоступности данных из одной информационной системы для другой.

Порталы, интегрированные с МИС:

- ИС «Система управления ресурсами» (СУР);
- ИС «Регистр прикрепленного населения» (РПН);
- ИС «Единая платежная система»;
- ИС «Электронный регистр диспансерных больных» (ЭРДБ);
- ИС «Бюро госпитализации»;
- ИС «Электронный регистр стационарных больных» (ЭРСБ);
- ИС «Дополнительный компонент к тарифу ПМСП» (ДКПН).

Порталы, не интегрированные с МИС:

- ИС «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» (РБиЖФВ);
- ИС «Регистр острый коронарный синдром» (РОКС);
- Подсистема «Национальный регистр больных туберкулезом» ИС «ЭРДБ»;
- Подсистема «Учет больных с хронической почечной недостаточностью» ИС «ЭРДБ»;
- Подсистема «Регистр психических больных» ИС «ЭРДБ»;
- Подсистема «Национальный регистр сахарного диабета» ИС «ЭРДБ»;
- Подсистема «Электронный регистр наркологических больных» ИС «ЭРДБ»;

- Подсистема «Регистр пациентов с вирусными гепатитами» ИС «ЭРДБ»;
- ИС «Электронный регистр онкологических больных» (ЭРОБ);
- ИС «Лекарственное обеспечение» (ИСЛО);
- ИС «Система управления медицинской техникой» (СУМТ);
- Регистр «Программа управления заболеваниями».

И сегодня вопросы интеграции МИС с ИС МЗ РК выступают одной из первоочередных проблем цифровизации в здравоохранении.

С 2020 года для всех медицинских организаций обязательным условием допуска к оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и ОСМС является наличие МИС, интегрированной с ИС МЗ РК и ФСМС.

Согласно договора закупок услуг ГОБМП и ОСМС ответственность за ввод данных в МИС и их техническое сопровождение возложена на поставщика услуг, т.е. организацию ПМСП.

Необходимо отметить, что на практике организации ПМСП не располагают ИТ специалистами, которые бы смогли обеспечить постановку задач согласно требованиям и осуществлять контроль за их реализацией в МИС. Вместе с тем, в виду недостатка квалификаций у сотрудников обучение и сопровождение МИС должно быть основным условием работы к поставщикам МИС. Однако, в реальном времени, медицинские организации вынуждены заключать договор с разработчиком МИС на сопровождение МИС.

4.2. Проблемные вопросы в цифровизации ПМСП

Анализируя текущую ситуацию по цифровизации ПМСП необходимо выделить следующие **проблемные вопросы**:

- неполная интеграция между МИС организации и ИС здравоохранения;

- частые зависания МИС, что препятствует нормальной работе врача при оформлении приема и регистрации услуг;
- трудности полноценного отражения фактически оказанных услуг, когда

- медицинские работники не могут ввести услуги, в т.ч. новые (дистанционные) и корректно передать данные на оплату в ФСМС;
- несоответствие реализованных бизнес-процессов в МИС нормам обновленных приказов МЗ РК, в том числе несвоевременное обновление МИС;
 - при обращении медицинских организаций о проблемах к разработчикам МИС, заявки рассматриваются месяцами или остаются без должного внимания;
 - услуги сопровождения разработчиков МИС по рыночным ценам, которые ежегодно растут никем не регулируются;
 - отсутствие источников на закуп МИС, вместе с тем, данные расходы не включены в тарифы услуг ГОБМП и ОСМС;
 - отсутствуют тарифы на приобретение компьютерной и оргтехники. Вследствие чего возникают и инфраструктурные проблемы, включающие доступность, стоимость и качество интернета в отдаленных сельских районах, наличие хорошей компьютерной техники;
 - во многих организациях продолжают использоваться морально и физически устаревшие модели компьютеров. На селе много устаревшей медицинской техники, которая не передает результаты исследований в цифровом формате, либо использует устаревшие технологии;
 - процесс внесения данных в МИС трудоемкий, приходится путем выбора заполнять огромное количество столбцов, граф, некоторые данные нужно вначале распечатать с одного раздела, чтобы внести в другой, сделать заключение и т.д.;
 - формирование отчетности имеет свои сложности и затруднено, так как утвержденные формы отчетов с программы не формируются, некоторые таблицы выдают разные цифры. Алгоритм формирования отчетов специалистам до конца не ясен, поэтому как исправлять свои ошибки они не знают;
 - разработчик МИС не заинтересован в закреплении менеджеров по сопровождению ИС, которые бы обучали сотрудников организаций ПМСП. На практике разработчики МИС в договорах с организациями ПМСП оговаривают информационное обслуживание и техническую поддержку только дистанционно, например, через Call-центры, телефонные чаты, электронную почту. При этом, часто менеджеры МИС не могут ответить на вопрос сразу, так как не владеют ситуацией по конкретной организации, а иногда они дают разные ответы на один и тот же вопрос. Вопросы, требующие срочного решения, иногда решаются несколько дней или вообще остаются нерешенными, в итоге самим специалистам ПМСП приходится все додумывать и переделывать;
 - не проводится должное обучение по обновлениям МИС, разработчики отправляют инструкции или видео, без пояснений, специалисты ПМСП вынуждены изучать информацию самостоятельно;
 - отсутствуют единые требования к стандартизации бизнес процессов в МИС, в связи с чем, невозможно объективно оценить качество ИС. Имеет место картина разрозненности ввода и сбора информации с учетом различных МИС, которые между собой не связаны. Наличие разрозненных и зачастую несовместимых между собой программ затрудняет их взаимный информационный обмен на уровне медицинской организации, также затруднено получение консолидированной информации, необходимой для свода данных на уровне регионов или по республике в целом;
 - организации ПМСП отмечают, что сегодня МИС не полностью отвечают их ожиданиям, в части автоматизации ряда процессов и ускорения операционной деятельности специалистов ПМСП.

4.3. Международный опыт цифровизации ПМСП

Изучая опыт разных стран, мы видим, что цифровые технологии меняют современное здравоохранение, в том числе и оказывают огромное влияние на изменения оказания услуг в ПМСП.

Многие инновации в области цифрового здравоохранения были доступны в организациях ПМСП в течение некоторого времени, хотя степень их использования по-прежнему широко варьируется как между странами, так и внутри них [15]. Часто исследуют различные категории электронного здравоохранения такие, как электронная медицинская карта (96% ВОП в европейских странах используют ее в своей практике), внедрение биржи информатики в области здравоохранения, использование телездоровоохранения и личных медицинских карт [16].

Во многих странах электронные медицинские карты являются основой ПМСП, объединяя структурированные и неструктурированные данные о пациентах вместе с системами кодирования, поддержкой принятия клинических решений, электронными рецептами, электронными направлениями и другими функциями. Однако использование этих систем по-прежнему неоднородно. В то время как в некоторых европейских странах, таких как Великобритания, Швеция, Испания, Финляндия, Эстония и Дания, ПМСП была «бесбумажной» в течение многих лет и использование электронного здравоохранения среди ВОП является обычным делом.

В **Российской Федерации** необходимость внедрения цифровых инструментов в сфере здравоохранения впервые была отражена в Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации на 2017-2030 годы. В рамках данной стратегии к концу 2019 года были внедрены ИС, обеспечивающие информационное взаимодействие с Единой государственной информационной системой здравоохранения (ЕГИСЗ) и к концу

2021 года планируется внедрение ЕГИСЗ в 80% медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения. Так же система «Телемедицинских консультаций» будет доступна всем медицинским организациям государственной и муниципальной систем здравоохранения к концу 2022 года, а электронные рецепты будут доступны на всей территории страны к концу 2023 года [17].

Для сравнения, **Эстония** ввела в действие систему электронных медицинских карт в 2008 году. В 2009 году был внедрен механизм обмена медицинской информацией. К 2010 году система содержала медицинскую документацию 98% населения, и электронные рецепты составляли 98% от всех лекарственных назначений. В соответствии с законодательством Эстонии все поставщики услуг медицинской помощи как государственные, так и частные, должны загружать данные пациентов из своих собственных систем в национальную ИС здравоохранения. Это способствует обмену информацией между всеми заинтересованными сторонами, обеспечивая переход от ИС, ориентированных на учреждение, к системам, ориентированным на пациента. Каждый раз, когда медицинский работник просматривает данные пациента, это регистрируется в системе. Пациенты могут определить, кто видит их данные и имеют право потребовать разъяснения в отношении изучения его личных данных. Кроме того, эстонская платформа «Мое электронное здравоохранение» дает пациентам возможность записываться на прием к врачу и на профилактическое обследование и получать напоминания о времени приема через платформу цифровой регистрации. Система также предоставляет определенный набор услуг, включая электронные рецепты, телеконсультации, карту иммунизации,

виртуальный медосмотр и «электронную скорую помощь»

В **Финляндии** национальная ИС здравоохранения была внедрена во исполнение принятого в 2002 году решения правительства. В настоящее время электронные медицинские карты используются во всех учреждениях как специализированной медицинской помощи, так и ПМСП на местном и региональном уровне, а услуги Национального архива медицинской информации охватывают 87% населения Финляндии. В 2007 году был принят Закон Финляндии об электронных рецептах, и эта форма стала официально применяться в мае 2010 года, а начиная с 2017 года электронные рецепты стали единственным возможным вариантом для назначения лекарственных препаратов.

В **Швеции** система электронной медицинской карты в своей современной форме была официально введена в действие в 2009 году, а в 2012 году ее охват составил 100% населения страны. Интересно отметить, что в рамках пилотного проекта, который завершился в середине 2014 года, были внедрены системы приема трансграничных электронных рецептов в аптеках Швеции и Финляндии. Трудности, возникшие в ходе реализации данного проекта, в основном касались юридических и организационных аспектов. Соответственно, по результатам эксперимента были внесены необходимые изменения в действующее законодательство этих двух стран.

Австрийская национальная система Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) обеспечивает связь между поставщиками медицинских услуг, такими как больницы, частные медицинские клиники, дома-интернаты для инвалидов и престарелых, а также аптеки. В 2012 году в **Австрии** был принят Закон об электронной медицинской карте (ELGA-Gesetz), а в 2015 году эта система была протестирована, после чего началось ее развертывание в национальном масштабе. Система позволяет поставщикам медицинских

услуг обмениваться широким кругом медицинских документов, при этом ключевым компонентом ELGA-Gesetz является соблюдение прав пациентов в отношении того, как используются данные. Пациенты могут регулировать параметры доступа к своим персональным данным через центр контроля доступа. Это позволяет им видеть, кто ознакомился с их данными, и решить, следует ли им расширить или сократить доступ, либо запретить доступ к определенным данным. Законом предусмотрено, что медицинские документы, включая результаты лучевой диагностики, лабораторных исследований и выписные эпикризы, должны составляться в стандартной электронной форме. Это дает возможность обмена и распространения информации через платформу ELGA.

Проекты в области телемедицины также стали тестироваться в **Европе** достаточно давно. Так, еще в 2008 году в Соединенном Королевстве был запущен проект, в котором принял участие 6191 пациент (из них 3030 с хроническими заболеваниями) и 238 кабинетов частной практики врачей общего профиля. Результаты были проанализированы специалистами из шести университетов по пяти направлениям (уровень использования услуг, результаты оказания помощи пациентам, экономическая эффективность, субъективные впечатления участников, значение организационных факторов во внедрении услуг электронного здравоохранения), и были получены следующие результаты: сокращение тарифных издержек на 8%; сокращение уровня плановых госпитализаций на 14%; сокращение количества койко-дней на 14%; сокращение обращений в связи с несчастными случаями и необходимостью оказания экстренной помощи на 15%; сокращение уровня смертности на 45%[18].

Кроме того, 23 марта 2017 года в контексте реализации программы «Решения по обеспечению совместимости для европейских государственных администраций» (2016-2020

годы) была принята новая европейская Рамочная программа взаимодействия, представляющая собой общую структуру взаимодействия, которая может быть использована для согласования существующих или создания новых, специфичных для конкретной предметной области структур взаимодействия. Однако этих систем по-прежнему недостаточно для обеспечения трансграничного доступа к электронным медицинским картам как медицинским работникам, так и самим гражданам. Несмотря на значительные инвестиции, цифровые решения успешно тестируются в экспериментальных условиях, но их широкое внедрение происходит крайне медленно и значительно варьирует. Так, возможности граждан по доступу к своим личным медицинским данным по-прежнему сильно различаются между государствами-членами и внутри них от несуществующего в одних странах до полного доступа в других. Часто персональные данные, касающиеся здоровья конкретного гражданина, разбросаны по различным местным и национальным базам данных (например, больница, первичная медицинская помощь и другие). При этом везде используются свои форматы документов.

В недавнем докладе, подготовленном сетью электронного здравоохранения, указано, что девять стран внедрили информационные системы здравоохранения на национальном уровне, обеспечив пациентам онлайн-доступ к своим электронным медицинским данным. Семь стран заявили, что у них имеются проекты таких систем на национальном уровне и в настоящее время они реализуются. Десять стран заявили, что они предоставляют пациентам доступ к своим электронным медицинским данным через многочисленные региональные, местные или специализированные системы. Из этой группы девять стран описали текущие проекты по разработке национальной системы с функциональными возможностями доступа пациентов к своим электронным медицинским данным.

Нидерланды готовят руководящие принципы для разработки региональных систем, обеспечивающих доступ пациентов к данным электронных медицинских карт. **Кипр, Чешская Республика и Ирландия** планируют разработку и внедрение подобных систем в течение 2, 4 и 5 лет, соответственно. **Мальта** имеет онлайн-портал для врачей и их пациентов, который выполняет большую часть функций Национальной электронной медицинской карты с точки зрения доступа пациентов к информации, но также планирует начать национальный проект в течение 2–4 лет. Очевидно, что достижение заявленной цели по снижению числа людей, проходящих лечение в больницах, за счет дистанционных методов контроля состояния пациента и консультирования, невозможно без создания указанных электронных систем.

В **Канаде** запущена программа InfoWay — национальная информационная инфраструктура в сфере здравоохранения. В нее входит внедрение электронного паспорта здоровья, создание ИТ-системы, объединяющей клиники, лаборатории, аптеки и другие медицинские учреждения, создание национальных реестров, справочников и классификаторов в сфере здравоохранения, а также внедрение телемедицинских технологий.

В **Австралии** информатизация здравоохранения осуществляется в рамках проекта NEHTA (National E-Health Transition Authority). Deloitte Consulting уже подсчитала, что инвестиции в 2,6 млрд. долларов в электронное здравоохранение Австралии принесет выгоду в размере 5,7 млрд. долларов в течение 10 лет. В соответствии с отчетом организации, на данный момент 95% медицинских учреждений Австралии используют информационно-коммуникационные технологии. Таким образом, медицина будущего – это переход от медицины лечения болезни к медицине анализа состояний, предсказания болезней, устранения болезней на самой ранней стадии. Большинство экспертов отмечают, что

проявляться она будет в трех ключевых аспектах: персонализированность (подбор личной терапии на основе молекулярно-биологического анализа конкретного человека и особенностей течения заболевания), дистанционность и фокус на диагностику [19].

Вместе с тем, в отдельных странах, электронное здравоохранение в настоящее время не получило широкого распространения, таких, как Греция, Литва, Люксембург, Мальта, Румыния и Словакия [18]. Часто это связано не столько с деньгами, сколько с

профессиональной культурой, изолированной работой, отсутствием стратегии для вычислений ПМСП или множественными моделями государственного/частного сектора, которые препятствовали стандартизации.

Пандемия коронавирусной инфекции пролила дополнительный свет на эти системные проблемы и подчеркнула ценность надежных информационных систем для безопасного, точного, эффективного и скоординированного ухода [20].

4.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов в цифровизации ПМСП

Для решения всех вышеуказанных проблем предлагается следующий комплекс мероприятий:

- Разработать и утвердить единый НПА, в котором будут регламентированы требования к бизнес процессам, функционированию и использованию для всех МИС;
- Проработать вопрос финансовой и юридической ответственности поставщиков МИС за несоответствие требованиям перед организациями здравоохранения и ФСМС;
- Внедрить механизм отбора МИС и критерии доступа к рынку цифровизации в системе ГОБМП и ОСМС;
- Обязать всех разработчиков МИС иметь развернутую сеть Службы поддержки пользователей в регионах (в городах, районных центрах, до уровня села): обязательное наличие специалистов (менеджеров, технических работников и др. IT специалистов) в расчете на количество пользователей МИС;
- Представить полноценную исчерпывающую информацию в открытом доступе (на сайтах МЗ РК, ФСМС и РЦЭЗ) о перечне МИС, соответствующих требованиям к работе в системе ГОБМП и ОСМС, что позволит создать конкурентный рынок и не допустить монополизации рынка, так как организации здравоохранения будут выбирать лучшую МИС по качеству и сервису обслуживания;
- Завершить интеграцию МИС организаций здравоохранения:
 - ✓ с информационными системами здравоохранения в целях исключения дублирования работы с другими порталами без увеличения затрат на организации ПМСП;
 - ✓ между МИС, что позволит осуществлять обмен данными паспорта здоровья пациента;
- Включить расходы на цифровизацию в тарифы ГОБМП и ОСМС;
- Необходимо запустить платформу интероперабельности для объединения всех МИС;
- Проработать вопрос создания информационной платформы, которая будет устойчиво функционировать в конкурентном рынке и не будет зависеть от смены частных поставщиков МИС, что позволит организациям ПМСП менять разработчика МИС и это не отразится на работе персонала.

**ГЛАВА 5.
КАЧЕСТВО
ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ И
ДОСТУПНОСТЬ
ПМСП**



5.1. Анализ текущей ситуации в вопросах качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП

Здравоохранение в современном мире переживает значительные изменения, связанные как с его возрастающей ролью, так и с широкомасштабным внедрением новых технологий и способов лечения, что позволяет создать условия для поддержания здоровой жизни, которые прежде были недоступны.

Население получило широкий доступ к информации о своем здоровье и стало предъявлять все большие требования к качеству здравоохранения и медицинского обслуживания. Пациенты стали ожидать более удобного, комплексного, прозрачного и персонализированного медицинского обслуживания. В этой связи на первый план в вопросах организации оказания медицинской помощи выходят обеспечение качества оказания медицинских услуг и их доступности.

На 40-й Всемирной медицинской ассамблее в Вене в сентябре 1988 года было принято заявление, согласно которому доступность медицинской помощи обусловлена сбалансированностью возможностей государства и медицинскими ресурсами страны [21]. Медицинские ресурсы включают медицинские кадры, финансирование, транспорт, возможность выбора медицинской помощи, уровень образованности общества, качество и медицинские технологии.

Доступность медицинской помощи не должна зависеть от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров [22].

Географическая доступность измеряется наличием транспорта, расстоянием, временем в пути и другими обстоятельствами, которые могут препятствовать получению пациентом необходимой помощи.

Экономическая доступность определяется

возможностью получения необходимой помощи гарантированного объема и качества независимо от материального положения больного.

Социальная, или культурная, доступность относится к восприятию медицинской помощи в свете культурных ценностей пациента, его вероисповедания. Так, служба планирования семьи может быть не востребована пациентами, как противоречащая их нравственным ценностям и религии.

Организационная доступность подразумевает оптимизацию в режиме работы отдельных медицинских служб. Например, расписание работы поликлиники должно предоставлять возможность обращения в удобное для пациентов время. Недостаточное количество вечерних приемов снижает доступность для тех людей, которые работают в течение дня.

Языковая доступность означает использование в работе медицинских служб языка пациентов, обращающихся за медицинской помощью, т.д.

Качество – это характеристика медицинской помощи, которая показывает, насколько услуги, оказываемые отдельным лицам и населению, повышают вероятность достижения желаемых показателей здоровья и соответствуют текущим профессиональным знаниям.

Качество характеризуется профессиональной компетентностью, доступностью, результативностью, межличностными взаимоотношениями, эффективностью, непрерывностью, безопасностью и своевременностью.

Проведение анализа качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП в РК было проведено с учетом вышеуказанных факторов и характеристик.

Количество посещений организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП, на одного жителя в год является одним из показателей работы ПМСП. Количество посещений организаций ПМСП в период с 2018 по 2021 год сократилось на 2 623 403 (абс. чис.), при этом в период с 2018 по 2019 год отмечался рост числа посещений населения. Сокращение обращений населения в организации ПМСП наблюдается, как

к врачам ПМСП, так и к профильным специалистам. В структуре причин обращений наблюдается рост числа обращений на дому и данная ситуация вероятней связана с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по республике в связи с пандемией COVID-19. При этом наибольшее число посещений населения на дому отмечено врачами ПМСП – рост за 3 года на 1 384 205 посещений (абс. чис.) (Таблица 5.1).

Таблица 5.1. Динамика посещений организаций ПМСП

периоды	по обращаемости			по заболеваемости			по профилактическим осмотрам			на дому		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
ИТОГО (посещ. + стомат и х/р)	98152 237	99 238 557	95 528 834									
в т.ч. обращаемость к врачам	81579 597	77 245 257	75 060 747	42288 515	41405 447	41002 465	39291 082	35839 810	34058 282	73422 86	72432 20	92133 83
<i>из них:</i>												
ПМСП	41168 943	40681 504	41933 081	22025 637	22280 499	23489 650	19143 306	18401 005	18443 431	66593 65	66813 93	80435 70
профильными специалистами	40410 654	36563 753	33127 666	20262 878	19124 948	17512 815	20147 776	17438 805	15614 851	68292 1	56182 7	11698 13
<i>из них:</i>												
город	51628 656	48454 686	45416 438	27841 705	26925 195	25596 011	23786 951	21529 491	19820 427	46049 29	46530 27	61050 79
село	29950 941	28790 571	29644 309	14446 810	14480 252	15406 454	15504 131	14310 319	14237 855	27373 57	25901 93	31083 04

По данным РЦЭЗ, представленным из ИС

В целом по республике, из числа обратившихся в поликлиники число посещений к врачам ПМСП составляет 55,7% (50% в 2018 году) и к профильным специалистам 44,1% (50% в 2018 году), в динамике по итогам 2020 года наблюдается снижение посещений к профильным специалистам на 9% и рост обращений на ПМСП на 1%.

Посещения городского населения преобладают и составляют 60,5%, а посещение сельского – 39,5%, из них по поводу заболеваний количество обращений составило 54,6% (город – 34,1% и село – 20,5%) и с профилактической целью 45,4% (город – 26% и село – 19%). Пovoзpaстная структура обращений к врачам

следующая: 31,5% – дети от 0-14 лет, 5,3 % – подростки 15-18 лет и 63% – население от 18 лет и старше.

В итоге, за анализируемый период число посещений к врачам сократилось на 8%, в том числе по профилактическим осмотрам на 13,3 % и по заболеваемости на 3%, отмечается незначительный рост посещений по заболеваемости на 0,2% среди населения 18 лет и старше. На 25% увеличилось посещение на дому с 7 342 286 в 2018 году до 9 213 383 в 2020 году. Данная картина обусловлена пандемией и принятыми карантинными мерами. Вместе с тем, данная ситуация указывает на низкую профилактическую

направленность. Низкое качество профилактических осмотров, недостаточная доступность качественной медицинской помощи ведет к высокому уровню запущенных случаев заболеваний, высокой смертности от управляемых заболеваний, необоснованным госпитализациям и вызовам скорой помощи.

Количество посещений имеет тенденцию к снижению как по заболеванию, так и по профилактическим осмотрам. Значительно снизилось число посещений к профильным специалистам, в том числе сократились число их посещений на дому.

Проведенный анализ показывает достаточно низкий уровень доступности медицинского обслуживания в регионах, при этом наиболее важным представляется анализ мнений, оценок, суждений непосредственных потребителей медицинских услуг, пациентов. Фактическая доступность медицинской помощи заключается в вероятности получить медицинскую помощь разного вида и качества. Выделены ряд факторов, оказывающих влияние на доступность медицинского обслуживания.

Доход населения является одним из факторов доступности медицинской помощи, прежде всего об уровне доходов и затратах пациентов на медицинское обслуживание. Результаты проведенного рабочей группой опроса населения позволили выявить прямую зависимость обращений за платной медицинской помощью от уровня дохода пациента – чем ниже доход, тем реже население пользуется платными медицинскими услугами. Это связано с представлением населения о том, что качество платных услуг значительно выше, чем бесплатных и выступает одним из факторов, снижающим доступность медицинского обслуживания, при этом население с низким уровнем дохода становятся наиболее уязвимыми при получении медицинской помощи.

При опросе отдельными респондентами отмечены проблемы, связанные с приемом участковых врачей, ВОП. В структуре этих проблем лидирующее место занимали вопросы медленного или длительного приема врача, а также непостоянство врача, т.е. постоянная смена участкового врача, что также оказывает влияние на снижение доступности и качества медицинской помощи. Аналогичная картина с профильными специалистами, либо их нет, либо они часто меняются.

Пациенты при опросе отметили сложности при записи на прием к врачу или профильному специалисту. Вопрос записи на прием к врачу тем актуальнее, чем больше численность населения, особенно в крупных городах.

При проведении анализа качества и доступности медицинской помощи на уровне ПМСП была изучена текущая ситуация по кадровому обеспечению организаций ПМСП, как одному из значимых показателей доступности медицинской помощи.

В среднем на данный момент обеспеченность ВОП составила 68%, из них:

- 50% составили ВОП со стажем работы от 0 до 1 года;
- 30% со стажем работы от 1 года до 5 лет;
- 20% со стажем работы более 5 лет.

Преобладают ВОП со стажем работы до года.

Обеспеченность медицинскими сестрами составила – 81%, из них:

- 33 % составили ВОП со стажем работы от 0 до 1 года;
- 42% со стажем работы от 1 года до 5 лет;
- 25% со стажем работы более 5 лет.

Также было изучено качество оказания медицинской помощи медицинскими работниками как населению в целом, так и отдельной категории граждан – детям, беременным и пожилым людям.

Проведенные за последнее время исследования в разных странах показывают, что почти каждый десятый пациент страдает от негативного влияния проведенного лечения и его неблагоприятных последствий, которых можно было бы избежать. Их доля весьма велика и ее нельзя объяснить индивидуальными особенностями пациентов.

В исследовании, проведенном рабочей группой выявлена примерно такая же ситуация и выявлены следующие наиболее часто встречающиеся медицинские ошибки:

- дети до 5 лет: некачественное ведение записи в МИС, дети с заболеваниями ОРВИ – незаконченные случаи, отсутствуют активы. Ежегодные профилактические осмотры выполняются не в полном объеме;
- беременные: некачественное ведение записи в МИС, дородовые патронажи не в полном объеме, отсутствуют активы после стационарного лечения, лечение экстрагенитальных заболеваний не в полном объеме;
- женщины фертильного возраста: некачественное ведение записи в МИС, несвоевременное взятие на диспансерный учет с хроническими заболеваниями участковыми врачами, не в достаточной мере проводится прегравидарная подготовка;
- пациенты пожилого возраста: некачественное ведение записи в МИС, несвоевременное взятие на диспансерный учет с хроническими заболеваниями и отсутствие динамического наблюдения участковыми врачами;
- пациенты с ХНИЗ: бесконтрольное направление на лабораторные анализы, не проводится наблюдение за пациентом в динамике, нет контроля пациента после сдачи анализов, нет интерпретации анализов, незаконченные случаи, нет результатов лечения, страдает динамическое наблюдение диспансерных больных и выписывания льготных рецептов

данным категориям, некорректный ввод, некачественное ведение документации.

В целях оценки эффективности приема пациентов была оценена процедура приема путем проведения хронометража врачебного и сестринского приема.

Средняя длительность приема врача ПМСП занимает 1496 сек, или 25 мин. Почти 50% времени приема врачом затрачивается на заполнение медицинской документации, т.е. работу в информационных системах. При этом определено время простоя:

- на ожидание загрузки программы затрачивается – 160 сек, или 3 мин;
- на разговоры с медсестрой, не касающиеся приема – 123 сек, или 2 мин;
- лишние движения (вовремя приема выходит с кабинета по делу, кто-то из врачей заходит по делу и отвлекает, или кто-то из пациентов звонит) – в среднем затрачивается 197 сек, или 3,5 мин.

Анализ результатов исследования врачебного приема указывает на низкую эффективность приема, так как 2/3 часть времени приема используется не в интересах пациента. Время, уделяемое на пациента, составляет от 3 до 6 мин, что составляет от 12 до 24% от общего времени приема. Аналогичная картина отмечена при проведении хронометража участковых медицинских сестер. В этой связи необходимо обратить внимание на те действия врачей и медицинских сестер, которые относятся к лишним затратам, и постараться их минимизировать.

Вместе с тем, в ходе наблюдения в течение приема выявлено следующее:

- недостаточно осуществляется профилактическая работа;
- низкое качество оказания медицинской помощи по программам: ПУЗ и УПМП;
- недостаточно проводятся реабилитационные мероприятия, доступные на первичном звене;

- не применяются в работе стандартные операционные процедуры.

Также в рамках анализа проведено интервьюирование среди ВОП, которое показало следующие результаты:

- на вопрос «Что Вы понимаете под командным принципом работы?» не все врачи показали понимание значения этого термина, что естественно влияет на менеджмент работы ВОП;
- 76,3% опрошенных ВОП считают недостаточным установленной нормы времени на одного пациента – 15 минут. Причем 80% опрошенных считают, что необходимо разграничить количество времени на одного пациента в зависимости от осмотра первичного пациента или повторного пациента;
- основными причинами простоя времени при проведении приема ВОП выделили на следующие: около 50% – зависание компьютеров, около 30% – недостаточное материальное оснащение, около 20% – низкая компетентность медицинской сестры, около 10% – недостаточность знаний;
- 21,1% опрошенных ВОП оценивают качество заполнения медицинской документации на «отлично», 76,3% – на «удовлетворительно» и лишь 2,3% на «неудовлетворительно». 39,5% ВОП объяснили причину низкого качества записей медицинской документации в нехватке времени во время приема;
- 60,5% опрошенных ВОП используют клинические протоколы диагностики и лечения в своей практической работе ежедневно, 18,4% – не используют клинические протоколы только иногда и причинами этого указали: 39,5% – нехватка времени на изучение клинических протоколов; 15,8% – не устраивает качество написания клинических протоколов, из них 31,6% отметили малую информативность для оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе, 21,1% отметили, что не все, что рекомендовано

в клинических протоколах, доступно применению на практике. Также были названы и другие причины, такие как большой объем клинических протоколов, много научных терминов и не вся информация понятна;

- 23,7% опрошенных ВОП не владеют информацией по нормативным правовым актам, регламентирующим работу ПМСП;
- ситуация дефицита и текучести ВОП была объяснена следующими причинами:
 - ✓ с каждым годом увеличивается нагрузка на ВОП (туберкулез, онкобольные, инвалиды, т.д.) (45%);
 - ✓ узкие специалисты практически ни за что не отвечают, за все отвечают ВОП (18%);
 - ✓ политика руководства направлена на поддержку жалобщиков, в итоге это мешает работе (15%);
 - ✓ политика страны направлена на наказание за любую ошибку, в работе ПМСП больше возможности сделать ошибку (5%);
 - ✓ несоответствие уровня зарплаты труду и психоэмоциональному выгоранию ВОП (17%).

Также проведена оценка степени удовлетворенности населения услугами ПМСП, включая оценку качества предоставляемых услуг путем анкетирования населения в онлайн формате. Всего в опросе приняли участие 437 респондентов. Возраст респондентов составил:

- 39,82% - 18-39 лет,
- 50,57% - 40-60 лет,
- 9,61% - старше 60 лет.

По половому признаку: больше всего ответили на вопросы жители женского пола, их доля составила 86,47%, а мужского пола – 13,53%. Все респонденты – жители города.

Своего участкового врача (ВОП) знают 77,52% из числа опрошенных, 22,48% респондентов – своего участкового врача не знают. Записаться на прием к врачу при первичном обращении удалось у 71,95% респондентов, у 28,05% респондентов – не удалось.

На вопрос «Сколько времени в днях Вы ожидаете приема врача?»:

- 42,63% респондентов ответили, что не ожидают и на прием к врачу попадают в день обращения;
- 20,74% – ожидают 1 день;
- 14,75% – ожидают 3 дня;
- 21,89% – больше 3-х дней ожидают.

На вопрос «Удовлетворены ли Вы организацией медицинской помощи в поликлинике, к которой Вы прикреплены?»:

- 37,21% респондентов ответили, что полностью удовлетворены;
- 25,57% – больше «да», чем «нет»;
- 19,63% – больше «нет», чем «да»;
- 15,30% – не удовлетворены;
- 2,28% – затрудняются ответить.

На вопрос «Сколько Вы затрачиваете времени на ожидание приема врача в очереди?»:

- 30,05% респондентов ответили, что заходят на прием по назначенному времени, не ожидают;
- 30,96% – ожидают в среднем 30 минут;
- 20,41% – ожидают до часу;
- 11,70% – ожидают свыше 2-х часов;
- 4,82% – не попадают на прием в день обращения;
- 2,06% – затрудняются ответить.

На вопрос «Удовлетворены ли Вы качеством приема участкового врача?»:

- 48,05% из опрошенных ответили, что удовлетворены;
- 38,16% – частично удовлетворены;
- 11,49% – не удовлетворены;
- 2,30% – затрудняются ответить.

На вопрос «Сколько времени в днях Вы проходили диагностическое исследование со дня назначения?»:

- 21,56% респондентов прошли обследование в день обращения;
- 37,39% – в течение 1-3-х дней;
- 18,12% – в течение 3-7 дней;
- 18,35% – свыше 7 дней;
- 4,59% – затрудняются ответить.

На вопрос «Врачи и медсестры относились к вам вежливо и уважительно, отвечали на все вопросы, заботились о вашем состоянии»:

- 70,78% респондентов ответили утвердительно;
- 19,63 – ответили «редко»;
- 8,22% – ответили «нет»;
- 1,37% – затрудняются ответить.

На вопрос «Проводили ли медицинские работники с Вами беседу о состоянии вашего здоровья, диагнозе, назначениях, способах применения и побочных действиях лекарственных препаратов или других методах лечения и профилактики?»:

- 49,77% респондентов выбрали ответ «да, проводили, я получил достаточно полную информацию»;
- 31,05% – выбрали ответ «беседа была краткой, нуждаюсь в дополнительной информации»;
- 19,18% – выбрали ответ «нет, мне ничего не объясняли».

На вопрос «Приходилось ли Вам в данной медицинской организации оплачивать за медицинские услуги или лекарственный препарат, входящий в перечень ГОБМП?»:

- 24,03% респондентов ответили, что «да, приходилось»;
- 57,21% – ответили «нет»;
- 18,76% – ответили, что не знают, что входит в ГОБМП.

На вопрос «Удовлетворены ли Вы в целом результатом оказанной медицинской помощи (качеством обслуживания) в медицинской организации, к которой прикреплены?»:

- 47,14% респондентов ответили, что удовлетворены;
- 37,07% – частично удовлетворены;
- 15,56% – не удовлетворены;
- 0,23% – затрудняются ответить.

На вопрос «Порекомендуете ли Вы данную медицинскую организацию Вашим родным, друзьям?»:

- 39,04% респондентов ответили, что да, порекомендуют;
 - 25,34% – скорее «да», чем «нет»;
 - 20,32% – скорее «нет», чем «да»;
 - 15,30% – нет, не порекомендуют.
- 3,24% – знаю, но отказались участвовать в ПУЗ;
 - 50,69% – не знают о ПУЗ;
 - 2,78% – затрудняются ответить.

Наиболее предпочтительный способ записи к врачу был выбран:

- 47% – запись через регистратуру по телефону;
- 10,60% – запись путем посещения медицинской организации;
- 5,07% – запись к врачу через электронное правительство (egov.kz);
- 4,84% – онлайн-запись к врачу напрямую через сайт;
- 32,49% – онлайн-запись на прием к врачу через мобильное приложение.

На вопрос «Оцените, пожалуйста, в целом уровень доступности медицинских услуг для Вас и Вашей семьи в вашем населенном пункте»:

- 35,09% оценили – высокая, медицинские услуги в полном объеме доступны
- 48,39% – средняя, медицинские услуги доступны в ограниченном объеме
- 14,91% – низкая, медицинские услуги практически не доступны для населения;
- 1,61% – затрудняются ответить.

На вопрос «Знаете ли Вы о Программе управления заболеваниями (ПУЗ) и получали ли Вы консультацию для участия в ней?»:

- 22,92% респондентов ответили, что знают и участвуют в ПУЗ;
- 20,37% – знают, но еще не решили подключиться к участию в ПУЗ;

На вопрос «Знаете ли Вы о патронажных медсестрах, оказывающих услуги беременным и семьям с маленькими детьми, находящимся в группе риска и нуждающихся в особом внимании?»:

- 42,09% респондентов, ответили, что знают и получили помощь и консультацию;
- 17,91% – знают, но им не были предоставлены услуги;
- 38,37% – нет, не знают;
- 1,63% – затрудняются ответить.

На вопрос «Знаете ли Вы о наличии социальных работников в Вашей поликлинике и получали ли Вы их консультации?»:

- 26,38% респондентов ответили, что знают и получили помощь и консультацию;
- 33,49% – знают, но еще не пользовались их услугами;
- 39,45% – нет, не знают;
- 0,69% – затрудняются ответить.

На вопрос «Знаете ли Вы о наличии психологов в Вашей поликлинике и получали ли Вы их консультацию?»:

- 24,37% респондентов ответили, что знают и получили помощь и консультацию;
- 37,01% – знают, но еще не пользовались их услугами;
- 37,93% – нет, не знают;
- 0,69% – затрудняются ответить.

5.2. Проблемные вопросы качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП

Анализируя текущую ситуацию в области обеспечения качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП необходимо выделить следующие **проблемные вопросы**:

1. Снижение доступности медицинской помощи, причинами которой являются:

- трудности с записью на прием, длинные очереди на прием к участковому врачу и профильному специалисту;

- длительность прохождения плановых КДУ (в том числе при плановой госпитализации);
- отсутствие постоянного участкового врача/ВОП, закрепленного за участком;
- отсутствие профильных специалистов (кардиолог, эндокринолог и другие) при необходимости осмотра пациентов в рамках динамического наблюдения и ПУЗ.
- низкая компетентность медицинского работника;
- зависание МИС;
- привлечение врачей на какую-либо другую срочную работу;
- отсутствие на практике делегирования полномочий (отдельных функций) от врача СМР.

2. Не соответствие подготовки ВОП и СМР в условиях высшей школы требованиям практического здравоохранения, причинами которого является следующее:

- стандарты (ГОСО) не предусматривают подготовку ВОП в соответствии с требованиями практического здравоохранения;
- не все преподаватели понимают и принимают философию семейной медицины;
- недостаточное количество преподавателей, прошедших обучение новым подходам в подготовке академических и прикладных бакалавров сестринского дела;
- отсутствие собственной университетской больницы у большинства ВУЗов.

3. Нехватка времени на прием одного пациента для качественного оказания медицинской помощи, причинами которой является следующее:

- первичные пациенты, беременные, трудные пациенты требуют больше 15 мин времени на приеме;

4. Недостаточное ресурсное обеспечение ПМСП, причинами которых является следующее:

- дефицит кадров на ПМСП, в частности врачей и СМР;
- неправильная организация работы ВОП (ВОП больше как сортировщики);
- высокая нагрузка на 1 врача ПМСП;
- недостаточное материальное оснащение организаций ПМСП.

5. Низкое качество оказания медицинской помощи, низкое качество ведения медицинской документации, причинами которого является следующее:

- низкая квалификация медицинских работников;
- неумение вести грамотно медицинскую документацию;
- высокая нагрузка на 1 врача ПМСП;
- большое количество отчетов, много времени уходит для работы в информационных системах.

5.3. Международный опыт обеспечения качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП

Во **Франции и Германии** развивается комплексная модель интегрированной медико-социальной медицинской помощи, начиная от вызова скорой помощи до госпитализации, последующей реабилитации и организации ухода по месту жительства. Подобная практика предполагает переход от разрозненных медицинских организаций к интегрированным медицинским сетям, объединяющим

первичное, специализированное и неотложное звенья медицинской помощи, а также комплексные социальные услуги, включая долгосрочный уход [23].

В **Великобритании** ядром ПМСП являются сети местного медицинского обслуживания, которые включают ВОП, медсестер и сиделок, работающих совместно с врачами и при необходимости привлекающих узких

специалистов и органы социальной защиты. Такая организация обеспечивает оказание медицинских услуг, ориентированных на пациента, доступных в пределах района его проживания. Подобная интегрированная сеть медицинских и парамедицинских специалистов позволяет решать полный спектр задач, связанных с сохранением здоровья, с которыми сталкиваются пациенты, включая получение квалифицированных консультаций по поддержанию здорового образа жизни, организацию диспансерного наблюдения при хронических заболеваниях, госпитализацию при их обострениях, получение государственных льгот, привлечение служб социальной помощи и волонтеров [24].

В **Ирландии** политика «каждый контакт важен» подразумевает максимальную насыщенность каждой встречи пациента с ВОП (проверка всех параметров, направления к другим врачам и т.д.). Проактивность ВОП достигается за счет стимулирующих мер, включающих дополнительные вознаграждения [25].

Подходы к оказанию медицинской помощи в **Сингапуре** и Ирландии считаются одними из наиболее эффективных практик. ВОП в Сингапуре отличаются оперативностью: существует возможность обращения к врачу в течение 1-2 часов. Также Сингапур добился значительных успехов в диагностике онкологических заболеваний, улучшив показатели пятилетней выживаемости при раке на 10-20% за счет его выявления на ранних стадиях. Подобные результаты достигнуты за счет комплекса мер, включающих регулярные медиакампании, направленные на повышение осведомленности жителей о важности своевременной диагностики (Cancer Awareness Week), и стимулирования регулярного прохождения тестов для раннего выявления рака. В СМИ и социальных сетях (Instagram, Facebook) проводятся целевые кампании по четырем основным видам рака (рак груди, рак печени, рак шейки матки, рак толстой и прямой кишки). К участию в них привлекаются

знаменитости, в том числе имеющие опыт борьбы с заболеванием. Такие целевые кампании проводятся раз в квартал, по каждому из четырех видов рака один раз в год. Во время проведения кампаний всем жителям предлагается бесплатная диагностика. Например, для анализа кала на скрытую кровь можно получить пробирку с предоплаченной маркой для отправки в лабораторию по месту жительства [25].

В **Великобритании** в целях повышения эффективности профилактики и (или) лечения заболеваний пациенты распределяются по нескольким группам:

- полностью здоровые люди,
- здоровые люди с нездоровыми привычками,
- люди с хроническими заболеваниями в начальной фазе,
- люди с множественными хроническими заболеваниями,
- пациенты в конце жизни.

Для каждой из групп применяется адресный подход. Для населения из первых двух групп используется стратегия поддержания здорового образа жизни или избавления от вредных привычек. При этом ВОП играет роль координатора и активного агента изменения поведения прикрепленного пациента в отношении собственного здоровья. Для реализации программ профилактики и диспансерного наблюдения пациентов из третьей группы используются регистры заболеваний, а также специальные протоколы по тому, как подходить к регулярным осмотрам и лечению. К пациентам из четвертой группы применяется методика «управления кейсом» каждый случай анализируется отдельно, составляется план, координируются действия, и оценивается результат [26].

В **США** первичный прием больного на первом этапе осуществляет средний медицинский персонал (медсестра или ассистент врача), измеряющий и регистрирующий в электронной системе медицинских записей основные

показатели здоровья, симптомы, жалобы пациента, принимаемые препараты. Дальнейший прием, в зависимости от конкретного случая, ведет специалист более высокой квалификации. Это позволяет оптимизировать бремя административной работы и сконцентрировать внимание врача на мерах по дальнейшей диагностике и лечению [23].

Во многих странах в последние годы стала набирать популярность практика бесплатной диагностики в аптеках. Несмотря на то, что изначально целью аптек является в первую очередь привлечение посетителей, это позволяет значительно повысить информированность жителей о своем здоровье и вовремя распознать наступление заболевания на ранних этапах, до возникновения. Например, в аптеках Парижа предлагается широкий спектр услуг диагностики, в том числе измерение артериального давления, степени ожирения, уровня глюкозы, параметров диабета и др. Данная практика популярна не только в развитых странах: 25-30% аптек в Мехико предоставляют бесплатные или недорогие медицинские консультации. Распространенной практикой в первичной помощи являются программы регулярной бесплатной диагностики на рабочих местах. Законодательством в Париже установлен обязательный детальный медицинский осмотр раз в год или два года в зависимости от типа работы: проводится анализ крови, мочи и другая диагностика. В случае не прохождения осмотра работодатель получает штраф. Большинство работодателей в Берлине имеют своего доктора в штатном расписании и предлагают сотрудникам проходить ежегодную общую диагностику [27].

Профилактические акции в общественных местах также стали часто применяемым инструментом. К примеру, в Москве стало популярным проведение профилактических акций в общественных местах. Например, в 2017 г. в них приняли участие 486 тыс. чел. В

частности, в рамках акции «Пuls города» на станциях метро работали передвижные пункты диагностики, где вели прием врачи московских медицинских клиник (измерение АД, анализы, УЗИ, электрокардиограмма). А в Париже располагается ряд общедоступных центров для бесплатной диагностики туберкулеза и болезней, передающихся половым путем.

Развитие практики телемедицины способствовало увеличению доступности медицинской помощи. 3,5 млн жителей Лондона получили круглосуточный доступ к первичной помощи на своих смартфонах. Проект mHealth был запущен NHS. Бесплатная программа под названием «GP at Hand» позволила отбирать пациентов при выявлении у них симптомов в мобильном приложении, а затем направить на виртуальный визит к врачу в течение двух часов. В Великобритании также были созданы киоски в аптеках, которые соединяют людей с врачом через видеосвязь. Киоски снабжены диагностическим оборудованием, включая тонометр, стетоскоп, пульсометр, термометр и камеру, которая помогает врачу провести осмотр горла и ушей пациента. Врач при необходимости может выписать рецепт.

Обучение граждан медицинской грамотности с детского возраста также играет существенную роль в сохранении здоровья. В Лондоне программы грамотности школьников для увеличения осведомленности в вопросах здоровья являются обязательными. В Париже для повышения медицинской грамотности среди населения доктора работают вместе с учителями в школах.

В России, в целях повышения операционной эффективности поликлиник, улучшения качества медицинской помощи, соблюдения требований по доступности медицинской помощи и удовлетворенности пациентов реализованы проекты «Московский стандарт поликлиники» и «Московский стандарт детской поликлиники».

Результатом программ стало снижение непродуктивной нагрузки на медицинский персонал, улучшение доступности первичной медицинской помощи, повышение качества

обслуживания пациентов, повышение комфорта и удовлетворенности пациентов при посещении, также снизилось время ожидания пациентов в очереди на прием [27].

5.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП

Для решения всех вышеуказанных проблем предлагается следующий комплекс мероприятий:

1. **Повышение доступности медицинской помощи на уровне ПМСП**, включая:

- оптимизацию системы предварительной записи пациентов на прием, на диагностические исследования;
- оптимизацию времени приема врача;
- пересмотр функциональных обязанностей специалистов ПМСП;
- пересмотр работы профильных специалистов, в части определения ответственности за пациентов в ПУЗ, на динамическом наблюдении для определенных группой пациентов с тяжелой формой заболевания. Семейный врач должен знать многое, но знать глубоко все заболевания он не может;
- внедрение новых компетенций и ролей специалистов сестринского дела, ведение самостоятельного приема СМР;
- применение мотивационных механизмов для привлечения и удержания кадров ПМСП;
- передача паллиативной помощи профильной службе (по опыту развитых стран семейные врачи не занимаются паллиативными пациентами).

2. **Обеспечение подготовки ВОП и СМР в условиях высшей школы требованиям практического здравоохранения**, включая:

- пересмотр ГОСО по подготовке семейных врачей соответственно требованиям

практического здравоохранения, либо путем внедрения Глобальных стандартов постдипломного обучения семейных врачей (WONCA);

- смещение акцента на профилактическую медицину, на освоение практических навыков при обучении ВОП, особенно на этапе интернатуры и резидентуры;
- включение в программу подготовку семейных врачей предметов по менеджменту, экономике (участковый врач должен уметь планировать свою работу, проводить SWOT-анализ, знать принципы менеджмента – организации работы на участке, иметь базовые знания по экономике, чтобы грамотно назначать анализы, ЛС, понимать их стоимость);
- установление требования для преподавателей семейных врачей по наличию опыта работы в ПМСП (а не в стационарах) не менее 3-х лет (включить в квалификационные требования);
- включение стандартизированных модульных образовательных программ по всем делегированным функциям в программы прикладного и академического бакалавриата по сестринскому делу, программы повышения квалификации специалистов сестринского дела, в том числе по внедрению клинических сестринских руководств и СОП, 16 учебных модулей ЮНИСЕФ;
- разработку перспективного плана повышения квалификации преподавателей ВУЗов (в том числе высших медицинских колледжей) по обучению новым подходам в

подготовке академических и прикладных бакалавров сестринского дела с применением научного компонента и доказательной сестринской практики;

- разработку анкеты на соответствие профессии медицинского работника по личностным характеристикам, мотивациям (профессиональная пригодность);
- организация работы медицинских школ или медицинских классов при школах, где учителями должны выступать медицинские работники.

3. Увеличение времени на прием одного пациента для качественного оказания медицинской помощи, включая:

- пересмотр нормы времени приема пациентов: на первичный осмотр пациента – 20 минут; на первичный осмотр беременной – 30 минут; на повторный осмотр пациента – 15 минут, или увеличить время в среднем до 20 минут на прием одного пациента;
- создание условий для повышения компетентности медицинского работника (заведующий отделением и главный врач должны быть заинтересованы);
- разделение приема врача и медицинской сестры участка (прием в отдельных кабинетах);
- проведение работ по делегированию части полномочий от врача к медицинским сестрам на практике;
- пересмотр операционной деятельности работы специалистов организаций ПМСП.

4. Повышение качества оказания медицинской помощи, качества ведения медицинской документации, включая:

- повышение квалификации медицинских работников путем обучения на местах. Для этой цели предлагается на базе поликлиник с большой мощностью организовать научные отделы из числа кафедральных работников, которые бы и занимались повышением квалификации и обучением

медицинских работников научной компетентности;

- разгрузку медицинских работников путем передачи ряда медицинских услуг, к примеру, скрининговые исследования, школьную медицину в аутсорсинг;
- пересмотр поводов обращений к врачу ПМСП путем передачи отдельных функций СМР, не требующих участия врача;
- проведение ревизии заполняемых врачом ПМСП медицинской документации в бумажном и электронном варианте, в том числе в МИС и ИС МЗ РК;
- внедрение клинических сестринских руководств, стандартов операционных процедур и сестринской документации в сестринскую практику;
- проведение регулярного обучения специалистов ПМСП компьютерной грамотности, работе в информационных системах на рабочем месте;
- исключение или изменение действующих Комитетов по контролю качества, внедрение Комитетов управления качеством, так как согласно мировой практике необходимо помогать МО выявить проблемы и совместно разработать пути решения, а функции по контролю и наказанию искоренить.

5. Актуализация индикаторов для оценки качества и доступности ПМСП, включая:

- разработка единого документа, где будут указаны параметры доступности и качества медицинской помощи, способы их измерения;
- разработка единой индикаторной системы для оценки деятельности МО в целом;
- разработка индикаторов, которые будут прослеживаться по всему пути допуска МО к оказанию медицинских услуг;
- разработка связанных индикаторов, которые смогут оценить оказываемую помощь в целом. Пример связанных индикаторов и ожидаемые результаты от индикаторной оценки представлен в таблице 5.2.

Таблица 5.2 «Пример связанных индикаторов (летальность от БСК)»

Индикаторы	Амбулаторно поликлиническая помощь						Скорая помощь		Круглосуточный стационар		
	Структуры	ИС, МИС, интеграция РПН	Кадры: кардиолог, невропатолог (СУР)	Холтер, СМАД, ЭХОКГ (СУМТ)	Лаборатория	Служба скорой помощи 4 категория	Аптека (ИСЛО)	Количество бригад, реанимобилей	Наличие препаратов для тромболиза – наркотиков, антиаритмических препаратов	Приемный покой наличие триажа системы	Инсультные центры, нейрохирургии, КТ, нейронавигация
Процесса	скрининг	ПУЗ, РДБ, РОКС	КДУ	Реабилитация III этапа (ДС, стационар на дому)	Обеспеченность АЛО состоящих на учете по классам нозологий		Доля вызовов к пациентам: состоящим на ДУ Доля проведенного системного тромболиза		Н/х активность при остром инсульте «Время от двери до иглы», «Время от двери до КТ»	Операции при инсульте II и III уровня, %	
Результата	100% охват	Больные с протезированными клапанами сердца 105-109, 134-39-100% Больные с трансплантацией сердца и с искусственным левым желудочком - 100% Больные с кардиохирургическими операциями, согласно перечня по МКБ 9 – 100% В остальных случаях не менее 90%					Время доставки пациента в течение 40 мин. От вызова СМП, %		Уровень летальности со снижением на%		

По данным представленным ФСМС

Связанность и комплексность индикатора, непрерывность процессов при мониторинге медицинской помощи при БСК; показатели и данные индикаторов на этапе скорой помощи и круглосуточного стационара, служат для контроля достоверности данных индикаторов на уровне ПМСП и наоборот.

Например, смертность от инсульта на дому в течение 1 месяца после выписки из стационара может служить примером обратного индикатора. Доля пациентов с мерцательной аритмией, перенесших ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку, получающих при выписке антикоагулянтную терапию, доля лиц, взятых на учет после перенесенного инсульта. Индикаторы будут оценивать, как службу ПМСП, так и использованы для проверки достоверности индикаторов другой службы.

Результаты индикаторной оценки:

- обеспечение доступности медицинской помощи;
- наполнение МИС и ИС МЗРК медицинскими данными потребителей, которые необходимы для принятия управленческих решений внутри самой МО;
- преемственность между ПМСП и другими службами (необходимо наладить

- постоянный мониторинг со стороны менеджеров МО за маршрутом пациента);
- прозрачность (ежеквартальное формирование показателей достижения индикаторов в ИС «Единая точка доступа»);
- объективность (исключение субъективного фактора при оценке оказанных услуг экспертами Фонда);
- комплексная оценка деятельности МО (индикаторы структуры, процесса, результата, Усиление роли Службы внутреннего аудита);
- отсутствие конфронтации между врачами МО и экспертами ФСМС (минимизация рисков отвлечения медработников от их основной деятельности).

6. Совершенствование НПА, обеспечивающих качество медицинской помощи путем их актуализации, включая:

- пересмотр кадровой политики, компетенций, функциональных требований к специалистам ПМСП и другое;
- пересмотр и разработка нового Стандарта организации оказания ПМСП.

7. Совершенствование деятельности Центров лучших практик ПМСП

- запуск пилота «Бережливая поликлиника» в Центрах лучших практик.

**ГЛАВА 6.
ДОСТУПНОСТЬ
ПМСП ДЛЯ
СЕЛЬСКОГО
НАСЕЛЕНИЯ**



6.1. Анализ текущей ситуации в вопросах доступности ПМСП для сельского населения

Проблемы доступности медицинского обслуживания на селе всегда актуальны и требуют особого подхода к их решению. В последние годы система здравоохранения нашей страны претерпевает значительные преобразования. Основная цель реформирования системы здравоохранения направлена на создание новой модели здравоохранения, удовлетворяющей потребностям населения, повышение доступности качественной медицинской помощи к населению отдаленных населенных пунктов, перераспределение объемов медицинской помощи, усиление профилактической направленности ПМСП и др. При этом доступность к качественной медицинской помощи должна быть обеспечена через максимальное приближение к сельскому населению.

В Казахстане на данный момент состояние здоровья сельского населения считается неудовлетворительным: снижается средняя продолжительность жизни, увеличивается рост заболеваемости. Уровень здоровья в сельской местности значительно ниже, чем в городе. Существующие различия в уровнях оказания медицинской помощи городскому и сельскому населению связано с низкой обеспеченностью сельского населения врачами и средними медицинскими работниками. На специалистов ПМСП возложена обязанность обслуживания прикрепленного населения без разделения на возрастные категории, при невысокой заработной плате и более высокой ответственности.

На селе, за последние три года произошли определенные медико-демографические изменения. За анализируемый период сельское население увеличилось на 30 819 человек по сравнению с 2018 годом и составило 7 728 176 человек. В сравнении с 2018 годом увеличился в 1,08 раз показатель рождаемости, что составило 22,98 на 1000 человек сельского населения (РК – 22,76 и город – 22,60).

Отмечается тенденция роста коэффициента смертности до 7,89 на 1000 человек населения (РК – 8,6 и город – 9,10). Таким образом, естественный прирост сельского населения увеличился в 1,04 раза, составив 15,9 на 1000 человек сельского населения выше городского и республиканского показателя (РК 14,16 и город 13,5). Показатель младенческой смертности на селе имеет тенденцию к снижению до 6,84 на 1000 живорожденных в 2020 году, против 8,21 в 2018 году (РК – 7,7 и город – 8,43).

Средняя продолжительность предполагаемой жизни жителей села в течение последних 2 лет имела тенденцию к стабилизации (73,35) и только за 2020 год резко снизилась на 2,2% и составила 71,64 лет: 67,82 лет у мужчин и 75,43 у женщин.

Заболеваемость является одним из показателей, характеризующих состояние здоровья сельского населения. Но не все заболевания по обращаемости отражают истинную заболеваемость населения, так как не всё население в случае заболеваемости обращается в учреждения здравоохранения. Показатель первичной заболеваемости сельского населения по РК на 100 000 населения снизился на 6,2 % и составил 42377,1 против 45169,7 в 2018 году (РК – 53 760,0), что в 1,5 раза меньше заболеваемости среди городского населения.

Коэффициент заболеваемости сельского населения в основном снижается, исключение составили следующие регионы, где наблюдается рост заболеваемости: СКО (7,76%), Акмолинская (+6,06%), Жамбылская (+5,45%), ЗКО (+2%) и Павлодарская (+1,07%) области. Выше среднереспубликанского показателя заболеваемость сельского населения в Алматинской – 55 294,7, Кызылординской – 49 147,0 и Восточно-Казахстанской – 44 902,9 областях (Таблица 6.1).

Таблица 6.1. Динамика по классам заболеваемости на селе [8]

Наименование основных классов болезней	село				разница в % с предыдущим годом	
	РК	2018	2019	2020	динамика	%
РК		57175,7	54813,7	53 760,00	-3 415,70	-5,97
Всего по селу РК	53 760,0	45169,7	44439,4	42377,1	-2 792,60	-6,18
Инфекционные заболевания	1 573,9	865,1	879	881	15,90	1,84
в т.ч. туберкулез	35,7	45,4	42,6	35,4	-10,00	-22,03
Новообразования	649,8	465,7	413,6	325,1	-140,60	-30,19
из них злокачественные	172,1	148,8	148,4	130,8	-18,00	-12,10
Эндокринные болезни	1000,3	626,4	623,7	589,5	-36,90	-5,89
в т.ч. сахарный диабет	210,3	161,4	203,9	150,9	-10,50	-6,51
Психические расстройства и расстройства поведения	45,1	49,9	47,8	22,60	-27,30	-54,71
Психические расстройства в связи с употреблением психоактивных веществ	75,7	58,1	53	35,7	-22,40	-38,55
БНС	1832,1	1333,9	1323,6	1174,1	-159,80	-11,98
БСК	3024,4	2365,6	2403,5	2458,9	93,30	3,94
БОД	23102,6	19390,6	19154,7	19025,6	-365,00	-1,88
БОП	4164,8	3812,6	3789,1	3983,3	170,70	4,48
Травмы и отравления, всего	2775	19390,6	2075,5	1958,9	-17 431,70	-89,90

В структуре заболеваемости на 100 тыс. сельского населения превалирует БОД (19025,6), БОП (3983,3), БСК (2458,9), травмы и отравления (1958,9), далее следуют БНС (1174,1), инфекционные и паразитарные заболевания (881), эндокринные болезни (589,5). Из социально значимых заболеваний на первом месте новообразования (325,1), в том числе ЗНО (130,8), наркологические расстройства (35,7), туберкулез (35,4). Социально значимые болезни в сельской местности, как и в РК в целом за период 2018-2020 годы имеют тенденцию к снижению. Это касается как ЗНО, так и всех других нозологий, и классов болезней в этой группе: сахарный диабет, психические расстройства (исключая городское население), туберкулез. На такие результаты бесспорное влияние оказало внимание со стороны государства и финансовые вливания в медицинскую помощь этим контингентам больных.

К сожалению, общие показатели смертности стали заметно выше за этот период как на республиканском уровне, так и в сельской местности. По сравнению с 2018 г. общий коэффициент смертности населения села

увеличился в 2020 году на 1,1(в 2018 году – 6,68‰, а в 2020 году – 7,89‰). Республиканский показатель смертности повысился за этот же период на 1,46 (с 7,14 ‰ до 8,60‰).

Если рассматривать основные особенности оказания ПМСП в селах, то можно отметить следующие отличия:

- Практически все организации ПМСП юридически и финансово не самостоятельные и входят в состав районных больниц (МП, ФАП, ВА, поликлиника);
- Разнообразии видов и способов первичной помощи;
- Разбросанность и удаленность маленьких центров первичной помощи (до 500 км), нехватка автотранспорта;
- Наличие в сельских населенных пунктах малочисленного количества проживающего населения (от 50 до 300 тыс. человек);
- Снижение доступа к качественной, полноценной ПМСП и специализированной медицинской помощи, обследованию;
- Оснащенность МП, ФАП, ВА в основном устаревшим и изношенным медицинским оборудованием;

- Технические, коммунальные и коммуникационные проблемы (перебои со светом, водой, газом и т.д.);
- Нередко отсутствие интернета в отдаленных селах либо низкая скорость интернета;
- Медицинские отходы класса Б, В везут на сжигание в муфельные печи в районные больницы (500 км.) (Таблица 6.2).

Таблица 6.2. Отличия оказания ПМСП в селе от города

Особенности оказания ПМСП на селе	Особенности оказания ПМСП в городе
Практически все организации ПМСП юридически и финансово не самостоятельные, входят в состав ЦРБ (МП, ФАП, ВА, поликлиника). Самостоятельные – 3	ГП в основном предоставлены в виде АПО (ПМСП) – амбулаторная специализированная помощь), юридически и финансово самостоятельны (176 организации).
Разнообразие видов и способов первичной помощи (МП, ФАП, ВА, поликлиники)	Преимущественно первичная помощь сосредоточена для населения в одном здании или могут быть филиалы в виде Центров семейного здоровья
Разбросанность и удаленность маленьких центров первичной помощи (до 500 км.), не хватает автотранспорта	В большинстве случаев первичная помощь приближена к населению в радиусе обслуживания достаточно приемлемом
Наличие в сельских населенных пунктах проживающего населения от 50 до 300 тыс. человек	Население в основном распределено компактно, хорошо развита транспортная коммуникация
Сниженный доступ к качественной, полноценной первичной и специализированной помощи, а также обследованию	Доступ к качественной, полноценной первичной и специализированной помощи, а также обследованию более улучшен
Оснащенность МП, ФАП, ВА, в основном устаревшим и изношенным медицинским оборудованием	Городские Центры ПМСП достаточно больше и лучше оснащены современным медицинским оборудованием
Технические, коммунальные и коммуникационные проблемы (перебои со светом, воды, газом и т.д.)	Технические, коммунальные и коммуникационные проблемы менее выражены
Нередко отсутствие Интернета в отдаленных селах, низкая скорость Интернета	Качество Интернета в городах высокое
Медицинские отходы класса Б,В везут на сжигание в муфельные печи в ЦРБ (до 500 км.)	Централизованно вывозят с поликлиник в специальные организации

В ходе анализа доступности ПМСП для сельского населения были изучены результаты проведенного ранее социологического опроса (в рамках проекта МИОМОС) населения среди жителей сельской местности, где были отражены следующие проблемы.

Социально-экономические проблемы:

- высокий уровень безработицы и низкий доход населения. Высокий уровень незастрахованных до 30-35%;
- отсутствие общественного транспорта в дальних селах для поездки в районную поликлинику или в город для консультаций (вынуждены ездить только на такси);
- отсутствие в дальних селах аптек. Имеет место нелегальная продажа лекарств по завышенным ценам;

- проблемы кадрового обеспечения, в том числе высокая нехватка в районных поликлиниках ВОП, психологов, психиатров и психотерапевтов, онкологов, стоматологов, гепатологов, ревматологов, детских эндокринологов и аллергологов, логопедов, дефектологов, офтальмологов, гастроэнтерологов, дерматологов, хирургов, массажистов;
- невысокая квалификация врачей, сестер, социальных работников, психологов;
- организационные проблемы МО.

Проблемы с доступностью медицинской помощи:

- ограниченный доступ к услугам неотложной

помощи, отсутствие санитарного транспорта, долгое ожидание скорой помощи;

- редкие выезды профильных врачей в сельские районы и отдаленные села;
- проблема своевременного получения бесплатной медицинской помощи по ГОБМП и ОСМС;
- недостаточность лабораторных и клинко-диагностических услуг, устаревшее лабораторное оборудование;
- крайне слабая работа Школ по укреплению здоровья в ПМСП;
- отсутствие реабилитационной и паллиативной помощи, включая детей с инвалидностью, онкологических больных;
- низкий уровень цифровизации, медленная скорость Интернета, невозможность качественной цифровой коммуникации;
- недостаточный сервис и комфорт при пребывании в сельских стационарах.

Проблемы качества медицинской помощи:

- невысокое качество предоставляемой медицинской помощи специалистами ПМСП и профильными врачами;
- низкое качество медико-социальной помощи для больных туберкулезом;
- недостаточное медицинское обслуживание женщин, наблюдающихся по беременности (весь спектр услуг);
- недостаток информирования по ЗОЖ, ОСМС, о медицинском обслуживании по ОСМС для самозанятых на селе.

Изучая общую картину доступности ПМСП на селе также проведен анализ инфраструктуры, кадрового обеспечения и другое.

За время реформирования системы здравоохранения в разы сократилось число АПО, в частности на селе, с 1531 (2018) до 1505 (2020), в том числе амбулаторно-поликлинических отделений при стационарах с 1522 (2018 год) до 1498. Реорганизованы 68% ЦРБ в РБ, на 0,8% сократилось число СБ. Практически на 11% сократилось число АПО, оказывающих квалифицированную медицинскую помощь сельскому населению в составе больниц, на 16% сократилось число ВА

в составе поликлиник и на 0,7 % увеличилось количество ВА в составе больничных организаций. Наряду с этим, на 6% сократилось количество ФАПов и на 3,3% количество медицинских пунктов на селе и на 50% сократилась доступность медицинской помощи малонаселенным пунктам (с 10 до 5). Оптимизация здравоохранения на селе привела к тому, что для жителей села медицинская помощь оказалась недоступна по территориальному принципу. В малочисленных и отдаленных СНП также остро встал вопрос АПО сельских жителей, невозможность приобретения лекарственных средств ФАПами, МП и участковыми врачами из-за отсутствия лицензии на фармакологическую деятельность.

Медицинскую помощь сельскому населению страны оказывают 1505 МО и 3690 пунктов доврачебного приема. Из 1505 МО: 3 поликлиники (1 районная и 2 сельские поликлиники), 180 отделений, входящих в состав ЦРБ и поликлиник, 1282 ВА (4 самостоятельных и 1278 несамостоятельных) и 40 Центров ПМСП.

Доврачебную помощь сельскому населению 3690 пунктов доврачебного приема, в том числе 790 ФАП, 2895 МП и 5 медицинских пунктов без помещения (МПБП), которые подразделяются по численности населения и по месту расположения.

Развернуто 5001 участков (*на 01.07.2021 год по данным РЦЭЗ*) в организациях ПМСП в СНП (Рисунок 6.1). Преобладающая доля всех участков в организациях ПМСП сельского значения относится к участкам ВОП и составляет 81%, что говорит о развитии ПМСП по направлению семейной практики.

Средняя доля участков ВОП от общего числа участков составляет 81,35%, при этом средняя доля ВОП от общего числа врачей (по штатным) в организациях ПМСП сельского значения составляет 81,21% (Рисунки 6.2-6.3). Количество участков организации ПМСП сельского значения в разрезе регионов представлено на рисунке 6.4.

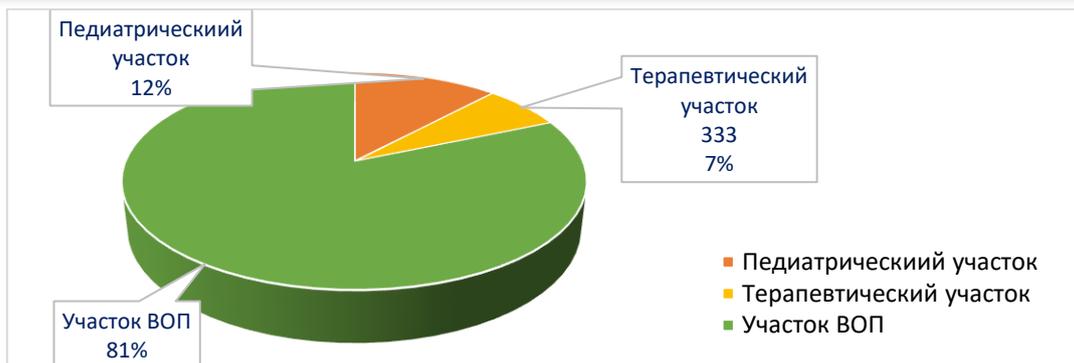


Рисунок 6.1. Удельный вес участков ПМСП на селе

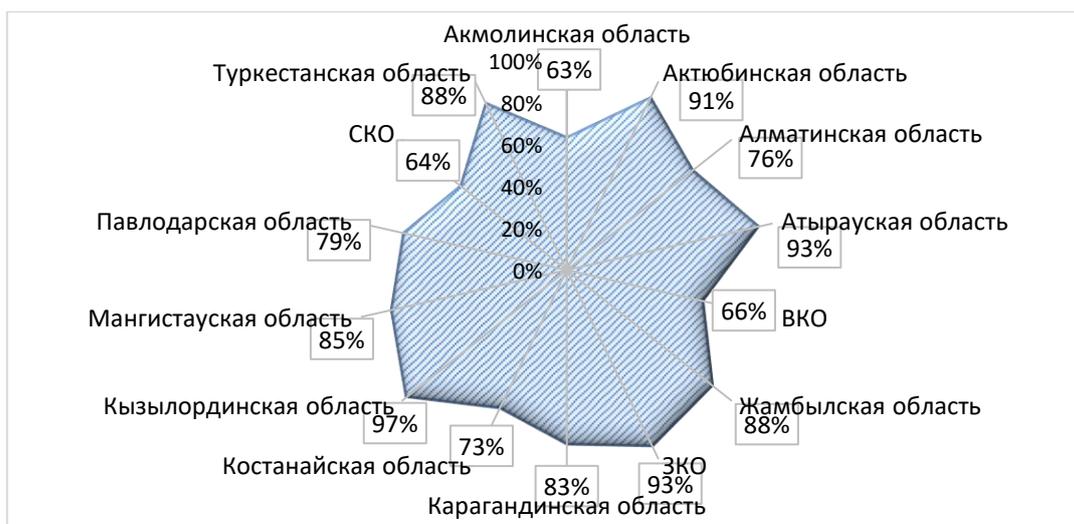


Рисунок 6.2. Удельный вес участков ВОП от общего числа участков

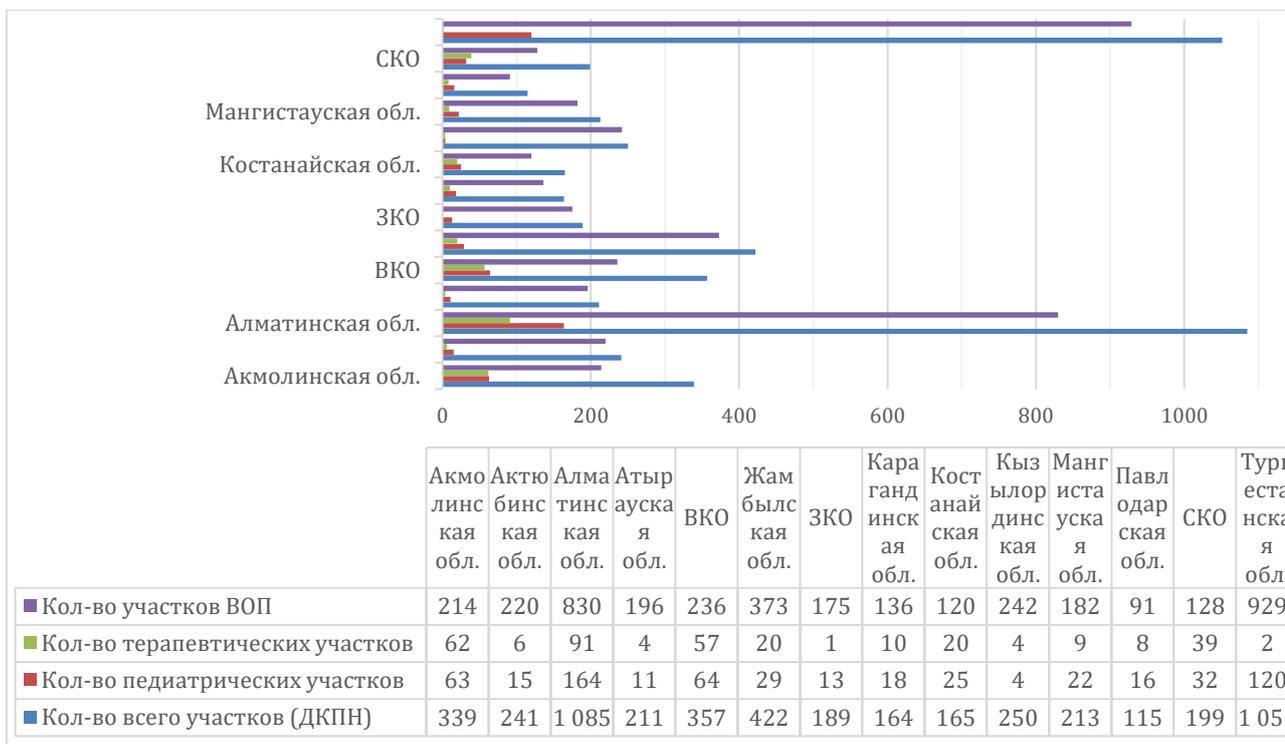


Рисунок 6.3. Количество участков в организациях ПМСП сельского значения в разрезе регионов

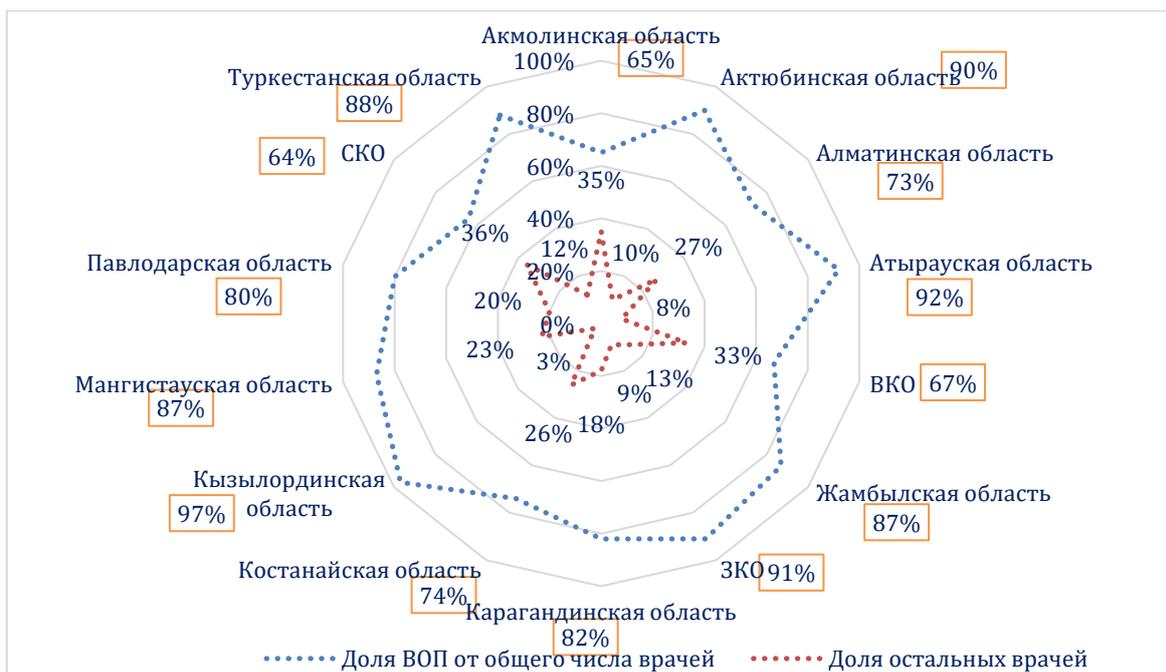


Рисунок 6.4. Удельный вес ВОП от общего числа врачей

Средняя доля СМР на участках ВОП от общего числа СМР на участках (по штатным) составляет 86,85% (Рисунок 6.5).

10027 врачей (2018 год – 10164) и СМР 37 211 (2018 год – 37373). В том числе на амбулаторном уровне 7814 врачей (2018 год – 7889), из них работают на участках всего 4382 врачей в отчетном году (2018 год – 3682).

По состоянию на 01.01.2021 год в системе сельского здравоохранения работает всего

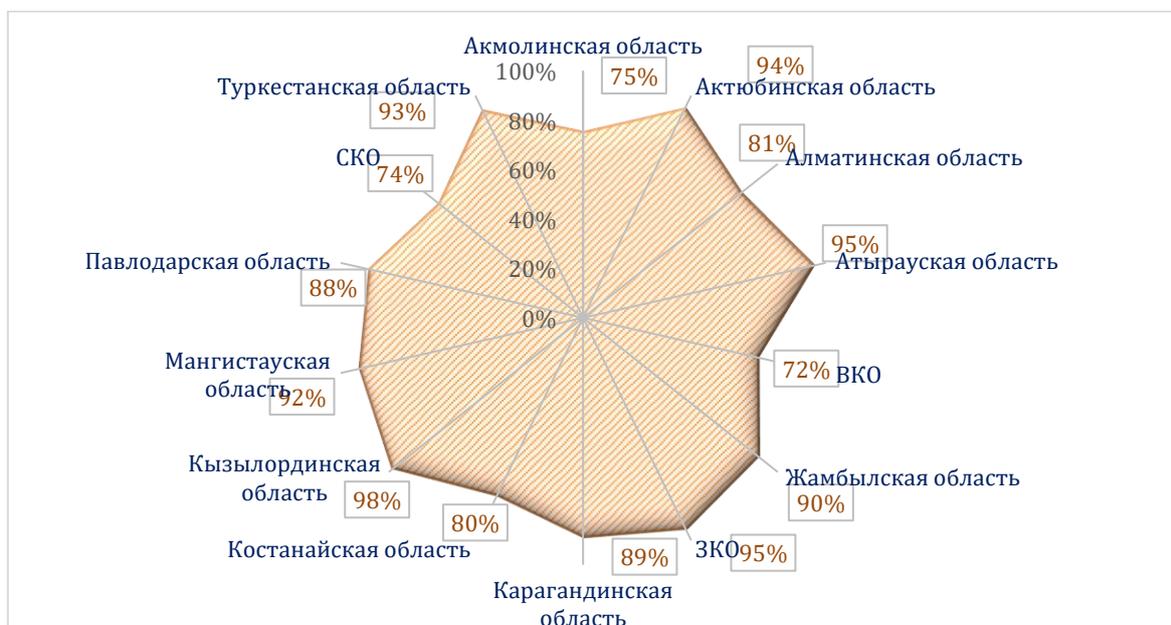


Рисунок 6.5. Доля СМР на участках ВОП от общего числа СМР на участках

Обеспеченность врачевым персоналом на населения против 5,5 в 2018 году. За селе нестабильная и составила 5,2 на 10 тысяч анализируемый период число врачей

сократилось на 0,5%. Обеспеченность участковыми врачами на 10 тысяч сельского населения составила 5,7% по физическим лицам и 6,0 по занятым должностям (Таблица 6.3). Удельный вес участковых врачей

от общего числа врачей, работающих в амбулаторно-поликлинической сети на селе, составил 47%, доля ВОП от общего числа врачей на участках – 81%.

Таблица 6.3. Показатели обеспеченности участковыми врачами на уровне села

№	Регион	Участковая служба											
		Участковые врачи , всего			Укомплектованность	Обеспеченность	Совместительство	в том числе ВОП			Укомплектованность	Обеспеченность	Совместительство
		штат	занятые	ФЛ				штат	занятые	ФЛ			
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Акмолинская	354,00	306,50	268,00	86,58	5,21	1,14	231,25	202,25	179,00	87,46	5,48	1,13
2	Актюбинская	197,25	197,25	201,00	100,00	5,64	0,98	176,75	176,75	180,00	100,00	5,38	0,98
3	Алматинская	1079,25	1067,00	899,00	98,86	5,44	1,19	788,25	780,00	663,00	98,92	5,02	1,18
4	Атырауская	207,50	183,00	156,00	88,19	4,64	1,17	191,50	170,50	145,00	89,03	4,54	1,18
5	ВКО	359,25	355,25	341,00	98,89	6,63	1,04	240,00	236,00	229,00	98,33	6,83	1,03
6	Жамбылская	368,50	353,25	347,00	95,86	5,26	1,02	322,00	306,75	303,00	95,26	5,09	1,01
7	ЗКО	182,50	161,25	164,00	88,36	5,43	0,98	165,50	144,25	146,00	87,16	5,03	0,99
8	Карагандинская	150,00	150,00	141,00	100,00	5,88	1,06	122,25	122,25	120,00	100,00	5,72	1,02
9	Костанайская	145,00	127,50	126,00	87,93	5,23	1,01	107,00	94,25	93,00	88,08	5,21	1,01
10	Сызылординская	245,25	245,25	245,00	100,00	6,00	1,00	237,50	237,50	237,00	100,00	5,96	1,00
11	Мангистауская	216,50	198,25	165,00	91,57	5,14	1,20	189,00	174,75	144,00	92,46	4,90	1,21
12	Павлодарская	116,00	106,75	91,00	92,03	5,73	1,17	93,25	84,00	73,00	90,08	5,37	1,15
13	СКО	208,75	187,00	165,00	89,58	5,13	1,13	134,00	116,75	100,00	87,13	4,99	1,17
14	Туркестанская	919,00	919,00	1073,00	100,00	6,87	0,86	811,00	811,00	951,00	100,00	6,37	0,85
	Итого по РК	4748,25	4556,25	4382,00	95,96	5,77	1,04	3809,25	3656,75	3563,00	96,00	5,54	1,03

По данным отчетной формы 30

Основное количество участковых врачей ПМСП сельского значения приходится на ВОП, что демонстрирует переход к организации ПМСП по семейному принципу: всего предусмотрено участковых врачей по штатным единицам 4 748,25 ставок, из них занятые 3 809,25 (80,22%) ВОП.

Показатель совместительства на селе по РК в разрезе регионов варьирует от 1,04 до 1,20, в частности в Мангистауской (1,20), Алматинской (1,19), Павлодарской и Атырауской (1,17), Акмолинской (1,14), СКО (1,13) областях. Укомплектованность участковыми врачами в организациях ПМСП на селе оптимальная: предусмотрено по штатным единицам 4748,25 ставок, из них занятые – 4556,25 (95,96%) и физических лиц 4382 (92,29%).

Из предусмотренных на 2021 год штатных единиц свободными на данный момент остаются 192 (4,04%). Анализ штатных должностей участковых врачей села показал положительную динамику, вместе с тем в разрезе регионов отмечается неполная

укомплектованность ВОП: в Акмолинской (87,4%), Атырауской (89%), ЗКО (87%), СКО (87%), Костанайской (88%) и других областях.

В среднем на 1 участкового врача в данных регионах приходилось 1962 человек сельского населения в 2020 году. В динамике по итогам полугодия 2021 года на селе нагрузка на ВОП снизилась на 4,8% и составила 1804 (6 месяцев 2019 года – 1896), вместе с тем, нагрузка на участок также снизилась, на 3,2% и составила 1605 человек (1658) соответственно. Количество физических лиц СМР по итогам 2020 года составляет 37211 (2018 год – 37373), в том числе на амбулаторном уровне 28568 СМР (2018 год – 27713), из них на участках работают 13714 СМР (2018 год – 13117). Всего на селе обеспеченность СМР 16,0 на 10 тысяч населения, укомплектованность 96,4%. За анализируемый период число физических лиц СМР сократилось на 0,5% с 37373 до 37211.

Укомплектованность участковыми медсестрами в организациях ПМСП на селе достаточно высокая: предусмотрено по штатным единицам

13747,25 ставок, из них занятые – 13392,25 оптимального значения в Акмолинской (1,12), Павлодарской (1,11), СКО и Алматинской (1,06) областях (Таблица 6.4).

Таблица 6.4. Показатели обеспеченности участковыми СМР на уровне села

№	Регион	Участковая служба											
		Участковые СМР, всего			Укомплектованность	Обеспеченность	Совместительство	в том числе МОП			Укомплектованность	Обеспеченность	Совместительство
		штат	занятые	ФЛ				штат	занятые	ФЛ			
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Акмолинская	938,00	882,50	810,00	94,08	15,73	1,09	702,25	649,50	582,00	92,49	19,89	1,12
2	Актюбинская	743,00	743,00	809,00	100,00	22,70	0,92	702,00	702,00	768,00	100,00	21,00	0,91
3	Алматинская	2819,50	2808,25	2650,00	99,60	16,05	1,06	2285,50	2274,25	2154,00	99,51	17,23	1,06
4	Атырауская	599,50	571,75	549,00	95,37	16,31	1,04	568,50	545,50	525,00	95,95	17,06	1,04
5	ВКО	851,25	809,75	810,00	95,12	15,74	1,00	616,75	575,75	577,00	93,35	17,18	1,00
6	Жамбылская	1088,00	1082,75	1140,00	99,52	17,28	0,95	974,50	969,25	1030,00	99,46	16,28	0,94
7	ЗКО	553,75	499,25	597,00	90,16	19,78	0,84	523,75	471,25	565,00	89,98	16,24	0,83
8	Карагандинская	497,75	497,75	498,00	100,00	20,76	1,00	445,00	445,00	446,00	100,00	21,19	1,00
9	Костанайская	351,50	322,00	329,00	91,61	13,65	0,98	281,50	260,00	267,00	92,36	14,57	0,97
10	Кызылординская	701,00	701,00	882,00	100,00	21,60	0,79	685,50	685,50	866,00	100,00	17,23	0,79
11	Мангистауская	592,25	577,25	575,00	97,47	17,91	1,00	543,25	534,25	533,00	98,34	18,18	1,00
12	Павлодарская	401,00	376,25	340,00	93,83	21,42	1,11	354,50	338,75	304,00	95,56	24,93	1,11
13	СКО	580,25	490,25	467,00	84,49	14,51	1,05	432,25	359,75	338,00	83,23	17,96	1,06
14	Туркестанская	3030,50	3030,50	3258,00	100,00	20,86	0,93	2811,50	2811,50	3034,00	100,00	18,83	0,93
	Итого по РК	13747,25	13392,25	13714,00	97,42	18,07	0,98	11926,75	11622,25	11989,00	97,45	18,07	0,97

По данным отчетной формы 30

Анализ показателей укомплектованности организаций ПМСП на селе психологами и социальными работниками в разрезе регионов позволяет сделать вывод, что в Актюбинской, Карагандинской, Мангистауской и Туркестанской областях отмечается 100% укомплектованность, а по остальным 10 регионам составляет от 87,63% до 98,91%, что также демонстрирует высокую укомплектованность психологами и социальными работниками (Таблица 6.5).

Обеспеченность на 10 тысяч сельского населения социальными работниками составляет 1,5 и психологами 0,73. Крайне

низкая обеспеченность психологами отмечена в Акмолинской (0,31), Карагандинской и Костанайской (0,46), Актюбинской (0,53) областях.

Социальное обслуживание и социальная защита населения на селе весьма актуальны и необходимы, где условия проживания на селе резко отличается от городского и требует особого внимания со стороны государства. На селе имеются серьезные проблемы в социальной, экономической, духовной сфере жизнедеятельности, которая требует усиления социальной защиты сельского населения.

Таблица 6.5. Обеспеченность психологами и социальными работниками организаций ПМСП

Периоды	Психологи			Социальные работники		
	штатные	занятые	физические	штатные	занятые	физические
2018	1467	1376	1360	2372	2285,75	2351
2019	1532,75	1442,75	1349	2273,75	2148	2150
2020	1625	1471	1366,5	2315,5	2207,5	2147

Для приближения медицинского обслуживания населения активно внедряется мобильная медицина. В целях оказания услуг по укреплению здоровья, профилактики, лечения

и реабилитации для сельского населения на всех уровнях сельского здравоохранения медицинская помощь осуществляется посредством передвижных медицинских комплексов согласно правилам оказания медицинской помощи посредством ПМК и медицинских поездов, утвержденных Приказом МЗ РК от 8 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-241/2020.

В настоящее время в Республике Казахстан, учитывая географическую территориальную отдаленность, посредством работы передвижных медицинских комплексов обеспечиваются КДУ жителям сельских населенных пунктов. Это позволяет жителям сел получить консультацию профильных специалистов, а также проходить ряд лабораторно-инструментальных исследований на местах, без выезда в городской или районный центры.

Передвижной медицинский комплекс состоит из 7 специализированных кабинетов, оснащенных цифровым оборудованием: кабинет общего приема, зона врача общей практики, зона приема анализов, аптечный

пункт, зона для тестов функциональной диагностики, кабинет акушер-гинеколога, кабинет лучевой диагностики. Кроме того, в медицинском мобильном центре установлена специальная свинцовая комната, в которой функционирует рентген и флюорография. Оснащение медицинским оборудованием в основном зависит от специализации ПМК в целом. Все помещения ПМК оснащены соответствующим медицинским оборудованием, мебелью и бытовой техникой. В основном в ПМК предусмотрены медицинское оборудование для функциональной и лабораторной диагностики, офтальмологических и оториноларингологических исследований, стоматологической помощи и другое.

В настоящем (по итогам 9 мес. 2021 года) в РК имеется 152 ПМК, их количество с 2019 года (44) увеличилось в 3 раза. Имеет место физический износ автотранспорта. Из 152 оборудованного автотранспорта, в том числе 51 единица/КАМАЗ и 101 единица/автобус в эксплуатации находятся 146, остальные 6 (3,9%) неисправны, находятся на ремонте (Таблица 6.6).

Таблица 6.6. Информация о количестве ПМК в разрезе регионов

№	Наименование регионов	ВСЕГО автотранспорта ПМК	в том числе		из них		
			Камаз	Автобус	исправен	неисправен	ремонт
1	Акмолинская	11	3	8	11		
2	Актюбинская	11	5	6	11		
3	Алматинская	17	5	12	17		
4	Атырауская	7	1	6	7		
5	ВКО	16	6	10	16		
6	Жамбылская	11	3	8	11		
7	ЗКО	12	3	9	11	1	
8	Карагандинская	9	6	3	9		
9	Костанайский	14	4	10	12	2	
10	Кызылординская	5	3	2	3	1	1
11	Мангыстауская	6	4	2	6		
12	Павлодарская	8	3	5	8		
13	СКО	10	2	8	10		
14	Туркестанская	15	3	12	14	1	
	РК	152	51	101	146	5	1

По данным РЦЭЗ (оперативная сводка за 9 месяцев)

За анализируемый период (по итогам 9 мес. 2021 года) количество СНП, запланированных к выездным осмотрам увеличилось в 2,1 раз (с 1588 в 2018 году до 3404 в текущем году).

Численность целевой группы, подлежащей плановым профилактическим осмотрам среди сельского населения, увеличилась в 2,4 раза (с 977 698 человек до 2 370 025 человек).

Вместе с тем по состоянию на 1 октября 2021 года охвачено ПМК 1913 СНП, в которых проживает 1 040 004 человек или 43,8% сельского населения из общего числа целевой группы населения, подлежащих плановым

профилактическим осмотрам (2 370 025), тогда как за аналогичный период 2018 года охват населения составлял 526 533 человек или 53,8%. Охват взрослого и детского населения в процентном соотношении не изменился и составил: 76,7% взрослое население, 23% дети от целевой группы сельского населения, подлежащего плановым профилактическим осмотрам.

В сравнении с аналогичным периодом 2018 года в текущем году среди осмотренных в 2 раза снизилось количество выявленных патологий (Таблица 6.7).

Таблица 6.7. Сравнительная информация о структуре выявленных заболеваний

Динамика охвата медицинским осмотром (консультации)				
	9 мес. 2021		9 мес. 2018	
	абс.чис.	%	абс.чис.	%
Запланировано	2 370 025	100	977 698	100
Всего осмотрено	1 040 004	43,8	526 533	53,8
Число, выявленных с заболеванием	63 336	6,09	69 453	13,2
<i>в том числе (доля из выявленных):</i>				
БСК	5 640	8,9	11 329	16,3
РМЖ	47	0,07	45	0,06
СД	2 172	3,43	2 157	3,11
Глаукома	596	0,94	1 028	1,48
Заболевания у детей	17 158	27,09	20 206	29,1
Прочие заболевания	37 723	59,5	34 688	49,9
Взято под динамическое наблюдение	14 532	22,9	17 950	25,8

По данным РЦЭЗ (оперативная сводка за 9 месяцев)

Численность, выявленных лиц с заболеваниями составляет 6% (63 336 человек), при этом в 2018 году данный показатель достиг 13,2% (69 453 человек). Вследствие невысокой выявляемости заболеваний снизилось количество взятых под динамическое наблюдение. За текущий период данный показатель составил 22,9%, из них доля взрослого населения, взятых на учет достигла 66,2%, доля детей составила 33,8%.

Всего проведено диагностических исследований 495 231 (47,62%), лабораторных исследований 315 155 (30,3%), консультаций профильных специалистов 942 809 (90,65%). По сравнению с 2018 годом доля лабораторных исследований снизилась с 53% до 30,3%, что косвенно может быть причиной низкого показателя впервые взятых на учет для динамического наблюдения (Таблица 6.8).

Таблица 6.8. Сравнительная информация о проведенных медицинских исследованиях

Период	Всего осмотрено	Проведено диагностических исследований		Проведено лабораторных исследований		Проведено консультаций профильных специалистов	
		абс.число	уд.вес, %	абс.число	уд.вес, %	абс.число	уд.вес, %
9 мес. 2021	1 040 004	495 231	47,62	315 155	30,30	942 809	90,65
9 мес. 2018	526 533	258 016	49,00	279 071	53,00	460 325	87,43

Сбор информации по обеспечению населения услугами ПМК на уровне регионов осуществляется вручную, в формате таблицы Excel, по причине отсутствия информационной системы.

Устранение причин простоя автотранспорта, максимальная оснащенность ПМК современным оборудованием, обеспечение населения лабораторно-инструментальными исследованиями на месте проживания, повышение консультативных услуг

профильными специалистами, укомплектование специалистами, медицинскими изделиями и лекарственными средствами позволит обеспечить максимальную доступность и будет способствовать выявлению заболеваний на ранних стадиях и, следовательно, уменьшит нагрузку на бюджет региона. В целях корректного сбора данных по ПМК необходимо внедрение автоматизированной и централизованной единой базы по балансу ПМК для каждого региона.

6.2. Проблемные вопросы доступности ПМСП для сельского населения

Анализируя текущую ситуацию в области обеспечения качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП необходимо выделить следующие **проблемные вопросы**:

- Отсутствие доступа к медицинской помощи и профилактическим мероприятиям для жителей отдаленных СНП;
- Неравномерное распределение медицинских кадров в сельских и отдаленных СНП;
- Нормативно не определен базовый объем услуг (обязательный пакет) для сельского здравоохранения по оказанию ПМСП и специализированной помощи в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях;
- Низкая доступность населения к скорой медицинской помощи;
- Сложности с лекарственным обеспечением для жителей отдаленных СНП;
- Дефицит и текучесть кадров ПМСП;
- Слабая мотивация работы в селе для молодых специалистов;
- Недостаточные темпы развития мобильной доступности к КДУ на селе через ПМК, особенно для отдаленных и малонаселенных районов. Так как фактические затраты на состав специалистов и содержание ПМК не покрывается объемом финансирования за оказанные услуги. В НПА нет разделения для ПМК и медицинских поездов по материально-техническому оснащению и штатному нормативу, в этой связи возникают сложности планирования;
- Износ инфраструктуры (старые здания поликлиник, ЦСЗ, ФАП, МП, не соответствующие типовым стандартам, отсутствие ремонта, недостаточное материально-техническое обеспечение). Отсутствие кабинетов для специалистов

- ПМСП по организации полноценного функционала деятельности ПМСП, большинство зданий, выделенных под ПМСП в сельской местности являются нетиповыми, арендованными;
- Высокий моральный и физический износ основных средств и медицинского оборудования для оказания медицинской помощи. Износ составил 51% по итогам 2020 года, при этом только 55% всей медицинской техники используются на 100%;
 - Отсутствие доступа к диагностическим услугам по причине отсутствия в районных больницах УЗИ экспертного класса, компьютерных томографов, необходимых для диагностики экстренных случаев, в связи с чем, теряется время «золотого часа», страдает ранняя диагностика и соответственно усугубляется тяжесть состояния пациентов;
 - Дефицит автотранспорта, проблемы со скорой помощью и выездов на удаленные сельские участки на дальние вызовы;
 - Высокий удельный вес незастрахованного населения от 10 до 35%;
 - Проблемы цифровизации имеют место в отдельных районах, особенно в отдаленных селах, нет скоростного интернета, оптоволоконного кабеля, зависят информационные системы. Низкая оснащенность оргтехники, много устаревших и нерабочих компьютеров, принтеров.

6.3. Международный опыт обеспечения доступности ПМСП для сельского населения

Глобальные данные свидетельствуют о том, что комплексное медицинское обслуживание эффективно обеспечивается кадрами (особенно врачами и медсестрами), которые обучены практике комплексного медицинского обслуживания. Прежде всего, они должны быть морально готовы предложить полный спектр услуг сельскому округу, который они обслуживают. Чтобы они могли эффективно работать, их обучение должно проходить в сельских медицинских организациях. Такая тренировка требует достаточной продолжительности и ее нельзя торопить. Они должны обладать рядом клинических, социальных и лидерских навыков. В этой связи в контексте ПМСП в сельской местности медицинские организации образования, осуществляющие подготовку врачей ПМСП и медицинских сестер должны направлять образовательную и исследовательскую деятельность на решение приоритетных проблем сельских сообществ и оказание помощи людям на протяжении всего жизненного цикла при различных заболеваниях.

Вместе с тем, международный опыт показывает, что в сельских районах Квинсленда, **Австралия**, медицинское образование ориентировано на универсальный подход, который включает обучение в рамках первичной медицинской практики на уровне общины, вторичной медицинской практики на базе медицинских учреждений и практики общественного здравоохранения на базе больниц и сообществ.

Здравоохранение **Швеции** является на 95% государственным. Вся его система характеризуется большой степени децентрализации. Шведская система здравоохранения представляет собой успешный пример бюджетной модели, построенной на принципе децентрализации. ПМСП оказывается в Центрах здоровья, где работают врачи, медсестра, помощники медсестер, акушерки и физиотерапевты. Каждый житель Швеции имеет право выбора семейного врача. В Швеции самый высокий процент пожилого населения в Европе.

Средняя продолжительность жизни у мужчин 79,0 лет, у женщин – 83,5. Отмечается сокращение смертности от сердечных приступов и инсультов. Сокращается число курящих людей. Уделяется большое внимание безопасности пациентов, в 2011 году вступил новый Закон РК «О безопасности пациентов». В настоящее время уровень смертности при родах в Швеции один из самых низких в мире: менее 6 младенцев на 1000 новорожденных и менее 1 женщины на 100 000 женщин. Шведская система акушерской помощи является одной из лучших в мире.

Социально подотчетная сельская медицинская школа помогла удовлетворить потребности населения Северного Онтарио, Канада, в области здравоохранения. ВОП играет роль главного координатора и организатора оказания ПМСП в системе со своей командой, состоящей из команды специалистов ПМСП где работают ВОП, социальные работники, психологи и профильные специалисты по потребности, которые должны определять направление на консультацию, процесс постановки диагноза, своевременность и полноту проведенного лечения всеми службами отрасли.

6.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов доступности ПМСП для сельского населения

Для решения всех вышеуказанных проблем предлагается:

- Определить базовый объем услуг (обязательный пакет) для сельского здравоохранения по оказанию специализированной помощи на амбулаторном, стационарозамещающем и стационарном уровнях для всех сельских организаций здравоохранения;
- Пересмотреть механизмы финансирования по принципу глобального бюджета на уровне села на основе опыта внедрения с акцентом на повышение доступности и укрепление потенциала ПМСП:
 - ✓ исключить разделение на ГОБМП и ОСМС;
 - ✓ включить расходы на скорую помощь в КПН на сельское население;
 - ✓ включить расходы на КДУ в КПН на сельское население;
 - ✓ расходы на СМП и СЗП по базовому пакету в КПН на сельское население.
- Провести оценку оснащенности сельских организаций с учетом износа и при необходимости оснастить каждую ЦРБ и номерную РБ компьютерным томографом и не менее двух УЗИ экспертного класса;
- На уровне села вернуть отделения скорой помощи в РБ для полноценного и качественного оказания скорой и неотложной помощи в сельском районе;
- Пересмотреть способы оплаты и размер тарифов на ПМК, шире использовать возможности ПМК (скрининги, профосмотр);
- Обеспечить полноценный охват населения медицинскими услугами посредством ПМК и медицинских поездов согласно перечню услуг, утвержденному уполномоченным органом, с охватом СНП, имеющих железнодорожные станции не менее 90%.
- Провести ревизию зданий и строений организаций ПМСП в сельской местности, в том числе и арендованных, предусмотреть обновление сети медицинских организаций на селе путем строительства или открытия новых объектов ПМСП в целях обеспечения шаговой доступности ПМСП;
- Разработать (на уровне МЗ РК) проектно-сметную документацию на строительство Центров ПМСП с населением 5 000, 10 000, 15 000, 20 000, чтобы это соответствовало современным условиям оказания медицинской помощи;

- Организовать работу врачей-консультантов при скорой помощи, в том числе онлайн / дистанционно, внедрить переадресацию вызова на врача ПМСП, чтобы пациент при обращении сразу же получил консультацию до приезда бригады, в том числе областными и городскими специалистами, решив вопросы их оплаты;
- Учитывать нагрузку на врача ПМСП не только численностью населения, но и радиусом обслуживания;
- Укомплектовать санитарным автотранспортом организации здравоохранения в СНП из расчета один санитарный автомобиль на 1 медицинский объект (МП, ФАП, ВА);
- Обеспечение компьютерной техникой, доступом к сети Интернет и МИС объектов ПМСП, независимо от формы собственности, находящихся в селах, поселках, сельских округах *(на уровне МЗ РК обсудить данный вопрос с Министерством цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности РК)*;
- Разработать механизмы для увеличения доли частных инвестиций в сельское здравоохранение;
- Обеспечить социальную поддержку медицинских работников для работы в сельской местности, в том числе для молодых специалистов в сфере здравоохранения, прибывших для работы и проживания в СНП, поселки, города районного и областного значения предусмотреть:
 - ✓ внедрение депозита для молодого специалиста за счет средств местного бюджета на 2020-2025 годы с выплатой в конце периода отработки;
 - ✓ обеспечение бесплатным жильем на срок не менее 3-х лет за счет средств местного бюджета. При строительстве ВА, ФАПов, МП предусмотреть жилье для медработников в одном здании;
 - ✓ внедрение механизма, позволяющего Акимам повысить уровень заработной платы работникам здравоохранения не ниже уровня средней заработной платы в экономике региона, добавочно от 1-3 заработной платы;
 - ✓ расширение грантов акимов на бакалавриат, интернатуру и резидентуру в медицинских Вузах и колледжах для обучения местных жителей, открыть межрайонные филиалы медицинских колледжей для сохранения кадров в сельской местности.
- Подготовку профильных специалистов усилить, они должны быть универсальными, с широкими компетенциями, также способных обслуживать детей и взрослых (к примеру, хирург, умеющий оказывать травматологическую и нейрохирургическую помощь);
- Внедрить проект ВОЗ «Школы, поддерживающие здоровья»;
- Внедрить проекты «Села свободные от алкоголя» и «Организации свободные от курения» (акиматы, больницы, школы и т.д.);
- Провести Международную научно-практическую конференцию, посвященную сельскому здравоохранению.

**ГЛАВА 7.
ЛЕКАРСТВЕННОЕ
ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ПМСП**



7.1. Анализ текущей ситуации в вопросах лекарственного обеспечения ПМСП

Одним из приоритетных направлений здравоохранения остается совершенствование амбулаторного лекарственного обеспечения. Обеспечение лекарственными средствами (ЛС) и медицинскими изделиями граждан на амбулаторном уровне в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется в соответствии с утвержденным уполномоченным органом Перечнем ЛС и МИ для бесплатного и (или) льготного АЛО отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями.

Государственной программой развития здравоохранения РК на 2020-2025 годы была поставлена задача обеспечить всех детей в возрасте до 18 лет бесплатными ЛС в рамках ОСМС, в том числе за счет повышения доступности ЛС на амбулаторном уровне.

Совершенствование и автоматизация планирования бюджета в рамках ГОБМП и системе ОСМС, а также дальнейшая конкретизация пакетов услуг с учетом приоритетного развития ПМСП, позволят повысить эффективность использования ограниченных ресурсов системы здравоохранения. Повышение доступности ЛС на амбулаторном уровне будет достигнуто за счет увеличения перечня хронических заболеваний и расширения категорий населения, имеющих право на получение бесплатного АЛО в системе ОСМС [28-29].

Обеспечение населения безопасными и эффективными ЛС на основе принципов доказательной медицины на амбулаторном уровне, качественное и своевременное лекарственное обеспечение на амбулаторно-поликлиническом уровне приводит к снижению количества обострений и госпитализаций, а также инвалидизации и смертности.

Анализ текущей ситуации по вопросам амбулаторного лекарственного обеспечения проведен на основе данных, представленных ФСМС, РЦЭЗ, ННЦРЗ, литературных источников.

Для эффективного амбулаторного лечения пациентов необходимы:

- правильная организация обеспечения ЛС и МИ в рамках ГОБМП и ОСМС, включающая определение потребности ЛС и МИ;
- закуп ЛС и МИ, закуп услуг по учету и реализации, фармацевтических услуг, распределение (перераспределение);
- обеспечение доступности в ЛС и МИ;
- рациональное использование ЛС, хранение и учет.

За период с 2018 по 2020 год отмечается увеличение финансирования на АЛО почти в 2 раза. В связи с внедрением ОСМС расширился объем лекарственного обеспечения.

Отмечается увеличение количества выписанных рецептов в период с 2018 по 2020 год на 20%. Также отмечается увеличение средней стоимости одного рецепта на 53% с 6251,4 тенге в 2018 году до 9 610,2 тенге в 2020 году, в связи с расширением перечня ЛС на 1 пациента и увеличением стоимости ЛС (Рисунок 7.1).

В общем объеме финансирования АЛО доля ГОБМП составила 83% и ОСМС – 17%, из них 10% доля взрослых и 7% дети (Рисунок 7.2).

В среднем, стоимость одного рецепта в рамках ГОБМП составила – 8 590 тенге, ОСМС взрослые – 36 431 тенге, ОСМС дети – 14 383 тенге. При изучении структуры финансовых расходов на АЛО в разрезе нозологий, то основная доля расходов в рамках ГОБМП ложится на социально-значимые заболевания, такие как сахарный диабет, онкологические заболевания, наследственные дефициты факторов свертывания крови, артериальная гипертензия, ревматоидный артрит, психические заболевания, злокачественные новообразования, хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма (Рисунок 7.3).

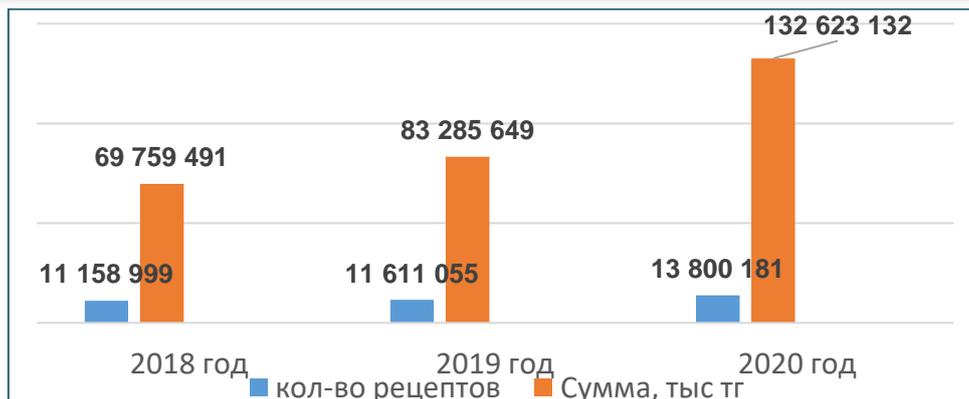


Рисунок 7.1. Динамика финансирования АЛО за 2018-2020 годы

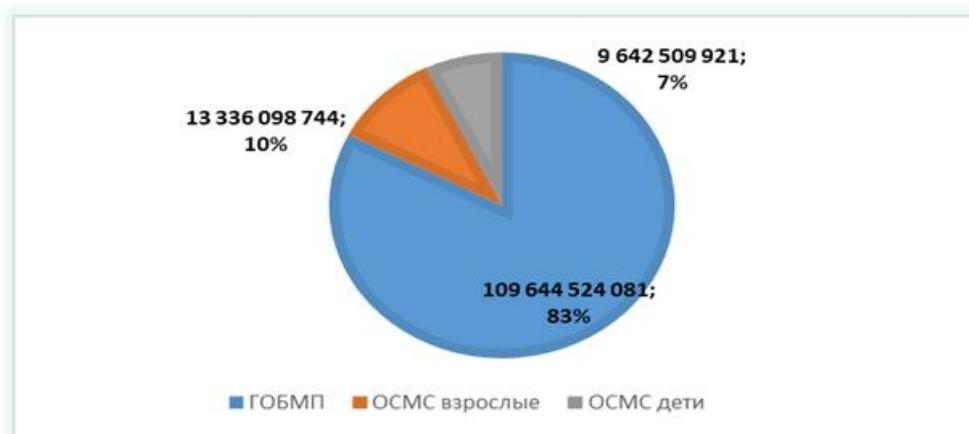


Рисунок 7.2. Удельный вес финансирования АЛО в рамках ГОБМП и ОСМС

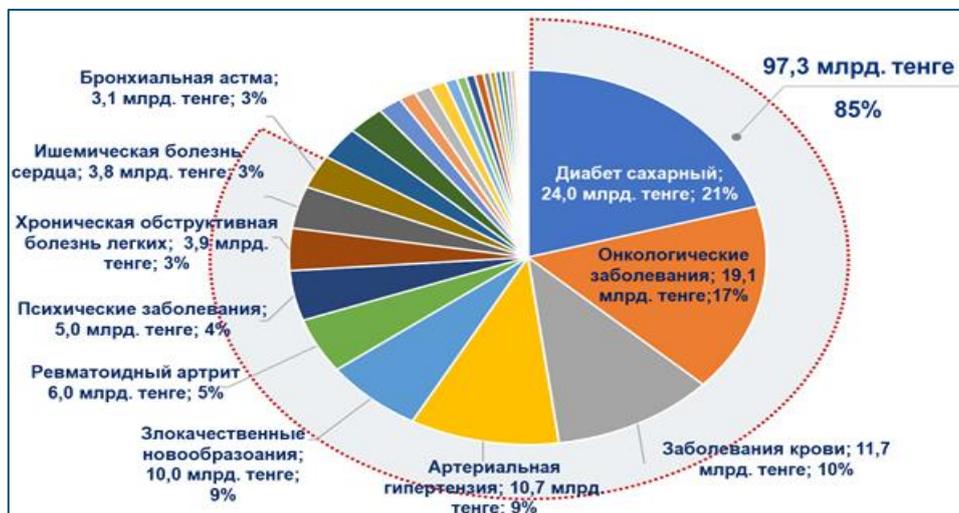


Рисунок 7.3. ТОП-10 высокозатратных нозологий в рамках ГОБМП

Можно выделить ТОП-10 нозологий с высокой долей финансовых расходов (высокозатратных). Их доля в общем объеме потребления составляет около 85% в сумме 97,3 млрд. тенге

для многочисленной категории пациентов – 2 243 171 человек.

При этом, самая высокая средняя стоимость одного рецепта отмечена при Наследственном дефиците факторов свертывания крови – 1 687

927,9 тенге для 1 121 обеспеченных пациентов, а самая низкая при Ишемической болезни сердца – 1 713,3 тенге для 509 757 пациентов.

В 2020 году на обеспечение 68 047 пациентов с орфанными заболеваниями было израсходовано 62,36 млрд. тенге, что составило 47% всех расходов на АЛО в рамках ГОБМП и ОСМС РК (без учета финансирования из местного бюджета). Соответственно, 53% (70,26 млрд. тенге) было профинансировано АЛО остального населения РК.

Затраты на ЛС, входящие в перечень для лечения орфанных заболеваний в рамках ГОБМП и ОСМС составили 28,02 млрд. тенге, что соответствовало 45% от средств, затраченных на АЛО пациентов с орфанными заболеваниями.

Доля затрат на орфанные заболевания из общего объема бюджета ГОБМП в 2020 году составила 39,1%. Наибольшие затраты были направлены на лечение онкологических заболеваний, наследственных дефицитов факторов свертывания крови, злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, включая миелодиспластические синдромы.

Доля затрат на орфанные заболевания из общего объема бюджета ОСМС в 2020 году составила 84,8%. Наибольшие затраты пришлось на мукополисахаридоз, рассеянный склероз, первичную легочную гипертензию. Недостаточная обеспеченность пациентов наблюдалась по гипофизарному нанизму, кистозному фиброзу, первичной легочной гипертензии, синдрому Шерешевского-Тернера.

В рамках ОСМС в группу ТОП-10 высокозатратных нозологий вошли: мукополисахаридоз, рассеянный склероз, первичная легочная гипертензия, гематологические заболевания, включая апластическую анемию, гиподисфункция и другие нарушения гипофиза, гипопитуитаризм, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Тернера неуточненный, гормонально-активные опухоли гипофиза, акромегалия, мышечная дистрофия, другие сфинголипидозы, болезнь Гоше, интерстициальные болезни легких с общей долей 84% на сумму 19,3 млрд. тенге для малочисленной категории пациентов – 26 106 человек (Рисунок 7.4).

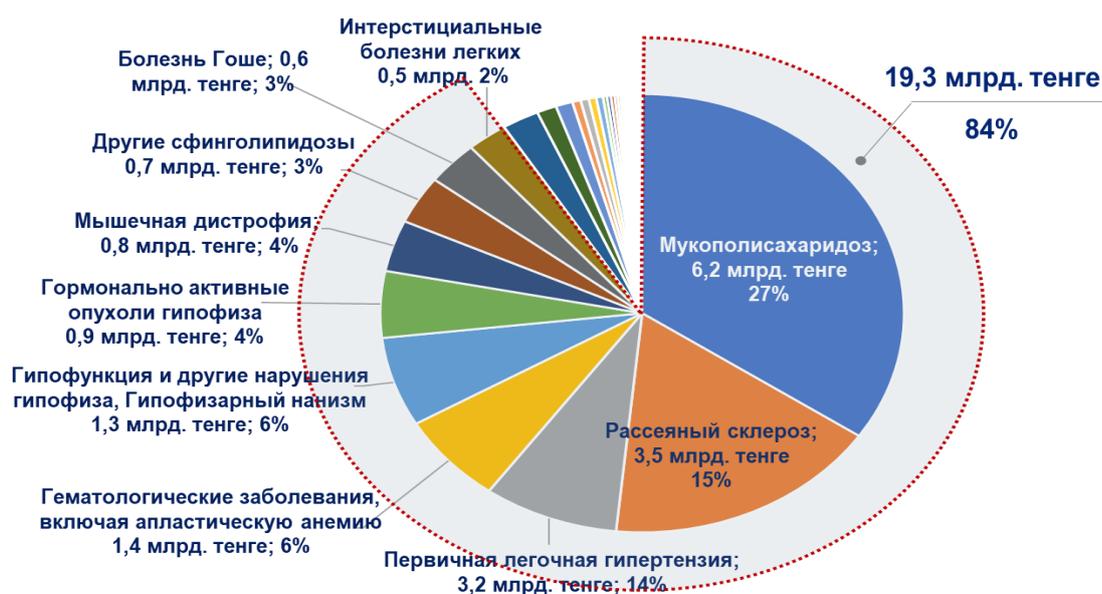


Рисунок 7.4. ТОП-10 Высокозатратных нозологий в рамках ОСМС

Как видно, большая финансовая нагрузка лежит на лекарственном обеспечении по нозологиям, требующим дорогостоящей лекарственной терапии для относительно немногочисленной категории пациентов, по таким нозологиям как Наследственные дефициты факторов свертывания крови (1 121 пациентов), Мукополисахаридоз (538 пациентов), Мышечная дистрофия (72 пациента), Болезнь Гоше (64 пациента).

Если провести ранжирование по нозологиям с высокой стоимостью препаратов для лечения одного пациента, то ТОП-10 дорогостоящих нозологий в рамках ГОБМП составили: наследственные дефициты факторов свертывания крови, аутоиммунные заболевания и иммунодефицитные состояния, злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, включая миелодиспластические синдромы, состояние после пересадки органов и тканей, анкилозирующий спондилит, онкологические заболевания, диабет несахарный, язвенный колит, болезнь Крона, ювенильный артрит, хроническая болезнь почек с ренальной анемией, которые в общем объеме потребления ЛС, МИ занимают 44,7%, их общая сумма расходов составила 52,1 млрд. тенге для 52 032 пациентов.

При этом, средняя стоимость лекарственной терапии для лечения одного пациента варьирует от 10,4 млн. тенге до 342 тыс. тенге, а стоимость 1 рецепта от 1,6 млн. тенге до 122,7 млн. тенге.

В рамках ОСМС: мышечная дистрофия, мукополисахаридоз, болезнь Фабри, болезнь Гоше, другие сфинголипидозы, мышечная дистрофия Дюшенна, интерстициальные болезни легких, первичная легочная гипертензия, псориаз, гематологические заболевания, включая апластическую анемию в общем объеме потребления ЛС, МИ занимают 61,3%, в суммарном расходе 14,1 млрд. тенге для обеспечения 8 020 пациентов.

Средняя стоимость препаратов для лечения одного пациента составила от 12,2 млн. тенге до 512 тыс. тенге.

В ходе проведения анализа были выявлены проблемы, не позволяющие корректно определить удельный вес обеспеченности пациентов ЛС, такие как:

- некорректность данных ИС ЭРДБ, то есть возможно не были учтены все диспансерные пациенты. При этом отсутствуют данные о количестве зарегистрированных случаев обращения пациентов с острым состоянием, подлежащим АЛО. В настоящий момент ни одна ИС МЗ РК не агрегирует такие данные, поэтому просчитать обеспеченность пациентов по острым состояниям не представляется возможным;
- неправильность выписывания рецептов в ИСЛО, то есть выписываются рецепты не только диспансерным пациентам в рамках определенной нозологии. При этом, пациентам по некоторым нозологиям выписываются ЛС без учета показаний к назначению (степень тяжести, стадия заболевания), указанных в Перечне АЛО.
- отсутствие интеграции ИС ИСЛО, ЭРДБ и МИС. При этом количество обеспеченных пациентов в разы превышает количество диспансерных больных по некоторым нозологиям;
- В ИС ЭРДБ отсутствуют данные о количестве пациентов, нуждающихся в лекарственном обеспечении. Учитывая, что есть нозологии и состояния, при котором не требуется постоянное лекарственное обеспечение и возможен диспансерный учет только для профилактического осмотра, то расчет от общего количества диспансерных больных не является достоверным.

В целях определения степени удовлетворенности населения системой бесплатного АЛО было проведено анкетирование населения, медицинских и фармацевтических работников. Целью анкетирования было изучение субъективного мнения населения, медицинских и

фармацевтических работников о системе АЛО в свете проведенных реформ, с предоставлением предложений по повышению ее доступности, эффективности и отзывчивости на потребности пациентов.

По результатам анкетирования получены следующие данные:

для медицинских и фармацевтических работников:

- 28% респондентов отмечают, что на практике часто наблюдается несвоевременное обеспечение ЛС и МИ;
- 24% респондентов отмечают, что отсутствие интеграции ИС затрудняют их работу, однако 35% не испытывают затруднений;
- 30% респондентов считают, что есть проблемы с закупом ЛС и МИ из местного бюджета;
- 53% респондентов отметили, что не готовы работать с безбумажной версией рецепта.

для взрослого населения:

- 48% респондентов отмечают, что выписанное им лекарство периодически отсутствует в аптеке;
- 31% респондентов не готовы получать ЛС, который является лучшим в сравнении с выдаваемым по Перечню АЛО, однако большая часть (69%) готовы оплатить за аналогичный препарат другой фирмы-производителя;
- 50% респондентов принимали антибиотики без назначения врача.

для детского населения (опрос среди родителей детей):

- 34% отметили, что выписанное ЛС периодически отсутствует в аптеке, однако большая часть (59%) отмечает, что ЛС всегда есть;
- 29% детей принимали антибиотики без назначения врача.

Общая оценка системы бесплатного АЛО в Казахстане по мнению медицинских и фармацевтических работников выглядит следующим образом:

- «удовлетворительно – 39% респондентов;
- «хорошо» – 34,3% респондентов;
- «отлично» – 9,5% респондентов;
- «неудовлетворительно» – 13,8% респондентов.

Учитывая, что АЛО является наиболее актуальным направлением в оказании медицинских услуг, в рамках данного анкетирования были собраны предложения опрошенных респондентов, которые, по их мнению, могут изменить систему бесплатного АЛО в лучшую сторону, а именно:

- расширить перечень качественных и эффективных препаратов;
- бесперебойное лекарственное обеспечение, чтобы лекарства были постоянно;
- улучшить подготовку медицинских работников, чтобы врачи работали в единой информационной системе;
- предусмотреть назначение, выписку и отпуск ЛС в онлайн формате;
- введение контроля за лекарственным обеспечением пациентов, находящихся на динамическом наблюдении;
- предусмотреть наличие постоянного запаса ЛС для бесплатного отпуска.

Определение потребности в ЛС и МИ

является одним из этапов лекарственного обеспечения. В РК ранее расчет потребности в ЛС осуществлялся в соответствии с приказом МЗСР РК от 30 сентября 2015 года № 766 «Об утверждении правил обеспечения ЛС граждан»):

- на основании данных динамики заболеваемости и эпидемиологической ситуации в регионе, а также статистических данных по прогнозируемому количеству больных;
- согласно схемам лечения на основе клинических протоколов с указанием дозы (разовая, суточная, курсовая), кратность приема в сутки и длительность приема (количество дней);

- с учетом наименований и форм выпуска лекарственных препаратов в электронном регистре диспансерных больных;
- с учетом фактического потребления ЛС за предыдущий год;
- в соответствии с Перечнем для обеспечения на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Стоит отметить, что не были регламентированы правила и методика, позволяющие произвести корректный расчет потребности в ЛС и МИ.

Длительное время общая потребность в ЛС формировалась на основе исторического потребления. Медицинские организации областей, городов республиканского значения и столицы, оказывающие АПП в рамках ГОБМП и ОСМС самостоятельно формировали заявку на трехлетний период на ЛС в разрезе нозологий, наименований и количества ЛС, количества пациентов на основании данных ИС ЭРДБ.

В 2018-2019 годах началась работа по актуализации таких персонифицированных регистров как, регистр диспансерных больных, больных туберкулезом, психическими заболеваниями и других, а также их интеграции друг с другом и другими информационными ресурсами. В этот же период началась работа по интеграции персонифицированных регистров по различным заболеваниям, с базами данных по учету бесплатного и льготного лекарственного обеспечения. При этом проблемы ввода данных необходимой детализации сохраняются. Следовательно, отсутствие полной и достоверной информации об объемах потребления медицинских услуг и состоянии здоровья населения не позволяли должным образом запланировать потребность в ЛС и МИ.

Существующие механизмы планирования затрат ПМСП нуждались в преобразованиях. МЗ СР 20 августа 2021 года утвержден приказ № ҚР ДСМ-89 «Об утверждении правил обеспечения ЛС и МИ в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, а также правил и методики

формирования потребности в ЛС и МИ в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС». Разработана методика формирования потребности в ЛС и МИ в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, позволяющая произвести корректный расчет на основе оценки потребностей населения. Надо признать, что действующий приказ нуждается во внесении объемных изменений и дополнений.

Расчет потребности в ЛС и МИ следует разделить – при оказании медицинской помощи в стационарных, стационарозамещающих условиях и амбулаторных условиях, так как расчет производится на основании разных показателей.

Согласно приказа расчет производится на основании значения установленной суточной дозы (Defined Daily Dose - DDD) и длительности приема (количество дней) для ЛС согласно данным Сотрудничающего центра ВОЗ по методологии лекарственной статистики. Однако, установленная суточная доза – это фиксированная величина, соответствующая предполагаемой средней поддерживающей суточной дозе ЛС, применяемого по основному показанию у взрослых, установленная Сотрудничающим центром ВОЗ по методологии лекарственной статистики. DDD присваиваются ВОЗ только по одному основному показанию у взрослых, тогда как некоторые ЛС показаны к применению по нескольким показаниям. На уровне РК не могут быть рассчитаны DDD для ЛС. С целью присвоения лекарственным средствам DDD направляются предложения в ВОЗ. Значения DDD пересматриваются ВОЗ с появлением новых данных для применения ЛС по основному показанию либо данных клинических исследований [30]. Сотрудничающий центр ВОЗ по методологии лекарственной статистики не устанавливает для ЛС длительность приема (количество дней) [31].

В РК рекомендовано применять среднюю суточную дозу в расчетах. При этом субъекты здравоохранения оказывают медицинскую

помощь в соответствии со стандартами организации оказания медицинской помощи, правилами оказания медицинской помощи, а

также клиническими протоколами, в рамках которых предусмотрено применение лекарственной терапии.

7.2. Проблемные вопросы лекарственного обеспечения ПМСП

Анализируя текущую ситуацию в области АЛО необходимо выделить следующие **проблемные вопросы**:

1. В части планирования и оценки обеспеченности ЛС:

- отсутствие достоверной информации по потребности в ЛС и МИ на амбулаторном уровне;
- отсутствие реалистичного анализа обеспеченности пациентов ЛС и МИ;
- недостаточная гибкость системы планирования;
- отсутствие мониторинга применения ЛС и МИ пациентами;
- применение разнотипной структуры кодирования МКБ-10 для перечня хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению приводит к некорректной обработке статистических данных в ИС, следовательно, и к получению некорректной численности пациентов в разрезе заболеваний;
- отсутствие автоматизированной и единой (унифицированной) статистической обработки данных на уровне ИС, позволяющей судить о динамике заболеваемости хроническими болезнями и прогнозировать количество пациентов с хроническими заболеваниями;
- отсутствие четкого понимания статистических данных о пациентах с хроническими заболеваниями в разрезе взрослых и детей ввиду отсутствия надлежащего учета, и автоматизированной обработки данных на уровне ИС;
- отсутствие ИС здравоохранения, обеспечивающей учет, хранение и обработку данных о пациентах с острыми заболеваниями (состояниями), получающих медицинскую помощь в амбулаторных

условиях. Невозможность корректного прогнозирования динамики острой заболеваемости в РК;

- отсутствие учета сведений на уровне ИС по ограничениям, установленным Перечнем АЛО в части показаний (степень, стадия, тяжесть течения) для назначения ЛС;
- отсутствие (или ограниченные) данных и мониторинга по клинической эффективности и безопасности ЛС для лечения пациентов с орфанными заболеваниями, преобладание суррогатных исходов, отсутствие данных по качеству жизни пациентов;
- высокая степень клинической и экономической неопределенности (слабая доказательная база) в действии ЛС для лечения орфанных заболеваний;
- отсутствие единого (унифицированного) подхода прогнозирования количественных показателей пациентов для обеспечения в соответствии с Перечнем АЛО в разрезе медицинских организаций.

2. В части организации и проведения закупа ЛС и МИ:

- перебои со снабжением из-за длительной процедуры закупа Единым дистрибьютором (ЕД), непрозрачности проведения закупочных процедур ЕД, человеческого фактора/ошибок при рассмотрении тендерной документации ЕД, некорректного формирования потребности в ЛС и МИ, несвоевременного утверждения перечней АЛО и ЕД, невозможности закупить некоторые позиции ЛС и МИ, длительности процедуры рассмотрения заявок и закупа управлениями здравоохранения;
- отказ пациентов от закупленных ЛС в связи с закупом генерических препаратов, биоаналогов (биосимиляров) и жалобами на

неэффективность и побочное действие ЛС. Около 80% закупаемых ЛС представлены генериками, лидируют ЛС индийского производства. Закуп ЛС производится по принципу наименьшей цены. При этом закупается неэффективные или малоэффективные ввезенные генерики, не зарегистрированные в стране производства, что может привести к снижению качества лечения, серьезным побочным реакциям;

- в РК не проводится оценка генериков при закупе для подтверждения его соответствия нормам и стандартам с точки зрения безопасности, качества и эффективности ЛС, отсутствует процедура разделения генериков в зависимости от степени терапевтической эквивалентности (соответствия) оригиналу (в случае отсутствия на рынке – референтному ЛС).
- для организаторов закупа не доступна информация о результатах доклинических, клинических испытаний или исследованиях, подтверждающих биоэквивалентность генериков, а также данные обо всех подтвержденных экспертным органом случаях серьезных нежелательных явлений и отсутствия эффективности для обеспечения оптимального закупа эффективных и безопасных генериков.

3. В части, регистрации, хранения и учета ЛС и МИ:

- отсутствие мониторинга по запасам ЛС и МИ в МО ПМСП и мониторинга применения ЛС и МИ пациентами;
- отсутствие доступа к необходимым ЛС и лекарственным формам/дозировкам, в том числе педиатрическим.
- отсутствие государственной регистрации антибиотиков из группы «Доступа» – феноксиметилпенициллин, спектиномицин и из группы «Резерва» – цефтазидим + авибактам, меропенем + вабробактам, плазомицин, полимиксин В. Всё это несомненно ограничивает физическую доступность ключевых антибиотиков, особенно это актуально для

группы «Резерва» ввиду их применения при жизнеугрожающих состояниях, связанных с антибиотикорезистентностью.

- отсутствие регистрации ряда лекарственных форм антибиотиков из всех групп антибиотиков по классификации AWaRe. В основном это пероральные жидкие лекарственные формы и лекарственные формы для детей. В группе «Доступа» не зарегистрированы в РК некоторые лекарственные формы выпуска и дозировки амоксициллина, хлорамфеникола, клиндамицина, доксацилина, метронидазола, нитрофурантоина. В группе «Наблюдения» не зарегистрированы в РК некоторые лекарственные формы выпуска и дозировки цефотаксима, пиперациллин + тазобактам, ванкомицина цефтазидима. В группе «Резерва» не зарегистрирован инъекционный фосфомицин и пероральный раствор линезолида [32];
- недоступность ряда противосудорожных средств, входящих в Модельный список основных ЛС ВОЗ: мидазолам – инъекционный, оральная, буккальная, диазепам – ректальная, фенобарбитал – инъекционный, оральная жидкая, таблетки, фенитоин – инъекционный, таблетки, карбамазепин – жидкая оральная, таблетированная, ламотриджин, этосуксимид – капсулы, оральная жидкая, лопазепам – инъекционный;
- в Казахстане отсутствуют на законодательном уровне термины «реальная клиническая практика», «данные реальной клинической практики», «исследования реальной клинической практики» и «доказательства реальной клинической практики», а также нормы, регулирующие процедуры сбора и анализа данных реальной клинической практики (англ. real-world data, RWD).

4. В части лекарственного обеспечения пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи:

- обеспеченность пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, в полном объеме в препаратах, купирующих боль и другие тягостные симптомы, составляет не более 20%;
- снижена доступность к необходимым ЛС (отсутствует регистрация), не все препараты, которые зарегистрированы в КНФ, и которые имеются в клиническом протоколе «Паллиативная помощь больным с хроническими прогрессирующими заболеваниями в инкурабельной стадии, сопровождающимися хроническим боевым синдромом» закупаются ЕД;
- нормативно-правовая база за контролем и отпусканием опиоидных обезболивающих сложная и зачастую необоснованная, например, требуется разрешение онколога онкодиспансера на выписку препаратов, хотя назначение и выписку может делать участковый врач;
- отсутствует учет пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи неонкологического профиля, а также детей, следовательно, врачи неправильно оценивают потребность в опиоидных препаратах;
- не синхронизированы требования по обороту опиоидных ЛС с требованиями правоохранительных органов, например, требуются сохранение и сдача ампул и блистеров в обмен на получение новых

препаратов. Не предусмотрено обеспечение машин скорой помощи и мобильных бригад опиоидными препаратами.

5. В части недостаточной рациональности использования ЛС (РИЛС):

- отсутствие системы поддержки принятия решения для врачей;
- не всегда соблюдаются протоколы лечения пациентов;
- перебои или несвоевременная поставка ЛС;
- врачи недостаточно обучены РИЛС и пониманию рисков нерационального использования ЛС и медикаментозных ошибок;
- организации ПМСП проводят внутреннюю оценку РИЛС формально;
- во многих организациях ПМСП (городских и районных) отсутствуют клинические фармакологи.

6. В части отсутствия персонализированного подхода к применению ЛС:

- недостаточно учитываются особенности течения заболевания пациентов, индивидуальная непереносимость и т.д.;
- не внедрены фармакогенетика и терапевтический лекарственный мониторинг.

7.3. Международный опыт лекарственного обеспечения ПМСП

Многие страны стремятся достичь некоторой степени справедливости в финансировании приобретения ЛС, признавая наличие расхождения между ценой ЛС для больного и его платежеспособностью. Поэтому такие страны проводят в финансировании здравоохранения политику, часто предполагающую оплату ЛС третьей стороной, которая обеспечивает больным доступ к нужным им ЛС, хотя реальное распределение

финансового бремени между обществом и личностью может различаться. На него влияют преобладающие в обществе понятия о культуре, традициях и общей этике [33].

Европейская система регулирования ЛС основывается на сети органов по регулированию ЛС от 31 государств-членов Евросоюза, Европейской Комиссии и Европейского Агентства по ЛС. Эта сеть делает систему регулирования ЕС уникальной.

Из-за различий в системе здравоохранения в разных странах существуют различия в системе лекарственного возмещения и политики возмещения. Существует, однако, мало доказательств эффективности и устойчивости этих различных стратегий возмещения [28].

Все системы по возмещению ЛС основаны на балансировке трех основных целей:

- Устойчивости системы;
- Равенства помощи;
- Качества помощи [28].

К примеру, в **Великобритании** все жители пользуются услугами NHS, которая непосредственно субсидирует их доступ к ЛС, оставляя для частных страхователей в сфере здравоохранения лишь незначительное место и позволяя больным ограничиваться номинальной платой за ЛС.

Другая крайность наблюдается в **США**, где страхование состояния здоровья является добровольным и находится в руках ориентирующихся на прибыль частных страховых компаний, а государственному страхованию в этой сфере отводится лишь остаточная роль прибежища для тех, кто не в состоянии оплачивать страховые премии. В результате страхование состояния здоровья в Великобритании находится под контролем государства, а в США оно носит рыночный характер и участие государства в нем минимально. И наоборот, в развивающихся странах, сталкивающихся с проблемами роста населения и распространения таких болезней, как ВИЧ/СПИД, часто вообще нет страхования состояния здоровья. Финансовое бремя, порожденное заболеванием, несут сами больные и их семьи, и в результате большинство больных не получают должного лечения из-за денежных затруднений.

Несмотря на значительные различия между отдельными странами, всех их объединяет озабоченность плательщика (государства, юридического или физического лица) необходимостью оставаться в пределах

ограниченного бюджета. Все, кто финансируются из бюджета, все более настойчиво требуют соответствия качества товаров и услуг уплаченной за них цене. Там, где финансирование основывается на страховой системе, государственной или частной, теоретически можно повысить страховые премии и взносы до любого уровня, необходимого для покрытия расходов, но на практике это создает серьезный риск, который может определенным образом возложить на личность или группу личностей непосильное бремя. В конечном счете необходимое лечение может стать недоступным для больного.

То, что цены на ЛС и общий уровень расходов на них так сильно различаются по странам, вызывает оживленные дебаты о политике, проводимой в этой области. Чаще всего обсуждается ограничение списка препаратов, подлежащих оплате или компенсации в рамках системы страхования, и предложения о том, что даже те больные, которые охвачены системой страхования, должны нести определенную часть финансового бремени, связанного с приобретением ЛС.

Несмотря на то, что медицинская помощь в рамках NHS оказывается бесплатно в момент ее получения, некоторые виды услуг либо не входят в набор бесплатных услуг и пациентам приходится оплачивать их из своих средств (прямые платежи), либо включены в набор, но оказываются на условиях разделения стоимости их оказания и требуют соплатежей граждан. Соплатежи взимаются за стоматологическую помощь и рецептурные ЛС, предоставляемые в рамках NHS [34].

Стоимость выписанного рецепта независимо от типа ЛС составляет 6,85 фунта стерлингов. От оплаты освобождаются пациенты старше 60 и моложе 16 лет, пациенты с определенными заболеваниями и низким уровнем доходов, беременные, лица имеющие постоянную инвалидность, пациенты, находящиеся в стационаре NHS.

Люди с определенными заболеваниями могут получить бесплатные рецепты NHS. Свидетельства об освобождении от медицинского страхования выдают, если у пациента есть онкологическое заболевание, включая последствия рака или эффекты текущего или предыдущего лечения рака; Аддисона), при которой необходима специфическая заместительная терапия; несахарный диабет или другие формы гипопитуитаризма; сахарный диабет, кроме случаев, когда лечение проводится только с помощью диеты; гипопаратиреоз; миастения; микседема (гипотиреоз, требующий замены гормонов щитовидной железы); эпилепсия, требующая постоянной противосудорожной терапии; продолжающаяся физическая инвалидность (временная инвалидность не считается, даже если она длится несколько месяцев) [35].

имеется постоянный свищ (например, ларингостомия, колостома, илеостомия или некоторые почечные диализные свищи), требующий постоянной хирургической повязки или приспособления; любая форма гипoadrenalизма (например, болезнь

Если есть необходимость в повторном выписывании рецептов на одно и то же ЛС, больные могут приобрести так называемый сертификат о предоплате, позволяющий врачам бесплатно выписывать несколько рецептов. Стоимость выписываемых ЛС, как уже упоминалось выше, остается фиксированной при любой их рыночной стоимости, но рецепты на медицинское оборудование и принадлежности обходятся британцам дороже [36].

Национальный перечень основных ЛС в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА), входящих в Сеть PPRI

Национальный перечень основных ЛС имеется во всех рассмотренных странах, за исключением Грузии. Он содержит приблизительно 300-650 МНН и часто служит

основой для дальнейшего составления перечней возмещения – либо для амбулаторного или больничного сектора, либо для обоих (Таблица 7.1) [37].

Таблица 7.1. Национальный перечень основных ЛС в странах ВЕЦА, входящих в Сеть PPRI, 2018 год

Страна	Охват	Сектор	Роль	Процедура внесения/изъятия
Азербайджан	305 МНН	Амбулаторный и больничный	Обеспечивает полное государственное покрытие (без платежей из личных средств пациентов)	Ответственность за формирование и пересмотр НП ОЛС (каждые 5 лет) возложена на МЗ
Армения	409 МНН	Нет данных	Используется для составления Клинических протоколов, госзакупок ЛС, организации безвозмездной помощи и принятия решений о возмещении стоимости	Решения принимаются на основе следующих критериев: эффективность и безопасность ЛС; финансовые соображения; уровни заболеваемости и смертности; структура распространенности заболеваний; экономические, генетические и демографические параметры; структура медицинских учреждений; опыт и уровень образования медработников
Беларусь	460 МНН	Амбулаторный	Обеспечивает частичное или полное покрытие	Внесение препаратов в НП ОЛС и изъятие из него относится к компетенции МЗ
Грузия			НП ОЛС отсутствует	
Кыргызстан	409 МНН	Амбулаторный и	Основа для перечня возмещения	На основе правительственных постановлений и правил ФОМС

		больничный	стоимости ЛС для амбулаторного лечения или больничных перечней ЛС	
Молдова	650 МНН	Амбулаторный и больничный	Основа для перечня возмещения стоимости препаратов и для больничных перечней ЛС	Внесение ЛС в Перечень и изъятие из него осуществляется Постоянной комиссией МЗ по оценке НП ОЛС согласно приказу МЗ
Таджикистан	340 МНН	Амбулаторный и больничный	Основа для перечня возмещения стоимости, государственных закупок ЛС, подготовки клинических протоколов и организации пожертвований	Пересматривается каждые два года, исходя из рекомендаций ВОЗ и национальных медицинских экспертов
Туркменистан	432 МНН	Амбулаторный и больничный	Некоторые ЛС могут отпускаться бесплатно (ЛС для лечения онкологических заболеваний, опиоиды, инсулин)	Определяется совместным решением МЗ и медицинской отрасли
Узбекистан	430 МНН	Больничный	Соответствует перечню ЛС, которые отпускаются в стационаре	На основе критериев, установленных приказом МЗ
Украина	427 МНН	Амбулаторный и больничный	Основа для всех прочих перечней (перечни ЛС, которые закупаются централизованно для вертикальных программ и перечень ЛС для амбулаторного лечения, которые возмещаются в рамках Программы «Доступные лекарства»)	Не установлено

На основе НП ОЛС и вертикальных программ были разработаны перечни возмещения (также именуемые «формулярами» или «положительными перечнями»). Такие перечни существуют в большинстве опрошенных стран и ориентированы либо на амбулаторный и больничный, либо только на амбулаторный сектор (Таблица 7.2).

Обычно перечни возмещения основываются на НП ОЛС (например, в Туркменистане) и часто формируются с упором на конкретные заболевания, лечение которых считается

«социально значимым». Во всех странах за исключением Армении и Узбекистана ЛС в больницах предоставляются бесплатно (без формальных платежей со стороны пациента). При этом в ряде стран амбулаторным пациентам необходимо доплачивать некий процент от цены определенных препаратов из субсидируемого государством льготного пакета (так называемых «возмещаемых препаратов»). В частности, такая ситуация наблюдается в Беларуси, Молдове и Украине.

Таблица 7.2. Перечни возмещения стоимости ЛС в странах ВЕЦА, входящих в Сеть PPRI, 2018

Страна	Перечни возмещения		Пациенты, имеющие право на возмещение стоимости	Частота пересмотра
	Амбулатор	Стационар		
Азербайджан	Да (перечень «жизненно важных ЛС»)	Да; Национальный больничный формуляр ЛС (НБФЛС) (146 МНН)	Амбулаторный сектор: определенные заболевания. Больничной сектор: все пациенты стационара	Каждые пять лет
Армения	Да	Да	Национальный больничной формуляр лекарств Амбулаторный и больничной секторы: для конкретных заболеваний и населения	Три пересмотра с 2006 года
Беларусь	Да (460 МНН)	Да; НБФЛС (820 МНН)	Амбулаторный сектор: в зависимости от ЛС, включенных в перечень; различные ставки возмещения (100%, 90%, 50%) для разных групп населения.	Ежегодно

			Больничный сектор: все пациенты стационара	
Грузия	Да (> 100 препаратов)	Нет; но существуют клинические протоколы (возмещаемые ЛС как составляющая обслуживания)	Амбулаторный сектор: в зависимости от заболевания, социального статуса и возраста пациентов Больничный сектор: покрываются все лекарства	Обычно ежегодно
Кыргызстан	Да (58 МНН и 3 изделия медицинского назначения)	Да; каждая больница составляет собственный лекарственный формуляр (на основе НП ОЛС, причем допускается 20% гибкости)	Амбулаторный сектор: в зависимости от ЛС, внесенных в Дополнительный пакет, с доплатой около 50%. Пациенты с хроническими заболеваниями, для которых предусмотрен перечень ЛС, включенных в ГОБМП – с доплатой 10%. Больничный сектор: все пациенты стационара	Амбулаторный сектор: по мере необходимости Больничный сектор: ежегодно (при подготовке договоров на оказание медицинского обслуживания с ФОМС)
Молдова	Да (148 МНН)	Да; каждая больница составляет собственный лекарственный формуляр на основе НБФЛС (735 МНН, ЛС, предусмотренные Вертикальными программами, не включены)	Амбулаторный сектор: в зависимости от лекарств для лечения конкретных групп заболеваний, которые были отобраны для внесения в перечень возмещения (на основе ОТЗ, фармакоэкономики) Больничный сектор: все пациенты стационара	Амбулаторный сектор: ежегодно. Больничный сектор: НБФЛС не менялся с 2006 года, но больничные лекарственные формуляры пересматриваются ежегодно в соответствии с национальными клиническими протоколами и требованиями в отношении закупок.
Таджикистан	Да	Да	Право на возмещение стоимости основано на наличии заболеваний (так называемый «список 2») и социального статуса (так называемый «список 1»)	Как минимум каждые два года
Туркменистан	Да (некоторые ЛС, включенные в НП ОЛС)	Да (некоторые лекарства, включенные в НП ОЛС)	Все пациенты: некоторые ЛС покрываются полностью (100%), и другие лишь на 50%	
Украина	Да (23 МНН)	Нет, но могут быть отпущены только препараты (427 МНН), включенные в НП ОЛС	Амбулаторный сектор: для всех пациентов; возмещается перечень из 23 МНН, охватывающий ССЗ, диабет 2 типа и бронхиальную астму – возмещается 100% от тарифа возмещения (однако может потребоваться доплата со стороны пациента). Больничный сектор: все пациенты стационара	Процедура не оформлена

В целом, для рассмотренных стран характерны одинаковые закономерности и тенденции:

- в последние годы все страны достигли прогресса во всеобщем охвате услугами здравоохранения. При этом, несмотря на то эти страны обеспечивают всеобщий доступ к здравоохранению, объем покрываемых медицинских услуг часто ограничен;

- субсидируемый за счет государственного бюджета объем льготного АЛО обычно очень мал и в основном пациенты в этих странах несут большие расходы, будучи вынужденными оплачивать препараты для амбулаторного лечения из личных средств. Это один из главных факторов, ведущих к высокому уровню личных расходов граждан на оплату медицинской помощи;

- система возмещения стоимости в значительной мере ориентирована на борьбу с конкретными заболеваниями (вертикальные программы);
- генерические ЛС, как правило, занимают большую долю рынка (особенно в натуральном выражении). Во всех исследуемых странах учреждены меры по поощрению использования генериков (назначение препаратов по МНН и замещение оригинального ЛС генериком);
- когда страны принимали решение в пользу полного ценового регулирования, они взяли на вооружение механизм внешних референтных цен (ВРЦ).

Вместе с тем, между странами также отмечаются отличия:

- отечественное производство играет важную роль в некоторых странах, но не во всех;
- в плане ценового регулирования, по всей видимости, страны подразделяются на три группы:
 - ✓ страны (Азербайджан, Казахстан, Молдова, Узбекистан и Украина), где действует полный контроль цен (т.е. регулирование на уровне отпускной цены производителя и в снабженческой цепочке) по меньшей мере для некоторых препаратов амбулаторного сектора;
 - ✓ страны (Беларусь и Туркменистан), которые регулируют исключительно маржу дистрибуции;
 - ✓ страны (Армения, Грузия, Кыргызстан и Таджикистан) без какого-либо ценового регулирования.
- по части возмещения стоимости некоторые страны (в том числе Казахстан, Молдова и Украина) постепенно продвигаются к общему европейскому подходу. Упомянутые страны также стремятся применять инструменты, такие как ОТЗ, и рассматривают возможность ведения переговоров по поводу соглашений о контролируемом рыночном запуске. В целом страны ВЕЦА обычно ориентируются на практику европейских стран в сфере

реализации лекарственной политики. Тем не менее также имеет смысл учиться и обмениваться опытом с другими членами сети PPR1 стран ВЕЦА, поскольку некоторые из них движутся вперед в реформировании фармацевтической отрасли.

При проведении сравнения по количеству ЛС по МНН по наиболее социально-значимым заболеваниям: из ССЗ – артериальная гипертензия, онкологические заболевания, диабет. ССЗ являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ. Люди, страдающие ССЗ или подвергающиеся высокому риску таких заболеваний (*в связи с наличием одного или нескольких факторов риска, таких как повышенное кровяное давление, диабет, гиперлипидемия, или уже развившегося заболевания*), нуждаются в раннем выявлении и оказании помощи путем консультирования и, при необходимости, приема ЛС. Как минимум, 75% случаев смерти от ССЗ в мире происходят в странах с низким и средним уровнем дохода.

Для вторичной профилактики ССЗ у лиц с уже имеющимся заболеванием, включая диабет, необходимо проведение лечения с использованием следующих ЛС: аспирин; бета-блокаторы; ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; статины.

В настоящее время имеются значительные недостатки в осуществлении этих мер, особенно на уровне ПМСП. При сравнении по возмещению ЛС при артериальной гипертензии: наибольшее количество возмещаемых ЛС в Латвии – 13 позиций ЛС; наименьшее – в Польше 7 ЛС, из них 4 ЛС возмещаются только на 30%.

По сахарному диабету в Казахстане в рамках ГОБМП представлены 23 позиции ЛС, в том числе 10 инсулинов, в Республике Беларусь – 23 позиции, в Польше 18 позиций ЛС, в Латвии 14 позиций ЛС. Касательно онкологических заболеваний отмечается практически такая же тенденция: в Республике Беларусь

возмещается 24 МНН, в Польше – 15 МНН в Латвии – 19 МНН, в Литве – 25 МНН, в Эстонии – 18 МНН. При сравнении по кодам МКБ-10 практически возмещаются по всем кодам – Новообразования (C00-D48).

По ревматоидному артриту необходимо отметить, что в РК возмещается по общему количеству наибольшее количество ЛС – 6 МНН, в том числе и 3 биологических ЛС.

Необходимо отметить, что с 2019 года доступ пациентов с воспалительными и аутоиммунными ревматическими заболеваниями к эффективным методам лечения был расширен. В настоящее время инновационное лечение доступно пациентам по семи клиническим показаниям в рамках пяти лекарственных программ, в том числе и по лечению ревматоидного артрита и подросткового идиопатического артрита с агрессивным течением (МКБ-10 M 05, M 06, M 08) – лекарственная программа – приложение В.33.2.

В рамках программ по ЛС пациенты имеют доступ как к инновационным биологическим препаратам, так и к биологическим биоаналогичным препаратам, обладающим такой же эффективностью и безопасностью, что и инновационные препараты. Кроме того, пациенты с ревматоидным артритом имеют доступ к инновационным синтетическим лекарствам – 9 биологических ЛС.

Таким образом, в результате сравнения по возмещению ЛС в РК отмечается высокий

уровень доступности ЛС на амбулаторном уровне.

RWD/ RWE

В мире очень активно идет сбор данных реальной клинической практики и формирование доказательств, собранных в реальной клинической практике. Данные реальной клинической практики (англ. real-world data, RWD) – это информация о состоянии здоровья пациентов и/или об оказании медицинской помощи, полученные из различных источников вне рамок пред-регистрационных клинических исследований.

Доказательства, собранные в реальной клинической практике (син. англ. real-world evidence, RWE) – это клиническое свидетельство об использовании и потенциальных выгодах или рисках применения технологий здравоохранения, полученное в результате анализа данных реальной клинической практики. Доказательства, собранные в реальной клинической практике, могут ответить на вопросы в области рутинного применения ЛС, взаимодействия между ЛС и заболеванием [38-39].

Исследования реальной клинической практики зачастую являются единственным источником данных о ЛС, и такие исследования должны быть включены в совокупность доказательств, учитываемых при оценке ЛС и принятии решений о возможности включения ЛС в клинические протокола, возмещаемые перечни ЛС.

7.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов лекарственного обеспечения ПМСП

Для решения всех вышеуказанных проблем предлагается:

1. В части планирования и оценки обеспеченности ЛС:

1.1. Обеспечить надлежащие условия для объективного учета заболеваемости и

прогнозирования для правильного планирования оценки обеспеченности ЛС:

- внедрить однотипную структуру кодирования болезней в соответствии с 4-значной подрубрикой МКБ-10, содержащей буквенно-цифровой код с буквой латинского алфавита в качестве первого знака и

цифрой во втором, третьем и четвертом знаке кода (четвертый знак кода присвоен не по всем заболеваниям и указан после точки). Рубрики без 4-значной подрубрики для машинной статистической обработки на уровне ИС должны быть дополнены четвертым знаком – буквой «Х». Данное внедрение обеспечит четкое представление о численности пациентов в разрезе как 3-значных рубрик МКБ-10, так и 4-значных подрубрик МКБ-10. При этом ввод данных должен осуществляться только с применением 4-значных подрубрик МКБ-10, а учет по 3-значным рубрикам МКБ-10 путем статистической обработки данных за счет суммы показателей по пациентам 4-значных подрубрик;

➤ реализовать на уровне ИС:

- ✓ отдельный учет и обработку статистических данных о пациентах с ХНИЗ, подлежащих динамическому наблюдению, по категориям – взрослые, дети (ввиду особенностей ведения пациентов в педиатрии);
- ✓ обработку статистических данных по пациентам с возможностью определения и учета данных о вновь выявленных пациентах с ХНИЗ для динамического наблюдения. Данная реализация позволит судить о темпе прироста/снижения заболеваемости в разрезе кодов МКБ-10 для ХНИЗ. При этом, необходимо предусмотреть унифицированный подход для вычисления упоминаемых показателей на уровне ИС для всех медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- ✓ единый (унифицированный) подход для определения прогноза пациентов с ХНИЗ для динамического наблюдения на последующий планируемый год (период) на уровне ИС для всех медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

➤ предусмотреть интеграцию ИС здравоохра-

нения, наполняемых первичной информацией медицинских организаций и осуществляющих учет и хранение медицинской информации в части пациентов с ИС, функционалом которой будет определено формирование потребности в ЛС и МИ с целью исключения повторного ввода данных вручную, минимизации нагрузки на медицинские организации и исключения риска технических ошибок;

➤ разработать и внедрить ИС для учета, хранения данных о пациентах с острыми заболеваниями (состояниями), получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с применением однотипной структуры кодирования болезней в соответствии с 4-значной подрубрикой МКБ-10;

➤ реализовать уточнения клинического диагноза (как для острых, так и для хронических заболеваний). Для учета данных о пациентах, подлежащих АЛО, уточнения предусмотреть в соответствии с Перечнем АЛО, в части показаний (степень, стадия, тяжесть течения) для назначения ЛС;

➤ предусмотреть в ИС обработку статистических данных по пациентам с возможностью определения и учета данных о вновь выявленных случаях для АЛО в рамках ГОБМП и ОСМС.

1.2. Обеспечить совершенствование ИС в части учета и расчета потребности ЛС и МИ:

➤ разработать единый электронный справочник для автоматизированного расчета потребности в ЛС, который включает в себя:

- ✓ расчетные суточные дозы;
- ✓ средняя курсовая продолжительность и (или) количество курсов применения ЛС;
- ✓ коэффициенты вероятности применения ЛС;
- ✓ среднее историческое потребление в ЛС на одного пациента детского возраста;

- ✓ годовая потребность в ЛС на одного взрослого и ребенка.
 - обеспечить интеграцию ИС с ИСЛО, ИС ЭРДБ, МИС для выгрузки статистических данных в разрезе медицинских организаций, регионов и РК:
 - ✓ по потреблению ЛС и МИ у взрослых в разрезе нозологии и пакетов закупа ГОБМП или ОСМС на амбулаторном уровне;
 - ✓ по потреблению ЛС и МИ у детей в разрезе нозологии и пакетов закупа ГОБМП или ОСМС на амбулаторном уровне.
 - внедрить автоматизированный расчет значений среднего исторического потребления ЛС в разрезе заболеваний (состояний) на одного пациента детского возраста;
 - внедрить автоматизированный расчет коэффициентов вероятности применения ЛС в разрезе заболеваний (состояний);
 - внедрить ИС «Полнофункциональное отслеживание видов и движения лекарственного обеспечения» для обеспечения автоматизированного расчета:
 - ✓ значений среднего исторического потребления ЛС в разрезе лекарственных форм и заболеваний (состояний) на одного пациента детского возраста в единицах измерения;
 - ✓ коэффициентов вероятности применения ЛС в разрезе лекарственных форм и заболеваний (состояний);
 - ✓ количества прогнозируемых пациентов в разрезе заболеваний (состояний) на предстоящий плановый трехлетний период.
 - провести анализ необеспеченных рецептов для разработки предложений по достижению 100% обеспечения ЛС и МИ пациентов от общего числа выписанных бесплатных рецептов.
- 2. В части организации и проведении закупа ЛС и МИ:**
- определять эквивалентность генерика оригиналу по подтверждающим документам о степени терапевтической эквивалентности генерика для возможности принятия решения о закупе;
 - производить закупку терапевтически эффективных генериков в правильных количествах и в соответствии с предъявляемыми к ним стандартами обеспечения качества;
 - поставщики должны выбираться и подлежать наблюдению в соответствии с требованиями GMP для обеспечения качества ЛС в любой момент времени;
 - не следует руководствоваться принципом наименьшей цены требуется разработать и внедрить многокритериальный анализ принятия решения при принятии решения о закупе ЛС;
 - включить в структуру классификатора ЛС и МИ (утвержденную Приказом МЗ РК от 18.02.2021 года № 88) информацию о наличии в перечнях Казахстанского лекарственного формуляра, АЛО, ГОБМП, ОСМС, ЕД, орфанных ЛС, показаний к применению согласно инструкции ЛС, МКБ-10, 4-значный показатель, среднюю суточную дозу, кратность применения, курс лечения;
 - в случае отсутствия утвержденного перечня АЛО и закупа ЕД до 01 июня – производить закуп по перечню текущего года (либо постоянно действующий Перечень ЛС и МИ на закуп);
 - разработать и утвердить перечень терапевтически эквивалентных ЛС;
 - отменить требование освоения медицинскими организациями ЛС и МИ до 31 декабря, что сократит расходы государства и обеспечит пациентов ЛС и МИ в начале года.
 - разработать систему сбора информации реальной клинической практики;
 - обеспечить проведение регистровых исследований ЛС и МИ (в первую очередь для дорогостоящих и инновационных препаратов) для получения достоверной и обоснованной информации о ценности и

преимущества технологий и/или ЛС в сравнении с существующей стандартной практикой;

- внедрить принципы многокритериального анализа принятия решений (Multiple Criteria Decision Analysis, MCDA) для отбора ЛС для закупа, что даст возможность проведения сравнительной оценки на основе стандартизированных критериев и позволит избежать влияния субъективных факторов на принятие управленческих решений. Рекомендуется создать Экспертную группу, которая определит критерии для отбора ЛС и их вес (значимость). Предлагаем следующие критерии MCDA для рассмотрения:

- ✓ эквивалентность референтному (оригинальному) продукту (Фармацевтическая эквивалентность; Взаимозаменяемость, определяемая на основе национальных критериев; Биоеквивалентность, доказанная на основе национальных критериев; Биоеквивалентность, подтвержденная на основании критериев EMA или FDA; Терапевтическая эквивалентность, доказанная в клинических испытаниях; Повышение эффективности и/или безопасности на основе данных клинических испытаний);

- ✓ реальные клинические или экономические результаты, включая наличие международных данных об улучшении в переносимости, комплаенсе, затратах, не связанных с медикаментами, а также национальных данных об улучшении (преимущества для пациентов с помощью фармацевтических технологий; обеспечение качества; макроэкономические преимущества; надежность поставок лекарств, фармаконадзор; отработанная система сбора данных фармаконадзора; дополнительные услуги, связанные с продуктом).

- упростить процедуру закупа для ЕД (автоматизация и сокращение сроков)

тендерных процедур (сокращение количества тендерной документации);

- обеспечить формирование неснижаемого запаса в объеме до 25% от всего количества закупаемых единым дистрибьютером ЛС и МИ;
- предусмотреть акиматам финансовые средства для обеспечения пациентов ЛС и МИ для закупа до 01 июля.

3. В части сбора информации о побочном действии и неэффективности ЛС и МИ:

- обеспечить интеграцию ИС НЦЭЛС с МИС в части заполнения карт-сообщений на ЛС и МИ;
- при повторном выписывании ЛС в ИСЛО и МИС (автоматическое дублирование) обеспечить обязательное заполнение информации о нежелательных реакциях ЛС (побочных действиях), оценке эффективности ЛС (от 0 до 10 баллов, при эффективности от 0 до 5 – обязательно заполнить комментарии) – с последующим анализом данных НЦЭЛС;
- в ИС ЭРДБ и ИСЛО добавить модуль смена препарата, в котором указать причины: отказ пациента, не эффективно, не закуплен и др.;
- запустить «Горячую линию» – телефон для обращения с информацией о побочном действии и неэффективности ЛС и МИ;
- разработать мобильное приложение для подачи карты-сообщения о побочном действии.

4. Для улучшения хранения и учета ЛС и МИ:

- осуществлять централизованный мониторинг уровня остатков ЛС и МИ в аптеках ПМСП и мониторинг медицинскими / социальными работниками надлежащего хранения и остатков использования пациентами некоторых групп ЛС и МИ (особенно дорогостоящих и высокого риска).

5. В части повышения доступности безопасных, качественных и эффективных ЛС:

- обеспечить доступ к основным ЛС и лекарственным формам/дозировкам, в том числе педиатрическим путем формирования перечня основных ЛС и лекарственных форм/дозировок, в т.ч. педиатрических, отсутствующих в РК.
 - разработать меры на государственном уровне для повышения доступности к основным ЛС (производство и регистрация ЛС ОТП, регистрация ЛС зарубежных фармацевтических производителей);
 - предусмотреть в НПА процедуру и возможность регистрации ЛС по инициативе МЗРК в интересах здоровья и жизни пациентов;
 - разработать Правила временной регистрации для экстренного использования экспериментальных ЛС для лечения COVID-19 и других заболеваний;
 - регулярно проводить оценку безопасности и эффективности экспериментальных ЛС в НЦЭЛС. Разрешение применения закрепить только в МО, имеющих возможность участвовать в проспективном сборе данных о безопасности и эффективности и предоставлении отчета о применении экспериментальных ЛС;
 - разработать нормативно-правовое регулирование на условиях «риск-шеринга» и «кост-шеринга».
 - для ускорения доступа ЛС на рынок:
 - ✓ провести цифровизацию процесса включения в перечни ЛС (онлайн-система для отслеживания процесса заявителем);
 - ✓ предусмотреть в НПА возможность параллельного рассмотрения заявок включения в КНФ, АЛО, ЕД для сокращения сроков доступа до 1-2-х лет;
 - ✓ перевести услуги по регистрации цены и перерегистрации зарегистрированной цены на ЛС в формат государственной услуги;
 - ✓ ввести регламент по срокам процедур формирования предельных цен в рамках ГОБМП/ОСМС и Списков КНФ, ЕД и АЛО.
 - для повышения физической доступности ЛС и МИ в сельской местности управлениям здравоохранения областей предусмотреть финансовые средства на финансирование передвижных аптечных пунктов с учетом удаленности и количества пациентов;
 - регулярно проводить информационно-разъяснительную работу среди населения и медицинских работников по АЛО в рамках ГОБМП и ОСМС.
- 6. В части улучшения АЛО пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи:**
- создать рабочую группу с привлечением представителей МЗ РК, Министерства внутренних дел РК, ФСМС, СК-Фармация и профильных профессиональных ассоциаций для разработки Дорожной карты по повышению доступности наркотических средств, психотропных веществ и иных ЛС, применяемых в паллиативной медицинской помощи;
 - провести ревизию приказов МВД РК, регулирующих надзор за деятельностью медицинских организаций, осуществляющих хранение и использование контролируемых ЛС, с целью устранения чрезмерных ограничительных мер, препятствующих закупке, хранению, назначению, выписыванию и использованию в легальных целях опиоидных и психотропных ЛС;
 - принять меры к повышению ответственности УЗ и медицинских организаций за своевременное планирование, расчет потребности в ЛС и обеспечение паллиативных пациентов обезболивающими и иными препаратами;
 - внести соответствующие изменения в НПА, препятствующие назначению и выписке опиоидных анальгетиков и адъювантов тяжелым пациентам неонкологического профиля на амбулаторном уровне;
 - включить в соответствующие клинические протоколы педиатрической помощи раздел, посвященный принципам терапии хронического болевого синдрома с применением опиоидных анальгетиков и

адъювантов у детей, на основе международных стандартов;

- внедрить индикаторы оценки качества противоболевой терапии и доступности ЛС, используемых в паллиативной помощи на амбулаторном уровне;
- разработать индикаторы мониторинга доступности и эффективности паллиативной помощи в ПМСП;
- расширить показания для назначения опиоидных препаратов;
- обеспечить обновление клинических протоколов, с разработкой сопутствующих обучающих материалов для разного уровня медицинских работников, в том числе менеджеров здравоохранения;
- разработать СОП по фармакотерапии боли и по выписке и беспрепятственному обеспечению опиоидными средствами, психотропными веществами и иными ЛС, применяемыми в паллиативной помощи в ПМСП, в том числе пациентам неонкологического профиля, а также детям;
- разработать методические рекомендации по оценке потребности опиоидных средств, психотропных веществ и иных ЛС, применяемых в паллиативной медицинской помощи для врачей и менеджеров здравоохранения;
- провести обучение для медицинских работников по использованию опиоидных средств, психотропных веществ, по оценке потребности и планированию закупок опиоидных средств, психотропных веществ и иных ЛС, применяемых в паллиативной медицинской помощи.

7. В части РИЛС:

- предусмотреть создание стандартизированных образовательных материалов для правильного проведения внутренней оценки РИЛС в организациях здравоохранения (бесплатных для МО);
- разработать и внедрить инструменты для повышения РИЛС (в т.ч. ИС).
- обеспечить клиническими фармакологами организации ПМСП городского и районного

уровней: увеличить государственный заказ на подготовку клинических фармакологов, увеличить их заработную плату;

8. В части повышения эффективности персонализированной терапии:

- внедрить фармакогенетику и терапевтический лекарственный мониторинг (ТЛМ) (определение уровня ЛС в крови);
- утвердить перечень ЛС, требующих проведения фармакогенетического исследования и ТЛМ;
- включить в клинические протоколы рекомендации по фармакогенетическим исследованиям и ТЛМ;
- включить в тариф расходы на фармакогенетические исследования и ТЛМ либо предусмотреть другие варианты возмещения расходов МО;
- обучить медицинских работников персонализированной терапии пациентов;
- преобразовать клинические протоколы в алгоритмы диагностики и лечения в формате, необходимом для информационной системы поддержки принятия решений, интегрированной с МИС.

9. В части сбора информации и доказательств реальной клинической практики:

- разработать правила о порядке обработки и анализа RWD, требования к методам сбора и анализа RWD для дальнейшей оценки их качества и прозрачности; закрепить требования к методам работы с возможными врачебными ошибками и ошибками ввода данных; закрепить требования к источникам информации, которые могут использоваться для целей проведения исследований;
- создать национальный стандарт требований и этических принципов сбора, хранения и обработки RWD;
- создать подразделение, контролирующее качество инструментов для сбора и обработки RWD;

- провести структуризацию информации МИС: внедрение обеспечительных мер по контролю качества данных, собираемых / вводимых в рамках МИС, интеграция МИС, специализирующихся на сборе структурированных медицинских данных, с защитой с персональных данных;
 - пересмотреть подходы к ведению регистров пациентов в целях трансформации регистров в источники достоверной научной информации о популяции больных, о назначаемой и применяемой терапии, об исходах лечения и т.д., и, соответственно, предусмотреть ведение единого регистра по всем нозологиям;
 - установить обязательность использования регистров в клинической практике, а также в рамках ОТЗ;
 - разработать Надлежащие правила проведения исследований RWD, Руководство по обработке и управлению данными исследований RWD, разработать принципы проведения экспертизы исследований RWD, утвердить юридические принципы проведения исследований RWD;
 - разработать и внедрить Руководство, нормативную базу и передовые методы использования доказательств, полученных на основе RWD на протяжении всего жизненного цикла препарата для принятия регуляторных решений, используя надежные научные и аналитические методы, а также согласование национальных требований и требования ЕАЭС с существующими рекомендациями и регуляторными схемами, действующими на международном уровне;
 - внедрить использование RWD в качестве подтверждающих доказательств для принятия решений в сфере здравоохранения (согласование профиля безопасности и эффективности, ОТЗ, дополнения стандартных РКИ), либо если РКИ не могут быть проведены (например, при разработке препаратов для лечения орфанных заболеваний, препараты для лечения детей и подростков и (или) противоопухолевых препаратов);
 - повысить уровень осведомленности и возможности всех заинтересованных сторон в отношении использования доказательств, полученных на основе RWD посредством обучающих мероприятий.
- 10. В части финансирования АЛО:**
- оптимизировать ОТЗ, которая должна:
 - ✓ способствовать рациональному использованию бюджетных средств, справедливости, открытости и прозрачности процесса выбора приоритетных ЛС;
 - ✓ стать основой для принятия решений о закупе ЛС и МИ в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;
 - ✓ стать основой для построения результативной системы АЛО населения РК, призванной обеспечить доступ к наиболее современным и эффективным ЛС всему населению по справедливым ценам и с обоснованным уровнем возмещения со стороны государства (принятие решения о включении нового ЛС в финансирование в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, должно происходить на основе оценки его дополнительной ценности по результатам ОТЗ относительно ЛС, уже присутствующих на рынке и включенных в финансирование).
 - определять предельную цену для инновационных препаратов, не имеющих аналогов, путем переговоров с производителем на основе результатов ОТЗ в зависимости от его сравнительной затратной эффективности с учетом порога готовности платить;
 - разработать унифицированные принципы и методические подходы к проведению ОТЗ, а также единый универсальный формат и стандартную операционную процедуру по ОТЗ и принятию решений на основе ОТЗ;
 - разработать и утвердить Национальное руководство по проведению и применению

- результатов ОТЗ для принятия решений в здравоохранении;
- разработать критерии исключения из финансируемых перечней, помимо указанных в НПА, и проводить ревизию финансируемых перечней на регулярной основе;
- для объективного принятия решений на основе результатов фармакоэкономических исследований рекомендуется внести изменения в части критериев для отбора членов Республиканской формулярной комиссии – не менее 50% – клинические фармакологи, не менее 20% – специалисты в сфере обращения МИ с опытом работы не менее 3 лет;
- создать в системе финансирования лекарственного обеспечения систему учета экономических эффектов от сохранения и улучшения здоровья граждан;
- внедрить Порог готовности платить (ПГП), в т.ч. определить методику расчета ПГП, утвердить ПГП на уровне МЗ РК на основе одного из следующих методов:

✓ Метод NICE:

В Методe NICE анализируются результаты включения препаратов в Национальную систему здравоохранения на основе анализа собственного ретроспективного опыта. В настоящее время NICE руководствуется порогом готовности платить от 20 000 до 30 000 фунтов/QALY, однако организация может принимать технологии с более высокими пороговыми значениями при получении дополнительных данных об их инновационности и необходимости их использования.

✓ Метод условной оценки:

Метод условной оценки – это метод денежной оценки программ здравоохранения или состояний здоровья, который дает ответ на вопрос: «Какую сумму опрошиваемые готовы заплатить за получение доступа к той или иной программе или достижению состояния здоровья?». Целью проведения условной оценки является определение максимальной готовности субъекта платить за некоторое состояние или программу здравоохранения, у которой обычно нет рыночной цены, путем исследования с помощью гипотетических вопросов.

- ✓ Метод определения ПГП согласно рекомендаций комиссии по макроэкономике и экономике здравоохранения ВОЗ:

Расчет ПГП по методологии ВОЗ является наиболее доступным и привязанным к экономическим возможностям страны методом.

На основе ПГП, результаты фармакоэкономического анализа оцениваются следующим образом: если инкрементальные затраты (стоимость дополнительно преимуществ) не превышают ПГП, можно считать новую лечебную технологию экономически эффективной для повсеместного внедрения. Новая лечебная технология считается:

- ✓ Приемлемой – если инкрементальные затраты превышают ПГП, но не превышают двукратный ПГП;
- ✓ Погранично приемлемой – если превышен двукратный ПГП, но не превышен трехкратный ПГП;
- ✓ Неприемлемой для применения, если инкрементальные затраты превышают трехкратный ПГП.

Рекомендуется следующая формула расчета ПГП:

$$ПГП = (ВВП/душу населения) \times 3$$

Пороговые значения, рекомендуемые ВОЗ:

- ✓ Затраты/доп QALY меньше 1 ВВП на душу населения – высокая затратоэффективность
- ✓ Затраты/доп QALY между 1 и 3 ВВП на душу населения – затратоэффективно
- ✓ Затраты/доп QALY выше 3 ВВП на душу населения – не затратоэффективно

Расчет ПГП для Казахстана:

По данным Агентства по статистике РК ВВП на душу населения в РК за 2020 год в текущих ценах, долл. США равен 9 127,7 USD [45,46]

$$ПГП = 9\,127,7\,USD \times 3 = 27\,383,1\,USD \text{ (11\,635\,900,68 тенге по курсу НБ РК на 25.10.2021 год 1доллар США = 424,93 тенге).}$$

Рекомендуется проводить расчет и утверждать ПГП не менее 1 раза в год.

Когда члены комиссии принимают решение, у них должна быть точка отсчета, они должны понимать, лечение какими препаратами и насколько повысит стоимость терапии за единую единицу клинического эффекта. Если затраты на терапию за один дополнительный год качественной жизни, будут меньше установленного референтного значения (ПГП), то ЛС будет рекомендовано для включения в финансируемый перечень. Для ЛС, у которых этот показатель окажется выше, это потребует более детального рассмотрения. Следует поэтапно подойти к введению референтного значения для инкрементального показателя, сначала необходимо установить единый порог для всех ЛС, со временем он должен быть адаптирован для разных заболеваний, для разных категорий ЛС, например, для орфанных, онкологических, генно-инженерных и других, предусматривающих очень дорогостоящее лечение.

11. В части орфанных заболеваний и ЛС для их лечения:

- создать и постоянно поддерживать Единый национальный электронный регистр пациентов с орфанными заболеваниями по РК;
- утвердить распространенность орфанных заболеваний в РК в соответствии со средней распространенностью, принятой в странах ЕАЭС;
- исключить орфанные ЛС из перечня КНФ, так как это снижает скорость доступа орфанных ЛС пациентам из-за двойного утверждения приказами;
- исключить орфанные заболевания из перечня социально-значимых заболеваний, поскольку главными признаками социально значимых заболеваний являются широкая распространенность либо представление угрозы большому количеству человек;
- для ускорения доступности орфанных ЛС (если орфанное заболевание является единственным показанием ЛС) в НПА РК предусмотреть признание регистрации и статуса орфанности в РК в случае регистрации EMA и/или FDA в качестве орфанного ЛС. Данная мера обеспечит отслеживание качества, безопасности и эффективности – с дальнейшим запретом обращения ЛС разового ввоза (кроме ЛС для проведения клинических исследований);
- разработать более четкие критерии включения в перечень орфанных ЛС, а не ЛС для лечения орфанных заболеваний, следует оставить истинные орфанные ЛС;
- ввести обязательность сбора и мониторинга данных по эффективности и безопасности орфанных ЛС (регистры, RWD);
- разработать нормативной правовой акт по учету, отбору пациентов и отслеживанию эффективности, проводимой им терапии с учетом высоких затрат из средств государственного бюджета и ОСМС на обеспечение ЛС пациентов с орфанными заболеваниями;
- разработать соглашение (НПА) о разделении рисков между производителем препаратов и плательщиком (риск-шеринг);
- рекомендуется создать отдельный фонд для финансирования орфанных ЛС, за счет добровольных взносов, пожертвований, повышенного налога для лиц, чьи доходы превышают определенный порог;
- создать отдельную структуру (подразделение), которая организует процесс определения перечней орфанных заболеваний и орфанных ЛС, будет осуществлять методологическое сопровождение Национального реестра пациентов с орфанными заболеваниями (диагностика, лечение);
- создать Экспертный совет по орфанным заболеваниям, состоящим из главных внештатных экспертов МЗ РК, представителей научных, образовательных организаций, МО, общественных организаций в сфере защиты прав пациентов, медицинских профессиональных некоммерческих ассоциаций, общественных и религиозных деятелей. Экспертный совет должен сформировать перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, перечень ЛС для их лечения;
- для всестороннего рассмотрения вопроса рекомендуется применение комбинации стандартной фармакоэкономической и мультикритериальной оценки принятия решений в отношении финансирования орфанных лекарственных препаратов;
- главным внештатным специалистам совместно с профильными экспертами определить методы диагностики, подтверждающие заболевание, определяющие выбор терапии, клинически значимые критерии эффективности и неэффективности терапии, а также определить длительность терапии для оценки эффективности;
- определить республиканскую МО РК, уполномоченную представлять Казахстан на портале Orphanet (www.orpha.net) для получения доступа ко всей информации о редких заболеваниях, орфанных ЛС и услугах экспертов, включая экспертов из Казахстана.

ГЛАВА 8. ФИНАНСИРОВАНИЕ ПМСП



8.1. Анализ текущей ситуации по вопросам финансирования ПМСП

В Астанинской декларации ВОЗ по ПМСП 2018 года вновь подчеркнута важность ПМСП и ее роль в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения. Для усиления ПМСП, директивным органам необходимо руководство о том, как распределять ресурсы таким образом, чтобы получить максимальную экономическую выгоду.

Согласно принятым обязательствам государств в Астанинской Декларации система финансирования здравоохранения должна основываться на следующих принципах:

- создание лучшей системы здравоохранения, отзывчивой на изменение потребностей и нужд населения – потребителей услуг;
- создание устойчивой структуры здравоохранения: финансовой устойчивой, эффективной и жизнестойкой путем надлежащего распределения ресурсов для ПМСП;
- устранение барьеров, из-за которых люди испытывают финансовые трудности в результате пользования услугами здравоохранения, путем лучшего распределения ресурсов для здравоохранения, адекватного финансирования ПМСП и обеспечения надлежащих систем возмещения расходов.

Обеспечение эффективности системы финансирования здравоохранения в целом достигается через инвестирование средств в ПМСП для улучшения показателей здоровья.

На глобальной конференции в Астане по ПМСП (2018) в своем выступлении Генеральный директор ВОЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус подчеркнул, что «... инвестиции в ПМСП – это умные инвестиции, не низко затратные, но продуктивные...». При этом, по его мнению, инвестиции в ПМСП должны быть направлены в первую очередь на укрепление потенциала ПМСП и обеспечивать:

- кадры и мотивацию – мотивировать

к социальной сплоченности, чтобы люди становились активными участниками в обеспечении своего здоровья

- доступ и качество – универсальный охват от объема услуг к ценностям; качество обслуживания безопасность пациентов и расширение доступа к ЛС и диагностике;
- цифровизацию – увеличить доступ к электронным данным и использованию электронных технологий;
- финансирование – финансовое усиление, чтобы люди не платили за услуги здравоохранения: это инвестиции, а не затраты.

Генеральный директор ВОЗ обозначил, что защита права на здоровье через ПМСП:

- снижает общие затраты на здравоохранение;
- создает спрос на услуги ПМСП – обеспечивает всеобщий и универсальный охват;
- мотивирует к социальной сплоченности – люди становятся активными участниками в обеспечении своего здоровья.

Согласно международной Конвенции 102 «Конвенция о минимальных нормах социального обеспечения», ратифицированной Казахстаном, под системой финансирования понимается создание социальной защиты населения на случай любого болезненного состояния, независимо от вызвавшей его причины.

Справедливое финансовое обеспечение и эффективное управление ресурсами является ключевым фактором в достижении ожидаемой результативности в ПМСП.

В Казахстане предпосылки совершенствования системы финансирования первичного звена здравоохранения были заложены в Государственной программе развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, где было предусмотрено

совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в ЕНСЗ.

Основными принципами ЕНСЗ являлись либерализация рынка медицинских услуг, создание конкурентной среды между медицинскими организациями, единая тарифная политика, принцип оплаты по конечному результату, право свободного выбора стационара.

В рамках реализации второго этапа ЕНСЗ для формирования эффективной системы здравоохранения, основанной на приоритетном развитии социально-ориентированной ПМСП и переноса акцента с затратной стационарной помощи на первичное звено в 2014 году были консолидированы средства АПП на республиканском уровне и переданы местным исполнительным органам. Оплата ПМСП с 2014 года осуществляется по комплексному подушевому нормативу в расчете на 1 жителя.

КПН на начальном этапе включал:

- оплату услуг ПМСП, предоставляемых непосредственно самими организациями ПМСП;
- оплату КДУ ПМСП, при по направлению специалистов ПМСП пациентов в консультативно-диагностические центры;
- стимулирующий компонент, направляемый на стимулирование работников ПМСП при достижении организациями ПМСП 6 результативных индикаторов.

До 2014 года в стране отмечался существенный региональный дисбаланс в финансировании расходов на ПМСП. Разница в финансировании подушевого норматива на 1 жителя в месяц составляла от 169 тенге в ВКО до 488 тенге в Акмолинской области. Эти значительные различия негативно отражались на развитии ПМСП и соответственно на эффективности системы здравоохранения в целом.

В результате консолидации:

- выровнен уровень финансирования ПМСП в расчете на одного прикрепленного жителя в месяц, который ранее был

дифференцирован по регионам в силу их финансовых возможностей. Установлена единая методика расчета КПН и определен единый базовый КПН для всех регионов, что позволило по итогам 2014 года повысить КПН для организаций ПМСП до 808 тенге в среднем по стране на 1 жителя в месяц. Данная мера позволила устранить дисбаланс в финансировании между регионами и ликвидировать неравенство в обеспечении ГОБМП на амбулаторном уровне;

- увеличилась доля и число частных организаций, предоставляющих ПМСП, с 12 % в 2013 году до 17% в 2014 году и это позволило создать конкурентную среду на рынке услуг ПМСП;
- внедрено частичное фондодержание, когда оплата услуг других профильных служб осуществляется организациями ПМСП, по направлению специалистов ПМСП, тем самым были созданы экономические стимулы для работников первичного звена расширять спектр своих услуг, отвечающих потребностям населения, и повышать профессиональный уровень работников ПМСП, чтобы концентрировать пациентов больше на первичном уровне;
- внедрение частичного фондодержания и увеличение стимулирующего компонента позволило повысить уровень заработной платы работников первичного звена.

Изменение финансирования АПП позволило сформировать единый тариф и подходы к его формированию, переместить ресурсы в первичную помощь, реализовать принцип: деньги следуют за пациентом, создать стимулы для ресурсосбережения и улучшения качества ПМСП, повысить эффективность профилактики на уровне ПМСП увеличить долю частных поставщиков

Принимая во внимание, что в соответствии с 80-м шагом Плана нации «100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ Главы государства Нурсултана Назарбаева» стратегическая цель проводимых реформ здравоохранения в РК

заключается в укреплении потенциала ПМСП: «ПМСП станет центральным звеном национального здравоохранения для предупреждения и ранней борьбы с заболеваниями и будет обеспечено приоритетное финансирование ПМСП». Соответственно, на ПМСП возложены высокие требования по повышению эффективности и результативности деятельности.

В соответствии с приоритетами, обозначенными в Государственной программе развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019 годы, особое внимание было уделено оценке эффективности системы первичного здравоохранения по итогам 2019 года практически во всех задачах.

Сегодня в Казахстане особое внимание уделяется оценке деятельности организаций ПМСП, которая направлена на измерение достигнутых результатов с точки зрения здравоохранения и медико-экономических показателей, отражающих реализацию стратегических целей и влияния финансирования ПМСП на другие уровни системы здравоохранения и показатели здоровья граждан.

Важность эффективного расходования средств системы здравоохранения были подчеркнуты Президентом Казахстана К.Токаевым на встрече с Министром здравоохранения РК Е. Биртановым в апреле 2019 года «...на систему здравоохранения РК выделяется достаточно средств, которые необходимо расходовать на повышение ее эффективности, мобилизацию внутренних ресурсов и увеличение заработной платы медицинских работников...».

Внедрение системы ОСМС в Казахстане в 2020 году позволило привлечь дополнительные инвестиции в систему здравоохранения более чем на 500 млрд. тенге за счет страховых взносов и отчислений, а также повысить финансирование приоритетных видов медицинской помощи на основе потребностей населения [40].

Ожидаемые результаты от внедрения ОСМС,

отмеченные МЗ, были направлены на увеличение доступности некоторых видов медицинских помощи в 7 раз, рост тарифов от 10% до 20%, поэтапное повышение заработной платы медицинским работникам на 30%, улучшение оснащенности медицинской техникой.

Ключевым аспектом внедрения ОСМС стало снижение текущих «карманных» расходов в 2020 году – на 30%, а к 2025 году – практически в 2 раза [40]. Однако в 2020 году на этапе внедрения модели ОСМС и нового пакета ГОБМП Казахстан, как и все международное сообщество, столкнулось с пандемией COVID-19, что стало испытанием для отечественной системы здравоохранения и потребовало дополнительных финансовых инвестиций и пересмотра подходов к оплате медицинских услуг.

В этой связи в сентябре 2021 года в своем Послании народу Казахстана Глава государства К.Токаев озвучил, что «Сфера медицины нуждается в объемном финансировании. Речь идет об инфраструктуре, кадрах, лекарственном обеспечении «Здоровье – главное богатство...» [4].

С внедрением в 2014 году КПН на уровне ПМСП отмечается ежегодная положительная динамика в финансировании АПП. Так доля финансирования на АПП в структуре общего бюджета на здравоохранение выросла с 33% в 2014 году до 38% в 2018 году и с внедрением ОСМС достигла уровня 40%. При этом, следует отметить, что в соответствии с поручением Главы государства К.Токаева доля бюджета на АПП к 2025 году должна достичь уровня 25% к бюджету всей системы здравоохранения.

Несмотря на рост бюджета на АПП доля финансирования ПМСП в общих расходах на здравоохранение до внедрения ОСМС выросла с 18% до 19% к 2018 году с 2014 года, то в 2020 году снизилась до 16% за счет 5-ти кратного увеличения затрат на КДУ.

Если в 2014 году на ПМСП в структуре

финансирования по КПН выделено 122,8 млрд. тенге, то в 2018 году при приросте бюджета на 40 млрд. тенге (на 32,7%) уровень бюджета ПМСП в структуре общих расходов на здравоохранение был доведен до 19%. Всего за период с 2014 по 2020 годы рост бюджета ПМСП составил в 2,5 раза.

Оценка динамики финансирования на КДП за последние 6 лет возросла в более чем в 4 раза и достигла к 2020 году уровня 201 млрд. тенге или 11,7% в общем бюджете здравоохранения, тогда как в 2014 году финансирование КДП составляло 46 млрд. тенге или 6,7% бюджета здравоохранения.

Значительные темпы роста затрат отмечаются также на АЛО с 72,8 млрд. тенге в 2014 году до 140,8 млрд. тенге в 2020 году, почти в 2 раза, при этом доля затрат на АЛО снизилась с 10,7% до 8,2% соответственно. Однако, абсолютный прирост финансовых средств в систему ПМСП в течение последних 6 лет не позволяет оценить реальное финансовое

наполнение подушевого тарифа с учетом изменения уровня цен на процент инфляции и увеличения затрат на оплату труда.

Так темпы роста расходов на душу населения в месяц в тенге за период с 2014 по 2020 годы показывают положительную динамику с 595 тенге до 1210 тенге, однако при сравнение в долларовом эквиваленте уровень затрат снижается с 3,2 дол. США до 2,9 дол. США.

Увеличение подушевого финансирования на ПМСП и значительный прирост финансирования КДП с внедрением системы ОСМС привлекли частных поставщиков и способствовали развитию конкурентной среды. Рост частных поставщиков в 2020 году в сравнение с 2016 годом возрос в 2,5 раза, а доля частного сектора в оказании услуг ПМСП увеличилась с 19% до 38%. Всего на рынке услуг ПМСП вовлечены 578 поставщиков, из которых 357 предприятий с государственным участием (Рисунок 8.1).

КОНКУРЕНТНАЯ СРЕДА НА УРОВНЕ ПМСП



Рисунок 8.1. Динамика и структура поставщиков услуг ПМСП в рамках ГОБМП

Интенсивный темп роста частного сектора за период с 2016 по 2020 годы отмечается в городах республиканского значения (г. Нур-Султан: 32%→57%, в г. Алматы 11%→45%, в г. Шымкент на 62%) и областях: Мангистауской (0%→45%) и Туркестанской (на 45%). Сохраняется слабая активность частных предпринимателей в СКО (6%→6%), в ЗКО (5%→13%), в Костанайской области

(13%→16%). В среднем на 1 частную ПМСП по РК приходится 15,8 тыс. человек, поэтому более 72% населения прикреплено к государственным и только 18% к частным поставщикам услуг ПМСП. Это также обусловлено тем, что из 221 частников 50% или 109 организаций ПМСП имеют население с численностью до 10 тыс. человек. При этом в их числе 41 частный поставщик с

населением до 3 тысяч человек. Тенденция роста малых организаций ПМСП на 1-2 участка или менее может привести к риску неполного предоставления комплексной медицинской, социальной и психологической помощи и способствовать сокращению профилактических услуг и отделений в структуре организаций ПМСП. Вместе с тем, увеличение финансирования на КДУ создает экономические стимулы расширять внутреннюю профильную службу и тем самым

зарабатывать доходы на увеличение направлений и услуг в собственные подразделения при ПМСП.

Увеличение финансирования ПМСП в рамках КПН с 2014 года способствовало также наращиванию функционала ПМСП. Динамика изменений структуры услуг и темпы роста размера КПН в месяц в расчете на одного жителя в тенге и в долларовом эквиваленте (Рисунок 8.2).



Рисунок 8.2. Темпы наращивания функционала ПМСП и изменение структуры оплаты по КПН

Следует особо обратить внимание на отмену фондодержания с 2020 года с внедрением системы ОСМС в целях повышения доступности населения к КДУ при 5-ти кратном увеличении финансирования. Акцент на доступность к КДУ, в том числе дорогостоящих услуг, внесло изменение в методику формирования КПН и в правила оплаты КДУ.

Также отмечается не последовательность изменений в структуре услуг для включения в КПН, к примеру:

- услуги школьной медицины с 2017 году включены в КПН, а с 2020 года исключены из КПН в отдельный подушевой норматив на 1 школьника;
- услуги неотложной помощи по 4-й категории срочности при ПМСП с 2018 года

переданы на уровень ПМСП и включены в КПН в виде отдельного подушевого норматива для отслеживания фактических затрат и услуг, а с 2020 года исключены из КПН в отдельный подушевой норматив на 1 прикрепленного человека к организации ПМСП.

В 2020 году в связи с пандемией по COVID-19 появились новые услуги на уровне ПМСП:

- дистанционные услуги, перечень по которым до настоящего времени не разработан и не утвержден (включены в КПН);
- услуги мобильной бригады при ПМСП по наблюдению за больными с COVID-19, в том числе пациентов с факторами риска (гипертензия, сахарный диабет, ИБС, ХОБЛ, астма и другие) и пневмонией

(вероятный случай COVID-19), оплата которых осуществляется за счет средств ФСМС за первичный вызов, а повторные вызова – за счет средств КПН;

- вакцинация против COVID-19 оказывается с февраля 2021 года (согласно внесенным изменениям постановлением Правительства РК от 30 марта 2021 №173) в перечень обязательных профилактических прививок за счет средств республиканского бюджета по эпидемиологическим показаниям – включена в КПН без дополнительного финансирования;
- расходы на СИЗы оплачиваются организациям ПМСП по отдельному тарифу (подушевой норматив на СИЗы) с 1 июля 2021 года – не включены в КПН, несмотря на то, что данные расходы являются частью текущих затрат на оказание медицинской помощи.

В основном увеличение КПН осуществлялось за счет дополнительных средств на повышение оплаты труда работников здравоохранения в 2017, 2019, 2020 и 2021 годах. Включение и исключение услуг в КПН происходило по оценке средних затрат на потребление тех или иных услуг. Полноценный пересмотр КПН не производился с учетом расширения функционала и изменений требований к модели организации ПМСП, несмотря на то, что данные изменения привели к увеличению штатных единиц и фактических затрат.

Отсутствие пересмотра КПН в большей степени обусловлено отсутствием утвержденной методики расчета базовых затрат для включения в КПН. Согласно приказа МЗ РК от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-309/2020 «Об утверждении правил и методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС» (далее – Методика) базовый КПН формируется как соотношение выделенного финансирования для ПМСП на финансовый год без учета без учета средств на оплату надбавки в зонах экологического бедствия на численность населения и вычета

поправочных коэффициентов. Утвержденный базовый КПН для ПМСП составляет – 1196,0 тенге.

КПН на оказание ПМСП согласно утвержденной Методики – стоимость комплекса услуг ПМСП в рамках ГОБМП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС РПН к субъекту здравоохранения ПМСП, состоящая из:

- гарантированного компонента КПН ПМСП - расчетная стоимость комплекса услуг ПМСП в рамках ГОБМП с учетом поправочных коэффициентов;
- стимулирующего компонента КПН ПМСП (СКПН) – стимулирующая составляющая комплексного подушевого норматива, направленная на стимулирование работников субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основе достигнутых индикаторов конечного результата в порядке согласно подпункту 100) статьи 7 Кодекса.

КПН ПМСП определяется на одного прикрепленного жителя, зарегистрированного в ИС РПН к субъекту ПМСП, в месяц и представляет собой сумму гарантированного компонента КПН ПМСП и СКПН в тенге.

Определение услуг для включения в КПН обозначено в следующих приказах МЗ РК:

1. Согласно Методике сказано, что гарантированный компонент КПН ПМСП включает затраты, связанные с деятельностью субъекта ПМСП по оказанию комплекса медицинских услуг по видам оказания медицинской помощи, согласно статьи 120 Кодекса, которая предусматривает следующие виды медицинской помощи:
 - скорая медицинская помощь;
 - доврачебная медицинская помощь;
 - ПМСП;
 - специализированная, в т.ч. высокотехнологичная, медицинская помощь;
 - медицинская реабилитация;
 - паллиативная медицинская помощь.
2. Согласно Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках ГОБМП и (или) в

системе ОСМС, утвержденных приказом МЗ РК от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-291/2020 (далее – Правила оплаты), КПН включает услуги АПП в соответствии с подпунктом 82) статьи 7 Кодекса, которая предусматривает ссылку на компетенцию МЗ РК в части разработки и утверждения правил оказания медицинской помощи согласно видам, установленным статьей 120 Кодекса.

В результате нет четких определений и перечня услуг для включения в КПН ни в Методике, ни в Правилах оплаты, что вызывает недопонимание и двусмысленность среди медиков и населения о безразмерности КПН. Тогда как понятие КПН предусматривает согласно Методике только услуги ПМСП, которые регламентированы Правилами оказания ПМСП, утвержденными приказом МЗ РК от 24 августа 2021 года № ҚР ДСМ-90 (далее – Правила ПМСП) и соответственно включают:

- услуги ПМСП, определенные пунктом 1 статьи 123 Кодекса, ориентированные на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества, в том числе:
 - ✓ диагностику, лечение и управление наиболее распространенными заболеваниями;
 - ✓ профилактические осмотры целевых групп населения (детей, взрослых);
 - ✓ раннее выявление и мониторинг поведенческих факторов риска заболеваний и обучение навыкам снижения выявленных факторов риска;
 - ✓ иммунизацию;
 - ✓ формирование и пропаганду здорового образа жизни;
 - ✓ мероприятия по охране репродуктивного здоровья;
 - ✓ наблюдение за беременными и за родильницами в послеродовом периоде;
 - ✓ санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний.
- доврачебную медицинскую помощь, которая оказывается СМР (участковая медицинская сестра (медицинская сестра общей практики), фельдшер, акушер) при заболеваниях или в случаях, не требующих участия врача по перечню медицинских услуг, оказываемых медицинскими работниками ПМСП (фельдшер, акушер, медицинская сестра);
- квалифицированную медицинскую помощь, которая оказывается ВОП, участковым врачом-терапевтом и (или) педиатром по перечню медицинских услуг, оказываемых врачами ПМСП (ВОП, участковый врач терапевт и (или) участковый педиатр);
- медико-социальная помощь, которая оказывается социальным работником и психологом в области здравоохранения по перечню услуг социального работника и психолога организации ПМСП;
- услуги по поводам обращения по группам: заболевание, травма, профилактика, динамическое наблюдение, медико-социальные услуги и административный;
- услуги по условиям предусмотренных подпунктами 1), 3), 4), 5), 6) пункта 1 статьи 118 Кодекса:
 - ✓ в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе в приемных отделениях круглосуточных стационаров;
 - ✓ в стационарозамещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места;
 - ✓ на дому: при вызове медицинского работника, мобильной бригады, активном патронаже медицинскими работниками, организации лечения на дому (стационар на дому);
 - ✓ в санаторно-курортных организациях;
 - ✓ вне медицинской организации: по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, на санитарном автотранспорте и медицинской авиации при транспортировке, а также в медицинских

поездах, передвижных (полевых) медицинских комплексах, полевых госпиталях, трассовых медико-спасательных пунктах и при оказании дистанционных медицинских услуг.

Но даже из данного перечня, нет четкой ясности – какие услуги включены в структуру услуг КПН для ПМСП, а какие нет? К примеру:

- услуги в стационарозамещающих условиях оплачиваются по тарифу за один пролеченный случай;
- услуги ПМСП в санаторно-курортных организациях оказываются населению на платной основе;
- услуги на санитарном автотранспорте и медицинской авиации при транспортировке оплачиваются только санитарной авиации по тарифу за вызов;
- услуги в медицинских поездах оплачиваются по законченному случаю и другое.

В целях анализа текущей ситуации финансирования ПМСП была проведена экспертная оценка структуры услуг и затрат по наполнению КПН услугами ПМСП и КДП. Оценка проводилась несколькими способами:

- оценка услуг исходя из прогнозной оценки потребности населения;
- оценка структуры модели ПМСП и затрат на ее содержание.

Первый способ – оценка услуг из прогнозной оценки потребности населения – включал анализ покрытия услуг действующими тарифами в рамках ПМСП и КДП и определен объем услуг с учетом нормирования нагрузки персонала, оказывающего данные услуги, а также прогнозного охвата населения услугами. По итогам экспертного оценивания были получены следующие результаты:

- по услугам ПМСП: из 157 услуг ПМСП согласно Правил ПМСП имеют тарифы 37 услуг и 120 услуг без тарифа, из них: 94 сестринских услуг (из 118), 16 врачебных услуг (из 26), 6 услуг социального работника (из 8) и 4 услуги (из 5). По имеющим тариф 37 услугам ПМСП произведен расчет среднего уровня КПН,

который составил 833 тенге на одного прикрепленного человека в месяц;

- по услугам КДП: из 177 КДУ все имеют тарифы. При оценке охвата услугами в год на одного человека в среднем по 3,5 услуги сумма затрат на оказание КДУ в расчете на одного человека составит 374 тенге в месяц.

В итоге сумма затрат в КПН на оказание ПМСП и КДУ в расчете на одного человека составит 1207 тенге в месяц при базовом КПН в размере 1196 тенге. Наглядно оценка услуг и расчет затрат на одного жителя (Рисунок 8.3).

Второй способ – оценка структуры КПН через оценку структуры модели ПМСП и затрат на ее содержание – проведен с учетом следующих требований:

- медико-социальная модель ПМСП представлена специалистами ПМСП в составе мультидисциплинарной команды исходя из минимальных нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками службы ПМСП для всех городов и населенных пунктов [41]:
 - ✓ семейный врач - 1 на 1700 населения;
 - ✓ семейная медсестра – 3.0 на 1 врача;
 - ✓ акушерка – 1 на 3000 ЖФВ;
 - ✓ социальный работник – 1 на 10 тыс. чел.
 - ✓ психолог – 1 на 10 тыс. чел.
- структура службы ПМСП с включением следующих подразделений:
 - ✓ отделение участковой службы;
 - ✓ доврачебный кабинет, фильтр;
 - ✓ патронажная служба;
 - ✓ скрининговый кабинет;
 - ✓ отделение профилактики и социально-психологической помощи;
 - ✓ служба поддержки пациентов;
 - ✓ отделение неотложной помощи (4 категория);
 - ✓ бригада паллиативной помощи;
 - ✓ школы здоровья и Кабинет развития ребенка;
- структуры услуг, оказываемых службой ПМСП согласно Правил ПМСП;

- текущих затрат на содержание службы ПМСП, за исключением расходов на обновление основных средств, рентабельности и прибыли, в соответствии с Методикой. Расчет произведен на организацию ПМСП с численностью 10 тысяч прикрепленного населения (Рисунок 8.4).



Рисунок 8.3. Экспертная оценка структуры услуг, включенных в КПН для ПМСП и затрат на их оказание в расчете на прикрепленное население (исходя из 1700 человек)

Анализ текущей ситуации: структура затрат в КПН для ПМСП – 10 тыс.чел.

№ п/п	Наименование должностей	Штатные единицы
Итого АУП		
1	Главный врач	1,0
2	Главный бухгалтер	1,0
3	Экономист	1,25
Итого Центр семейного здоровья		
1	Заведующий ЦСЗ	0,5
2	Старшая медицинская сестра ЦСЗ	0,5
3	Врач эксперт	1,0
4	Семейный врач	6,0
5	Семейная медицинская сестра	18,0
6	Врач акушер - гинеколог	1,0
7	Акушерка	2,25
8	Медицинская сестра химизатор	0,5
9	Лаборант	1,0
10	Медицинская сестра процедурного и прививочного кабинета	2,0
11	Медицинский статистик	1,0
12	Медсестра смотрового кабинета	1,0
13	Медсестра ЗОЖ, школ здоровья	2,0
14	Медрегистратор	1,25
15	Санитарка	3,0
Итого Прочий персонал		
1	Психолог	1,0
2	Соцработник	1,0
3	Водитель	1,0
4	Разнорабочий	1,0
ВСЕГО		48,25

КПН – действующая модель ПМСП – ЗАТРАТЫ В МЕСЯЦ

Наименование	сумма в м-ц, млн.тг.	Уд.вес	на 1 чел., тг. в м-ц	СЭП, тыс.тенге
ВСЕГО	15 226,00		1 522,7	
Расходы ПМСП	11 486,00	75%	1 148,7	
Оплата труда	9 877,5	86%	987,8	
Зароботная плата ПП1193	8 375,5	73%	837,6	
Из них: команда на участке	4 972,5	43%	497,3	
- семейный врач	1 362,0	12%	136,2	230,4
- семейная медсестра	2 996,6	26%	299,7	166,4
- акушерка	363,1	3%	36,3	161,5
- соц.работник с высшим образованием	115,4	1%	11,5	115,4
- психолог	115,4	1%	11,5	115,4
Компенсационные выплаты	635,0	6%	63,5	
Налоги в бюджет	86,7	8%	86,7	
Медикаменты (без СИЗ)	315,4	2,7%	31,5	
ГСМ, зап. части	145,3	1,3%	14,5	
Коммунальные услуги + связь	205,8	1,8%	20,6	
Цифровизация (36 мест по 5,7тыс.т.закуп)	268,0	2,3%	26,8	
Прочие услуги	550,0	4,8%	55,0	
Командировки внутри страны	65,5	0,6%	6,6	
Прочие затраты	58,5	0,5%	5,9	
Расходы КДП (соисполнение)	3 740,00	25%	374,0	

Минимальный КПН 1 522,7 тенге на 1 жителя в м-ц

Рисунок 8.4. Пример расчета размера КПН через оценку структуры модели ПМСП и затрат на ее содержание

По итогам экспертного оценивания сформирована штатная численность на 48,25 единиц и произведена оценка затрат из расчета на одного человека в месяц в размере 1 522,7 тенге, из них: ➤ 75% расходы на содержание службы ПМСП – в сумме 1 148,7 тенге на одного человека в месяц;

➤ 25% расходы на оказание КДУ, включенных в КПН – в сумме 374 тенге на одного человека в месяц.

При этом, в структуре общих затрат на содержание службы ПМСП основная доля расходов отводится на оплату труда (86%), на медикаменты без учета СИЗов – 2,7%, на

цифровизацию – 2,3%, на оплату коммунальных услуг и связи – 1,8%.

В целях оценки покрытия действующего КПН для ПМСП был проведен сравнительный анализ фактических затрат организаций ПМСП разных регионов с численностью населения 52 тысячи и 67 тысяч человек по итогам 6 месяцев 2021 года (Таблица 8.1).

Таблица 8.1. Структура доходов и расходов организаций ПМСП по итогам 6 месяцев 2021 года

Наименование	ПМСП - 67 тыс. чел.		ПМСП 52 тыс. чел.	
	доля, %	на 1 жителя в месяц, тг.	доля, %	на 1 жителя в месяц, тг.
Численность прикрепленного населения, чел.		67 000		52 000
ДОХОД на ПМСП по КПН, млн.тг.	100%	1 323	100%	1 513
Покрытие дефицита расходов по услугам, не включенным в КПН:	15%	195	8%	127
превышение фактических затрат неотложной помощи по 4-й категории срочности над подушевым финансированием	8%	107	3%	43
Сумма превышения планового объема КДУ, снятый с оплаты ФСМС (сверх объем)	7%	87	6%	84
ОСТАТОК дохода на расходы ПМСП	85%	1 129	92%	1 386
ФАКТИЧЕСКИЕ затраты на ПМСП	102%	1356	106%	1 614,3
Заработная плата	87%	1 155	88%	1 329
Налоги и обязательные платежи в бюджет	5%	66	8%	121
Приобретение медикаментов и МИ	2%	26	2%	37
Приобретение топлива (ГСМ)	0,3%	4	0,3%	4
Приобретение прочих товаров	3%	34	3%	40
Оплата коммунальных услуг	2%	23	2%	27
Оплата услуг связи	0,1%	1	0,1%	2
Текущий ремонт				
Повышение квалификации, итого	0,9%	12	1,1%	17
Командировочные расходы				1,3
Прочие услуги и работы	2,7%	35	2,4%	36
Приобретение основных средств				
ФАКТИЧЕСКИЕ затраты на СОИСПОЛНЕНИЕ по услугам, включенным в КПН	5%	66,0	4%	60,8
ИТОГО расходы на ПМСП	122,2%	1 617	119,1%	1 802,1

По итогам анализа распределения доходной и расходной части бюджета ПМСП были выявлены следующие проблемы:

➤ по доходной части:

- ✓ организации возмещают дефицит средств в объеме 15% от дохода по КПН для ПМСП на следующие цели:
 - на покрытие превышения фактических затрат по неотложной помощи 4-й категории срочности над выделенным подушевым финансированием;
 - на оплату фактически оказанных соисполнителями КДУ вне КПН, которые

не были приняты к оплате ФСМС вследствие превышения планового объема КДУ согласно ежемесячного плана финансирования по ГОБМП и ОСМС (сверх объем).

➤ по расходной части:

- ✓ высокий уровень затрат на оплату труда работникам 90% и более как следствие роста затрат на выплату доплат и надбавок за расширение нагрузки персонала в оказание услуг мобильной бригады (повторные выезды не оплачиваются ФСМС) и проведение вакцинации против COVID-19;

- ✓ непредвиденные расходы на СИЗы (возмещение с 1 июля 2021 года);
- ✓ непредвиденные расходы на закуп МИ и инвентаря, на оплату транспортных услуг, включая ГСМ, и иных затрат для организации прививочных пунктов при ПМСП и передвижных пунктов для проведения вакцинации против COVID-19;
- ✓ непредвиденные расходы на оплату транспортных услуг, включая затраты на ГСМ, для обслуживания повторных выездов мобильных бригад;
- ✓ непредусмотренные расходы в КПН на содержание аптечного пункта для обеспечения АЛО вследствие отсутствия оплаты фармацевтической услуги от ФСМС.

Вследствие несбалансированности обязательств, предъявляемых к ПМСП, неполного покрытия расширенного функционала, отсутствие финансового обеспечения внедрения новых услуг, объем выделяемого финансирования в рамках КПН для организаций ПМСП не покрывает их фактические затраты.

Рост дополнительных и непредвиденных затрат в ПМСП, ранее непредусмотренных в КПН приводит к сокращению расходов на содержание службы ПМСП, что сдерживает развитие инноваций в ПМСП: эффективной реализации ПУЗ и УПМП, а также снижает возможности ПМСП для повышения стимулов к эффективной работе и привлечению квалифицированных кадров.

Вследствие ограниченности ресурсов в анализируемых организациях ПМСП не

достигнуто обеспечение СМР в расчете 1:3 на участке семейного врача, нет обеспеченности патронажными сестрами для реализации УПМП.

В масштабах страны несбалансированность финансового обеспечения системы ПМСП отражается на снижении ее устойчивости, которое выражается в ослаблении кадрового потенциала ПМСП и как следствие увеличивает риски несвоевременного доступа населения к услугам ПМСП и специализированной помощи.

По итогам 2020 года анализ кадрового обеспечения ПМСП показал:

- 1293 участков по стране без семейного врача (в городе – 779, на селе 514);
- более 2 млн. населения не имеет постоянного семейного врача (15% городского и 12% сельского);
- средняя нагрузка на 1 семейного врача по РК составила 1861 человек, в пяти регионах не превышает 1700 – 1792 человека на участке, в шести регионах свыше 2000 тыс. человек;
- по РК участковых врачей (10843 физ. лиц) ниже числа профильных специалистов (12478 физ. лиц), соотношение 46% /54%;
- обеспечено 2,5 СМР на 1 участке семейного врача в РК вместо 3,0 (городе 2,2, село 2,9);
- 174 дефицит социальных работников в городе (показатель обеспеченности по РК – 1,1 на 10 тыс., в городе – 0,8, в селе – 1,5)
- 557 дефицит психологов по РК (показатель обеспеченности 0,7 на 10 тыс.)
- не во всех ПМСП развернута патронажная служба или приняты патронажные сестры для внедрения УПМП.

Анализ механизмов мотивации ПМСП

СКПН – это стимулирующая составляющая КПН, направленная на стимулирование работников субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основе достигнутых индикаторов конечного результата. Отмечается рост бюджета СКПН за счет роста населения (100 тенге на 1 жителя).

Повышение результативности труда работников организаций ПМСП, оказывающих

услуги ПМСП в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС осуществляется в соответствии с утвержденными правилами поощрения работников [42]:

- за счет сложившейся экономии бюджетных и внебюджетных средств в виде дифференцированной доплаты;
- за счет средств СКПН работникам ПМСП по результатам оценки их работы.

Получателями СКПН являются следующие работники ПМСП:

- медицинские работники, оказывающие услуги в условиях территориального участка:
 - ✓ ВОП, участковые терапевты и педиатры, акушер-гинекологи;
 - ✓ медицинские сестры общей практики и участковой службы, фельдшеры, акушерки, оказывающие медицинские услуги в условиях территориального участка;
 - ✓ социальные работники и психологи.
- медицинские работники субъектов здравоохранения, оказывающих ПМСП:
 - ✓ работники (врачи и СМР, в том числе школьная медицинская сестра) отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра ПМСП;
 - ✓ работники (врачи и средний медицинский персонал) отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра ПМСП.

Распределение средств СКПН предусматривается на следующие затраты:

- материальное поощрение работников субъекта ПМСП за достигнутые индикаторы конечного результата;
- повышение квалификации работников субъекта ПМСП, включая командировочные расходы, которые составляют не менее 5% от полученной суммы СКПН по субъекту ПМСП за отчетный период.

В соответствии с Методикой расчет суммы СКПН на материальное поощрение работников определяется после вычетов расходов на повышение квалификации работников в соотношении:

- не менее 80% – для стимулирования участковой службы организации ПМСП за достигнутый конечный результат работы;
- не более 20% – на стимулирование медицинских работников медицинской помощи вне участка: руководителя самостоятельного Центра семейного здоровья или ВА, заведующих и старших

медицинских сестер отделений ОВП, заведующих и старших медицинских сестер отделений участковой службы, заведующие и старшие акушерки акушерско-гинекологических отделений (кабинетов), работников (врачей и медицинских сестер) отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного здоровья.

Оценка вклада работников ПМСП проводится по уровню достижения ими целевого значения по 6 индикаторам конечного результата деятельности организации ПМСП:

- материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП;
- детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП;
- уровень госпитализации больных с осложнениями ССЗ (инфаркт миокарда, инсульт);
- впервые выявленные случаи ЗНО визуальной локализаций 1-2 стадии;
- своевременно диагностированный туберкулез легких;
- обоснованные жалобы.

Расчет уровня достижения по индикаторам и определение размера СКПН на организацию ПМСП и на участок осуществляется в автоматизированном режиме в ИС ДКПН, распределение средств СКПН до уровня работника проводится в ручном режиме организациями ПМСП самостоятельно.

Система мотивации ПМСП впервые была внедрена в 2012 году с ежеквартальной оценкой вклада работников, в среднем размер СКПН в расчете на 1 жителя составлял 50 тенге в месяц. Однако расчет сумм СКПН производился в ручном режиме посредством таблиц Excel специалистами РЦЭЗ.

В 2014 году средства на СКПН были увеличены в 2 раза и доведены до 100 тенге в расчете на одного жителя в месяц, также пересмотрена методика расчета СКПН с автоматизацией в ИС ДКПН, определены новые индикаторы оценки конечного результата деятельности организаций ПМСП.

Оценка внедрения СКПН за период с 2014 по 2019 год на основании данных, подготовленных РЦЭЗ из ИС ДКПН позволила сделать следующие выводы:

➤ по индикаторам оценки конечного результата (Таблица 8.2):

✓ отмечается положительная динамика влияния экономической мотивации специалистов ПМСП на достижение показателей результата в сравнение с уровнем 2014 года: в 2015 году результат достигнут по 4 индикаторам из 6, в 2019 году – по 5 индикаторам из 6.

Таблица 8.2. Оценка влияния экономической мотивации специалистов ПМСП на достижение показателей результата

Достижение результатов	2014 год	2015 год	Динамика	2019 год	Динамика
РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТ					
Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП;	44 случая	26 случая	снижение	10 случаев	снижение
Уровень госпитализации больных с осложнениями ССЗ (инфаркт миокарда, инсульт);	49%	46%	снижение	19,2%	снижение
Впервые выявленные случаи ЗНО визуальной локализаций 1-2 стадии	83%	85,3%	рост	54%	снижение (ухудшение)
Обоснованные жалобы	236 жалоб	74 жалобы	снижение	17 жалоб	снижение
РЕЗУЛЬТАТ НЕ ДОСТИГНУТ					
Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП;	207 случаев	311 случаев	рост	98 случаев	снижение
Своевременно диагностированный туберкулез легких;	57%	48,5%	снижение	99,3%	рост

➤ по вкладу в повышение квалификации и переподготовку работников ПМСП: по итогам 2019 года в сравнение с 2015 годом:

- ✓ выделено больше средств на повышение квалификации на 34% или 490,0 млн. тенге;
- ✓ увеличен охват обучением в 2,5 раза больше специалистов повысили

квалификацию за 2019 год;

- ✓ снизились затраты на обучение в расчете на одного специалиста ПМСП почти в 2 раза.
- Наглядно динамика инвестиций в обучение специалистов ПМСП за сет средств СКПН представлена на рисунке 8.5.



Рисунок 8.5. Оценка вклада средств СКПН на повышение квалификации специалистов ПМСП

➤ По размеру стимулирующих доплат работникам ПМСП:

- ✓ за период с 2014 года прирост бюджета СКПН обеспечен за счет роста численности прикрепленного населения, так как размер СКПН в сумме 100 тенге на одного человека сохранился том же уровне;

- ✓ число получателей СКПН выросла на 25% или на 11,2 тысяч человек (в 2015 году – 45,5 тыс. человек и в 2019 году – 56,7 тыс. человек), из которых (Рисунок 8.6):
 - рост на 24% или на 9 963 получателей среди специалистов на участке за счет увеличения числа врачей на 33%, СМР -

- на 27%, психологов на 23%;
- рост на 35% или 1 282 получателей среди

специалистов вне участка.

МОНИТОРИНГ ИНСТРУМЕНТОВ МОТИВАЦИИ для СПЕЦИАЛИСТОВ ПМСП 2014 – 2019 г.г.

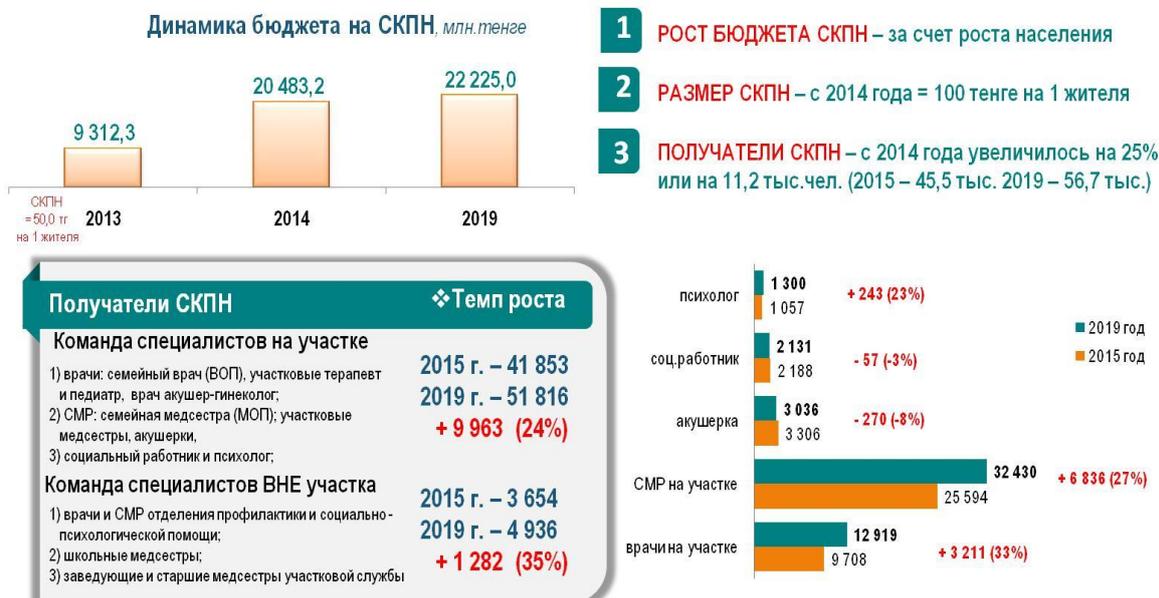


Рисунок 8.6. Динамика финансирования СКПН и числа получателей СКПН за период с 2015 по 2019 годы

➤ вследствие увеличения числа получателей СКПН и увеличение доли затрат на обучение специалистов ПМСП за счет средств СКПН снизился объем мотивационных выплат на одного работника ПМСП практически в 2 раза в структуре их заработной платы: у врача с 60% до 31%, у СМР с 43% до 24%, у

социального работника с 35% до 22%, у психолога с 48% до 22%. В результате размер доплаты перестал оказывать мотивационное воздействие на улучшение конечного результата деятельности работника (Рисунок 8.7).

Сумма СКПН на 1 специалиста (средняя в месяц) – Сравнение гарантированной ЗП (ПП РК 1193) и доплаты СКПН

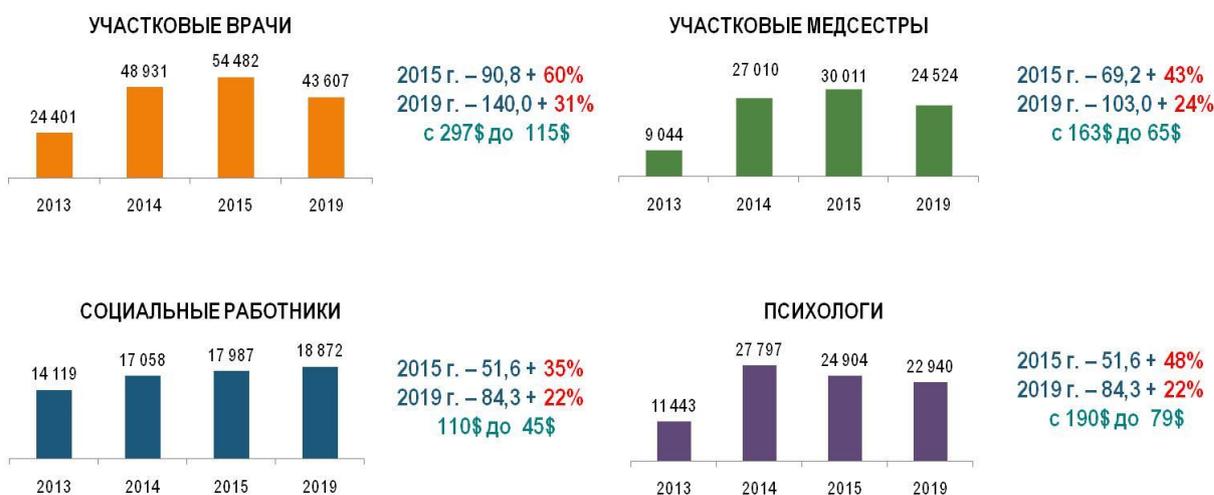


Рисунок 8.7. Оценка и динамика уровня экономической мотивации специалистов ПМСП за счет средств СКПН за период с 2013 по 2019 годы

Анализ фондодержания как инструмента повышения эффективности ПМСП

Фондодержание на уровне ПМСП было внедрено с 2014 года и предусматривало консолидация бюджетов на оказание услуг ПМСП и КДУ с учетом предоставления следующих возможностей и преимуществ:

- право организациям ПМСП на управление бюджетом КДУ за счет снижения необоснованного потребления данных услуг и добивается этого путем:
 - ✓ повышения компетенций специалистов ПМСП;
 - ✓ повышения эффективности профилактики;
 - ✓ и внедрения ресурсосберегающих технологий.
- ПМСП не заинтересовано в необоснованном наращивание КДУ, так как вследствие снижения необоснованного потребления КДУ ПМСП получает ЭКОНОМИЮ, за счет которой стимулирует своих специалистов к профилактике и развитию профессиональных компетенций и навыков;
- создается экономическая заинтересованность в здоровом население.

С внедрением системы ОСМС в 2020 году были изменены подходы к фондодержанию. Большая часть услуг выведена из КРН для организаций ПМСП, оставшиеся 177 КДУ являются в основном услугами по диагностике и их предоставление продиктовано стандартами медицинской помощи.

Действующий механизм фондодержания предусматривает определение планового уровня бюджета организациям ПМСП в рамках двух пакетов ГОБМП и ОСМС в соотношении 20%/80% в расчете на прикрепленное население. Однако, получение дохода за оказанные КДУ осуществляется за фактически оказанный объем по стоимости тарифа за каждую услугу. В этой связи организации ПМСП не имеющие в структуре отделения КДУ не получают доходы за администрирование

бюджета КДУ и не заинтересованы в снижении направлений к профильным службам.

Соответственно бюджет КДУ передается организациям ПМСП с функцией администрирования его использования, что основывается на следующем:

- подушевое финансирование на КДУ в расчете на 1 жителя НЕ создает мотивацию ПМСП, так как ПМСП обеспечивает направление пациентов на КДУ и стремиться освоить плановый объем выделенного бюджета следующими способами:
 - ✓ врачи ПМСП становятся «диспетчерами» доступа к КДУ;
 - ✓ из-за роста требования пациентов к доступу КДУ возросло число необоснованных направлений;
 - ✓ увеличение бюджета КДУ в 5 и более раз и тарифов с 2019 года создает заинтересованность профильных служб повысить свою доходность за счет наращивания услуг и возможных приписок.
- организациям ПМСП выгодно стать поликлиникой со своей службой КДП. В структуре ПМСП создаются консультативные и диагностические службы, чтобы сохранить бюджет на КДУ. Возросли риски необоснованного сдерживания к соисполнителям, формируется внутренняя очередность
- организации ПМСП не выгодно управлять потреблением КДУ, так как оплата КДУ осуществляется по фактически оказанным услугам.

Согласно действующей модели организации ПМСП не могут использовать часть бюджета КДУ на мотивацию. Формирование внутренней экономии из средств подушевого финансирования на ПМСП возможно только за счет: сокращения расходов и снижения обращений по заболеваемости.

Анализ методов оплаты неотложной помощи 4 категории срочности при ПМСП

Согласно, правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации, утвержденных приказом МЗ РК от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-225/2020, принятые диспетчером вызовы подразделяются на 4 (четыре) категории срочности в зависимости от времени доезда бригад скорой медицинской помощи до места нахождения пациента:

- 1 категория срочности – до десяти минут;
- 2 категория срочности – до пятнадцати минут;
- 3 категория срочности – до тридцати минут.
- 4 категория срочности – до шестидесяти минут.

В 4-й категории срочности определены 14 состояний пациента, вызванные острым заболеванием или обострением хронического заболевания, без внезапных и выраженных нарушений органов и систем, при отсутствии непосредственной угрозы жизни и здоровью больного. Ожидаемый результат:

- повышение уровня удовлетворённости населения своевременным и качественным оказанием медицинских услуг;
- снижение уровня догоспитальной смертности;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни.

Подходы прошли пилотную апробацию в

Павлодарской и Кызылординской областях. Согласно Приказа МЗ РК №225 определены следующие условия для ПМСП по организации неотложной помощи прикрепленному населению:

- фельдшерские и специализированные (врачебные) бригады отделения СМП при организации ПМСП оказывают медицинскую помощь лицам, находящимся в зоне обслуживания организации ПМСП круглосуточно;
- в организациях ПМСП с прикрепленным населением менее двадцати тысяч человек, обслуживание вызовов 4 категории срочности допускается путем передачи данной услуги в аутсорсинг;
- в организациях ПМСП с прикрепленным населением менее двадцати тысяч человек, обслуживание вызовов 4 категории срочности допускается путем передачи данной услуги в аутсорсинг.

Тарифная политика и оплата услуг неотложной медицинской помощи при ПМСП определена в виде:

- подушевого норматива на одного прикрепленного человека в месяц, оплата которого осуществляется Фондом;
- тарифа за вызов фельдшерской бригады на условиях аутсорсинга (Рисунок 8.8).



Рисунок 8.8. Динамика тарифа за оказание услуг неотложной медицинской помощи при ПМСП с 2018 по 2021 годы

Темпы роста подушевого норматива ниже темпов роста тарифа за вызов и составили 13% и 25% соответственно. Темпы удорожания тарифа за вызов могут привести к повышению риска неплатежеспособности организаций ПМСП, использующих аутсорсинг услуг неотложной помощи.

К примеру, организация ПМСП с численностью 10 тысяч населения в месяц получает 359,3 тыс. тенге подушевого финансирования, что соответствует 96 вызовам в месяц (или 3 вызова в день) при оплате за вызов в размере 3 731,46 тенге. Показатель уровня обращений населения за услугами неотложной помощи не должен превышать 1% на 100 человек. Тогда как наилучший показатель снижения числа обращений пациентов с хроническими заболеваниями в пределах 10-16% на 100 человек населения.

Провести комплексную оценку результатов внедрения двухуровневой модели службы скорой медицинской помощи на страновом уровне не удастся из-за отсутствия данных, поэтому оценка и расчет затрат были произведены на уровне организаций ПМСП.

Анализом охвачены три организации ПМСП из разных регионов:

- с численностью 40 тысяч человек прикрепленного населения;
- с численностью 52 тысяч человек прикрепленного населения;
- с численностью 67 тысяч человек прикрепленного населения.

В каждой организации ПМСП сформированы бригады неотложной помощи из расчета на 20 тысяч населения с круглосуточным графиком работы. На 1 бригаду приходится 12 шт. единиц, из которых: 8 шт. ед. фельдшера и 4 шт. ед. водителей.

Нагрузка на 1 бригаду в смену составляет 16-25 вызовов, в год уровень обращений за услугами неотложной помощи достигает 14-25 вызовов на 100 человек населения.

Анализ и оценка фактических затрат организаций ПМСП выявил значительное превышение над плановым уровнем подушевого финансирования в 4-6 раз. Подушевые фактические затраты на одного жителя по итогам 6 месяцев 2021 года составили от 144 до 245 тенге в среднем в месяц при динамике роста от 15 до 25% к предыдущему году (Рисунок 8.9).



Рисунок 8.9. Фактические затраты на оказание неотложной помощи 4 категории срочности при ПМСП на 1 жителя в месяц из расчета 1 бригада на 20 тыс. населения, тенге

При оценке плановых затрат согласно требованиям Правил оказания скорой медицинской помощи, только затраты на оплату труда 1 фельдшерской бригады в расчете на 10 тысяч населения составят - 184

тенге, а в расчете на 20 тысяч населения - 92 тенге (при средней заработной плате фельдшера 170 тыс. тенге (8 шт. ед.) и водителя - 120 тыс. тенге (4 шт. ед.)).

8.2. Проблемные вопросы в финансировании ПМСП

Анализируя текущую ситуацию в финансировании ПМСП необходимо выделить следующие **проблемные вопросы**:

1. В части КПН:

- Подушевой норматив на оказание ПМСП не соответствует затратам на выполнение обязательств и требований, предъявляемых к действующей социально-ориентированной модели ПМСП:
 - ✓ на укомплектование специалистами ПМСП: 3-й медсестрой для семейного врача / ВОП и социальными работниками и психологами, патронажными медсестрами по УПМП;
 - ✓ на повышение заработной платы сотрудникам в основном используют систему оплаты труда по Постановлению Правительства РК №1193 (*доля затрат на оплату труда составляет 80% и более в структуре общих расходов*);
 - ✓ на создание стимулов для качественной реализации ПУЗ, УПМП, интеграции служб и др. профилактических мер;
 - ✓ на укрепление профилактики и вовлечение населения в ЗОЖ через создание скрининговых и доврачебных кабинетов, Школ здоровья и др.;
 - ✓ на оказание услуг включенных в КПН: в приказах отсутствует четкий перечень услуг в КПН (*по методике КПН это 157 услуг ПМСП, а по правилам оплаты КПН включает КДУ, но не указано какие*), также нет ясности в каких условиях оказывается услуги ПМСП (*к примеру, некоторые услуги на ПМК возмещаются за счет КПН*);
 - ✓ на новые услуги: проведение вакцинации против COVID-19 и повторные вызовы мобильных бригад больным с COVID-19, дистанционные услуги;
 - ✓ на дистанционные услуги специалистов ПМСП: требование оказывать есть, перечня дистанционных услуг на уровне ПМСП нет, в КПН не предусмотрены затраты на закуп видео и мобильных устройств, нет оплаты сотрудникам интернета;
 - ✓ на цифровизацию и обеспечение персонала мобильными устройствами;
 - ✓ на приобретение основных средств и медицинской техники.
- Проблемные вопросы по КПН на уровне медицинских организаций приводят к:
 - ✓ высокой текучести квалифицированных кадров, социальных работников и психологов, а молодые специалисты не заинтересованы работой в ПМСП, особенно на уровне села;
 - ✓ слабой обеспеченности или высокой изношенности материальных ресурсов;
 - ✓ ограничению доступа к интернету и не полной обеспеченности персональными компьютерами и орг. техникой;
 - ✓ слабому внедрению технологий в ПМСП: ПУЗ, УПМП, социальные и психологические, в работе с населением.
 - Проблемные вопросы по КПН на уровне пациентов приводят к:
 - ✓ снижению своевременного доступа к услугам ПМСП из-за высокой нагрузки (очередность);
 - ✓ снижению качества услуг и комплексности;
 - ✓ снижению осведомленности о профилактических мероприятиях;
 - ✓ росту жалоб и неудовлетворенности услугами ПМСП;
 - ✓ увеличению доли частных платежей граждан в 2020 году, которая составила 40% от текущих расходов здравоохранения, при рекомендуемом не более 20% и достигла 830 млрд. тенге, что является отражением дефицита доступности медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.
- ### 2. В части мотивационных инструментов для специалистов ПМСП:
- Снижение эффективности мотивации через СКПН вследствие слабого влияния на конечный результат:

- ✓ размер СКПН не пересматривался с 2014 года, несмотря на увеличение числа получателей на 25%;
 - ✓ значительный прирост числа специалистов вне участка на 35%, тогда как рост специалистов на участке – на 24%;
 - ✓ увеличение затрат на повышение квалификации с 6,9% до 8,7% при отсутствии повышения размера СКПН повлиял на снижение суммы для мотивации персонала;
 - ✓ вознаграждение СКПН воспринимают не как бонус за хорошую работу, а как неотъемлемая часть своего ежемесячного дохода.
- Специалисты ПМСП на участке утратили мотивацию к улучшению результатов своей деятельности, измеряемой через СКПН вследствие следующих причин:
- ✓ размер доплаты по СКПН в 2019 году по отношению к заработной плате снизился в сравнение с 2015 годом в 2 раза: у семейного врача с 60% до 31%, у медсестры с 40% до 24%, у социального работника с 35% до 22%, у психолога с 48% до 22%;
 - ✓ нет четкого понимания и доверия к расчетам размера вознаграждения СКПН:
 - за что специалист получил СКПН и как можно повлиять на то, чтобы размер вознаграждения был выше;
 - расчет суммы доплаты производится в ручном режиме посредством Excel таблиц, и является трудоемким и сложным, поэтому не всегда воспринимается специалистами.
- Специалисты ПМСП не могут отслеживать индикаторы СКПН в онлайн режиме и влиять на улучшение результата, т.к.:
- ✓ не имеют доступа к ИС «ДКПН»:
 - для мониторинга за достижением индикаторов по своему участку;
 - для ознакомления с полученным расчетом суммы СКПН на участок;
 - ✓ нет возможности оценить промежуточный результат в течение отчетного периода и повлиять на опережение, потому что индикаторы формируются после закрытия;
- ✓ из-за позднего закрытия отчетного периода оценка результата уже не подлежит изменению.
- Постоянная задержка выплат СКПН работникам снижает мотивацию: поздно устанавливаются целевые уровни индикаторов, несвоевременные перечисления сумм СКПН Фондом и позднее закрытие платежного периода приводит к запоздалой оценке достигнутого результата по организации, по участкам и по специалистам.

3. В части фондодержания как инструмента повышения эффективности ПМСП:

- Отмена фондодержания лишило ПМСП дополнительных экономических стимулов повышения доходности через повышение эффективности деятельности ПМСП;
- Несмотря на увеличение подушевого норматива организации ПМСП не могут обеспечить полную укомплектованность персонала и повышенную им заработную плату;
- Организации ПМСП не могут обеспечить 3 медсестры на 1 врача для полноценной реализации технологий УПМП и ПУЗ;
- Пересмотр подушевого норматива осуществляется в основном из-за повышения оплаты труда работников здравоохранения и не учитывал структурные и функциональные изменения, что привело к увеличению затрат на организацию ПМСП. Тариф не покрывает себестоимость;
- Выросли затраты на цифровизацию: обеспечение персонал ноутбуками, планшетами и мобильными устройствами, а также увеличились расходы на сопровождение информационных систем;
- Уровень оплаты труда в ПМСП не привлекателен для молодых специалистов и для привлечения квалифицированных кадров;
- Система оплаты больше ориентирована на применение штрафных санкций (35 дефектов качества по ПМСП из 50 по всем видам помощи).

4. В части оплаты неотложной помощи по 4 категории срочности вызовов при ПМСП:

- Недостаточно ресурсов для полноценной службы неотложной помощи при ПМСП. Утвержденный на 2021 год подушевой норматив неотложной помощи в размере 35,93 тенге на одного человека в месяц не покрывает фактические затраты ПМСП на организацию круглосуточной деятельности бригады более чем в 4 раза;
- Услуги неотложной помощи обслуживаются вне графика ПМСП – в круглосуточном режиме, что противоречит подпункта 1 пункта 1 статьи 118 Кодекса, которая гласит, что оказываемые услуги в амбулаторных условиях не предусматривают круглосуточного медицинского наблюдения и лечения;
- Услуги неотложной помощи не прикрепленному населению не предусмотрены в подушевом нормативе;
- Областные ССМП часто отказывают организациям ПМСП в аутсорсинге неотложной помощи из-за недостаточной обеспеченности транспортом и кадровыми ресурсами, другие ПМСП загружены своими вызовами и возникает риск доступности населения к данным услугам;
- 20-25% вызовов ПМСП относятся к 1-3 категории срочности, а сельские бригады

работают как скорая помощь, однако не предусмотрены в Правилах оплаты условия взаиморасчета с областными ССМП;

- Снижена доступность и своевременность качественного оказания скорой и неотложной помощи в сельском районе, в отдаленных сельских пунктах, где областные ССМП редко создают дополнительные подстанции (отделения) из-за экономии ресурсов;
- Отсутствует единая система информационного обеспечения службы скорой медицинской помощи и неотложной помощи ПМСП;
- Рост жалоб от населения из-за позднего обслуживания организациями ПМСП вызовов 4-й категории сложности. Имеет место ошибка со стороны диспетчера при определении состояния пациента, при обслуживании специалисты ПМСП устанавливают 1-ю или 2-ю или 3-ю категорию риска;
- Не оценены в полной мере риски по реформе скорой помощи в части переадресации вызовов скорой помощи по 4-й категории сложности в круглосуточном режиме и по территориальному принципу, не проводится целевой мониторинг и анализ результатов.

8.3. Международный опыт финансирования ПМСП

Анализ опубликованной литературы и зарубежной практики показал, что на сегодняшний день существует финансирование ПМСП по следующим схемам:

- подушевое финансирование, распространенное в Чехии, Испании, Эстонии, Венгрии, Польше. Деньги поступают на счет ВОП (он является фондодержателем). Врач расплачивается за все виды услуг, необходимые пациенту: консультацию, госпитализацию;
- оплата за фактически выполненные услуги, объемы оказанной медицинской помощи по установленным тарифам. Такая схема

применяется в Бельгии, Франции, Финляндии, Греции, Люксембурге, Германии;

- сочетание подушевого финансирования и оплаты за выполненные объемы оказанных услуг. Данная схема распространена в Италии, Дании, Ирландии, Швеции и Словении.

В большинстве стран Европейского союза (ЕС) финансирование ПМСП осуществляется исходя из количества прикрепленных больных дополнительной оплатой за объем оказанных услуг. Цель такого финансирования – укрепление профилактической деятельности первичного звена и снижения числа

направлений к узким специалистам.

В **Великобритании**, а также в ряде стран ЕС (Италия, Португалия, Ирландия) стали внедряться методы мотивации первичного медицинского звена за достижение именно целевых показателей их непосредственной деятельности, т.е. уровень госпитализации, результаты профилактической работы, показатели иммунизации прикрепленного населения и др. При использовании данной схемы фондодержателем может быть представлен ВОП, на счет которого поступают денежные средства, и именно он является плательщиком за все типы услуг.

В западных странах для повышения качества и эффективности медицинской помощи стали применяться методы независимой оценки технологий лечения, системы закупок инновационного оборудования и шире оплата труда медицинских работников за результаты деятельности.

Равная возможность в получении медицинской помощи достигается благодаря увеличению охвата населения медицинским обслуживанием и регламентированию процесса по распределению денежных средств, которые направлены на оплату разного типа медицинских услуг.

В этих условиях наиболее доступным и эффективным способом оказания медицинской помощи становится ПМСМ и бесспорен вывод, что для достижения экономической эффективности здравоохранения необходимо, чтобы:

- система здравоохранения располагала достаточным количеством средств для борьбы с заболеваемостью и для укрепления здоровья;
- система здравоохранения эффективно использовала имеющиеся средства именно на медицинское обслуживание и чтобы польза от применяемых технологий превышала затраты на них.

В настоящее время наиболее эффективными являются системы здравоохранения не только

с высоким уровнем финансовой обеспеченности, но и с различными формами модернизации первичного звена. Как пример следует отметить Национальную программу развития первичной медицинской помощи Швеции, а также Центры здоровья, объединяющие ВОП Испании, Финляндии [43].

В **США** функционирует частная модель здравоохранения, а национальной системы здравоохранения, распространяющейся на все население, фактически нет. Они остаются единственной промышленно развитой страной, в которой гарантии государства в области медицинской помощи распространяются лишь на ограниченный круг граждан, а доступ к услугам здравоохранения носит фрагментарный характер. Основным источником финансирования – частное страхование, покрывающее более 50 % всех медицинских услуг. Другие источники включают программы для пожилых и малоимущих граждан, а также личные средства граждан. Управление финансированием медицинских организаций и частнопрактикующих врачей находится преимущественно в руках частных страховых компаний. Государство управляет распределением ресурсов в рамках специальных программ для незащищенных граждан. Форма управления здравоохранением децентрализованная. Расходы на здравоохранение из общественных источников составляют 9,1 % от ВВП, совокупные расходы – 17,2 %. Обеспечение доступности медицинских услуг ограничивается платежеспособностью пациентов [44].

Основным источником финансирования здравоохранения в **Канаде** являются федеральные фонды и страховые фонды провинций, доля в покрытии затрат здравоохранения которых равна 90%. Оставшиеся 10% распределены между частным страхованием и добровольными пожертвованиями. Государственные расходы составляют около 7,6% от ВВП, совокупные – 10,8% от ВВП. Из государственного бюджета средства перенаправляются в федеральные фонды и/или страховые планы провинций и

территорий, затем в адрес медицинских организаций и частнопрактикующих врачей. Форма управления здравоохранением децентрализованная. Ключевую роль в

оказании первичной и стационарной медицинской помощи играют частнопрактикующие врачи и частные учреждения здравоохранения [45].

8.4. Предлагаемые пути решения проблемных вопросов финансирования ПМСП

Для решения всех вышеуказанных проблем предлагается:

1. В части КПН:

- Утвердить методику расчета базового КПН и определить подходы для включения затрат в базовый КПН на основании оценки фактических затрат на обеспечение деятельности действующей социально-ориентированной модели ПМСП с учетом:
 - ✓ минимальных норм кадровой обеспеченности и объема услуг согласно их функционала;
 - ✓ оптимальной структуры организации ПМСП: участковая служба; доврачебный и смотровой кабинеты, фильтр; патронажная служба; отделение профилактики и социально-психологической помощи; школы здоровья, кабинет развития ребенка;
 - ✓ режима работы организаций ПМСП, не предусматривающего круглосуточного медицинского наблюдения и лечения;
 - ✓ уровня оплаты труда специалистов ПМСП с учетом трендов роста заработной платы по экономике, при этом оплата труда семейных врачей и медицинских сестер должна быть выше участковых терапевтов и педиатров;
 - ✓ базовых затрат, включая на обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями, СИЗы и дезинфицирующими средствами;
 - ✓ минимальных норм оснащения медицинской техники и транспорта;
 - ✓ цифровых технологий.
- Определить перечень услуг для включения в КПН для ПМСП и оценить затраты на их оказание:
 - ✓ оказание услуг ПМСП согласно функционалу специалистов ПМСП и его
- объем не связан финансирование, так как должен оцениваться по расходам на содержание модели ПМСП (в предыдущем пункте обозначено);
- ✓ оказание услуг прикрепленному населению с учетом семейного принципа обслуживания;
- ✓ включение КДУ должно быть сверх объема затрат на ПМСП и оценено по потребности в расчете на население;
- ✓ рассмотреть вопрос оплаты за КДУ на уровне стационаров (приемный покой) при отсутствии отдельных лабораторных диагностических исследований при поступлении на плановую госпитализацию (закуп КДУ проводить через ФСМС).
- Исключить оплату из двух источников по услугам с отдельным тарифом (тариф услуги должен предусматривать все затраты на ее оказание):
 - К примеру:
 - ✓ оплата мобильной бригады: первичный вызов по тарифу за вызов, а повторные вызова за счет средств КПН;
 - ✓ оплата скрининга: услуги врача и медсестры ПМСП за счет КПН, а диагностика за счет средств на КДУ (с расширением видов скрининга и числа целевых групп увеличивается нагрузка на ПМСП, что требует дополнительные штаты и материальные закупы и должного финансового обеспечения);
 - ✓ услуги на ПМК: услуги специалистов ПМСП за счет КПН, часть КДУ за счет КПН и другая часть за счет средств на ПМК.
- Определить четкие правила для включения услуг в КПН:

- ✓ включение услуг в КПН с финансовым обеспечением;
- ✓ если новая услуга предусматривает увеличение объема и приводит к дополнительным расходам (на расширение штатов, на оплату труда, на закуп материальных затрат и др.);
- ✓ включение услуг в КПН без финансового обеспечения;
- ✓ включение услуг для прикрепленного населения;
- ✓ включение услуг для НЕ прикрепленного населения.

Формирование КПН должно быть справедливым. К примеру:

- ✓ вакцинация против COVID-19 включена в КПН без дополнительного финансирования и оказывается без учета прикрепления;
- ✓ неотложная помощь оказывается без учета прикрепления и превышение затрат на ее содержание возмещается за счет средств КПН;
- ✓ услуги специалистов ПМСП на ПМК оказываются не прикрепленному сельскому населению за счет КПН.

- Пересмотреть половозрастной поправочный коэффициент (размер коэффициента не изменялся с 2000 года);
- Включить дополнительный поправочный коэффициент для сельских организаций

ПМСП, учитывающий протяженность участка, территориальную отдаленность от районного центра;

- Включить в подушевой норматив расходы на обновление основных средств и медицинской техники, на развитие цифровых технологий в ПМСП;
- Внедрить стимулы для поддержки развития самостоятельных Центров семейного здоровья с населением от 5000 чел. до 15000 чел. вне зависимости от формы собственности.

2. В части мотивационных инструментов для специалистов ПМСП:

- Увеличить действующий размер СКПН из расчета:
 - ✓ уровень доплаты при максимальном достижении индикаторов не должен быть ниже 50% от размера гарантированной оплаты труда согласно ПП РК 1193;
 - ✓ прогнозный расчет суммы СКПН на одного человека в месяц предлагается установить на 2022 год в размере 200 тенге. В последующие годы при увеличении заработной платы необходимо увеличивать размер СКПН соизмеримо уровню повышения заработной платы. Расчет представлен в таблице 8.3.

Таблица 8.3. Предлагаемый расчет среднего размера СКПН на одного человека в месяц для повышения мотивации специалистов ПМСП по результатам оценки их деятельности

Наименование	Шт.ед.	СЗП, тенге	50% СКПН	СКПН на 1 чел.
ИТОГО СКПН				198,0
На повышение квалификации не менее 5%				10,0
На мотивацию не более 95%				188,0
Специалисты на участке – 80%				150,0
Семейный врач	1,0	230,0	115,0	68,0
Семейная медсестра	3,0	170,0	85,0	50,0
Акушерка	0,25	170,0	21,0	12,0
Социальный работник*	0,25	135,0	17,0	10,0
Психолог*	0,25	135,0	17,0	10,0
Специалисты вне участка - 20%				38,0

*Примечание: *ЗП социального работника и психолога с учетом 100% доплаты за психоэмоциональную нагрузку*

- Пересмотреть индикаторы СКПН с учетом рекомендаций экспертов ВОЗ для правильной оценки эффективности ПМСП по оценке конечного и процессного результата;

- Исключить ручной принцип формирования индикаторов, т.е. ручной ввод данных. В целях повышения прозрачности и достоверности оценки результата все индикаторы должны рассчитываться на основе данных из ИСЗ.
 - Внедрить систему светофора по индикаторам в зависимости от уровня достижения порогового значения:
 - ✓ красный: результат не достигнут;
 - ✓ желтый: допустимое отклонение от _% до _%;
 - ✓ зеленый: результат достигнут.
 - Определить повышающий стимул для специалистов на участке семейного врача: размер вознаграждения для семейных врачей и медицинских сестер должен быть выше участковых;
 - Предоставить доступ к portalу ДКПН специалистам ПМСП, получателям СКПН по уровням:
 - для специалистов на участке по своему участку:*
 - ✓ для просмотра данных по индикаторам;
 - ✓ для мониторинга и оценки результата достижения индикаторов;
 - ✓ для ознакомления с полученным расчетом суммы СКПН на участок;
 - ✓ для просмотра расчетов суммы доплаты СКПН по работникам на участке;
 - ✓ для ознакомления и согласования с данными, используемыми для расчета суммы доплаты СКПН.
 - для специалистов вне участка:*
 - ✓ расширенный доступ для заведующих и старших медсестер отделения ОВП по отделению в целом.
 - Разработать и утвердить автоматизированный расчет суммы СКПН до уровня каждого работника организации ПМСП:
 - ✓ на основе индикаторов процесса;
 - ✓ на основе индикаторов результата;
 - ✓ % вклада каждого специалиста в достижение результата;
 - ✓ с учетом трудовых условий:
 - фактическое отработанное время;
 - основной работник или в период совмещения;
 - наличие жалоб, замечаний и административных взысканий.
- Механизм расчета должен быть гибким, позволяющим организациям ПМСП вносить входные данные по работникам для расчета размера суммы доплаты.
- Внедрить систему автоматического перевода суммы доплаты СКПН, рассчитанную в portalе ДКПН на карточный счет сотрудника.
- 3. В части фондодержания как инструмента повышения эффективности ПМСП:**
- Пересмотреть затраты ПМСП с учетом действующей модели ПМСП и необходимой кадровой обеспеченности, также внедрить стимулы для поддержки развития самостоятельных Центров ПМСП и семейной медицины;
 - Пересмотр методики тарифа КПН и подходов к оплате с учетом:
 - ✓ внедрить фондодержание;
 - ✓ определить перечень КДУ для включения в КПН;
 - ✓ закуп дорогостоящих КДУ проводить через ФСМС;
 - ✓ включить в тариф затраты на обновление основных средств, на развитие цифровых технологий в ПМСП.
 - Система оценки ПМСП должна основываться на системе стимулов, поэтому необходимо перейти от системы наказания к системе мотивации ПМСП, что позволит сохранить имеющиеся кадры и привлечь новые в ПМСП.
- 4. В части оплаты неотложной помощи 4 категории срочности при ПМСП:**
- Обслуживание вызовов неотложной помощи по 4-й категории срочности определить при областных станциях СМП без переадресации населения на уровень ПМСП;

- Разрешить на селе открытие станции скорой медицинской помощи в при сельских больницах;
- Пересмотреть Правила оказания неотложной помощи населению с учетом отмены переадресации на уровень ПМСП и выделение отделений скорой помощи в состав сельских больниц;
- Пересмотреть подушевые затраты на оказание неотложной помощи при ПМСП согласно требованиям Правил оказания скорой помощи и с учетом фактических затрат организаций ПМСП, включить в состав КРН;
- Пересмотреть тариф областных станций СМП в связи с включением услуг по 4-й категории сложности в их функционал и передачи отделений скорой помощи в состав сельских больниц;
- Утвердить методику и размер тарифа на оказание скорой медицинской помощи сельскому населению при отделениях в структуре сельских больниц;
- Пересмотреть правила оплаты для организаций ПМСП и сельских больниц по оказанию неотложной медицинской помощи;
- Включить в СКРН индикатор «Снижение вызовов неотложной помощи с обострением хронических заболеваний, подлежащих динамичному наблюдению» в целях повышения мотивации специалистов ПМСП в улучшение профилактики на ранних этапах заболевания и эффективном наблюдение за пациентами, находящимся на динамичном наблюдение;
- Завершить интеграцию МИС скорой помощи с МИС организаций ПМСП.

ГЛАВА 9. ШКОЛЬНАЯ МЕДИЦИНА



9.1. Анализ текущей ситуации по вопросам развития школьной медицины

В Казахстане в 2017 году в рамках Государственной Программы развития здравоохранения РК «Денсаулык», был инициирован процесс передачи школьной медицины из системы образования в систему здравоохранения. В рамках реализации Закона РК от 30 июня 2017 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты РК по вопросам обязательного социального медицинского страхования» в 2017 году медицинские работники школ включены в штатную численность поликлиник, а медицинские пункты организаций образования стали их структурными подразделениями.

Понятие «школьная медицина» впервые введено Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года. МЗ РК были регламентированы ряд законодательных актов по штатному нормативу, по оснащённости кабинетов медицинских пунктов объектов образования. После принятия данных НПА проведено обучение медицинских работников школ, укомплектованы и дооснащены медицинские пункты организаций образования.

Актуальность проблемы организации медицинской помощи детям в школах объясняется продолжающимся регрессом состояния здоровья детей в период пребывания их в образовательных учреждениях, что указывает на недостаточную эффективность мероприятий, которые проводятся в школах.

Основными целями общеобразовательного учреждения является формирование общей культуры личности обучающихся на основе усвоения обязательного минимума содержания общеобразовательных программ, их адаптации к жизни в обществе, создание основы для осознанного выбора и последующего освоения профессиональных образовательных программ, воспитание

гражданственности, трудолюбия, уважения к правам и свободам человека, любви к окружающей природе, родине, семье, формирование здорового образа жизни.

Разработанная в школе программа направлена на реализацию здоровьесберегающих технологий, то есть системно организованной деятельности, направленной на педагогов, медиков и других специалистов школы, защиту здоровья учащихся и учителей от неблагоприятного воздействия факторов, связанных с образовательным процессом и пребыванием в школе.

Диагностику и мониторинг состояния здоровья учащихся осуществляет медицинский персонал, школьный психолог, учителя физической культуры, классные руководители и администрация школы. Постоянно протекающий процесс роста и развития, в ходе которого осуществляется постепенное формирование взрослого организма – основная особенность детского организма.

От того, как растёт и развивается ребенок, во многом зависит его будущее, и, следовательно, этот процесс должен находиться под постоянным контролем медицинских работников, родителей и педагогов.

Анализ текущей ситуации показал, что в стране в стране 3 324 461 школьников и порядка 6 700 школ, в том числе малокомплектных – 1963 (Таблица 9.1, Рисунок 9.1). Доля малокомплектных школ (МКШ) порядка 29% от общего количества школ в стране. В сфере образования РК создаются благоприятные условия для развития национальной модели, обеспечивающей широкий доступ к качественному образованию на всех уровнях. Особую актуальность представляет развитие МКШ на основе модернизации ее содержательного, управленческого и ресурсного аспектов.

Таблица 9.1. Показатели по регионам (по итогам 1 полугодия 2021 г.)

№	Регионы	Количество школ	Кол-во МКШ	Уд. вес МКШ	Кол-во школьников в МКШ	Оснащенность медицинским пунктом	Доступна ли мед. работнику школы ИС РПН	Доступна ли МИС
1	Акмолинская	555	259	46%	11 396	74%	228 – да, 327 – нет	228 – да, 327 – нет
2	Актюбинская	388	134	35%	7 495	84%	76 – да, 312 – нет	76 – да, 312 – нет
3	Алматинская	751	140	19%	9 925	74%	350 – нет, 401 – да	371 – нет, 380 – да
4	Атырауская	184	23	13%	1674	69%	64 – да, 120 – нет	64 – да, 120 – нет
5	ВКО	594	207	35%	11 123	80%	да – 126, нет – 468	да – 118, нет – 476
6	Жамбылская	430	139	32%	4 476	68%	149 – да, 281 – нет	237 – да, 193 – нет
7	ЗКО	378	97	25,7%	6 292	86%	279 – нет, 99 – да	240 – нет, 138 – да
8	Карагандинская	469	137	29%	6903	92%	да – 129, нет – 340	да – 285, нет – 184
9	Костанайская	474	260	54,9%	14 470	72%	331 – нет, 143 – да	331 – нет, 143 – да
10	Кызылординская	281	0	0	0	78%	281 – да	281 – да
11	Мангистауская	141	7	5,0%	396	89%	70 – да, 71 – нет	103 – да, 38 – нет
12	Павлодарская	351	208	59%	14 498	75%	100 – да, 251 – нет	167 – да, 184 – нет
13	СКО	470	286	61%	16 461	76%	76 – да, 394 – нет	88 – да, 382 – нет
14	Туркестанская	860	66	7,7%	3 472	58%	860 – да	860 – да
15	г. Алматы	209	6	2,9%	1532,0	100%	209 – да	209 – да
16	г. Нур-Султан	90	0	0	0	98%	69 – да, 21 – нет	90 – да
17	г. Шымкент	137	0	0	0	96%	78 – нет, 59 – да	93 – нет, 44 – да
Итого по РК		6762	1963	29%	110 113	80%	46% – да, 54% – нет	52% – да, 48% – нет

По данным РЦЭЗ на 01.07.2021г

МКШ – это общеобразовательная школа с малым контингентом обучающихся, совмещенными классами-комплектами и со специфической формой организации учебных занятий согласно Закона РК «Об образовании». Неравномерная плотность населения в стране обусловила региональный аспект данной проблемы: большинство МКШ располагаются в СКО (60,0% от общего количества школ области), Павлодарской (59,0%), Костанайской (55,0%) областях. За 6 месяцев 2021 года количество МКШ составило 1 963. Тенденция увеличения количества МКШ наблюдается в СКО, Костанайской, Павлодарской областях, что связано переездом населения в крупные сельские и городские поселения (Рисунок 9.2).

Важнейшим элементом школьной медицины является медицинский персонал. Школьная медсестра, являясь основным помощником врача, а также посредником между директором школы и представителями здравоохранения, организует и проводит лечебно-профилактические мероприятия в школе.

Основные направления работы медицинского персонала школы – это наблюдение за

состоянием здоровья, за физическим и нервно-психическим развитием учеников, организация и проведение противоэпидемических и лечебно-профилактических мероприятий, контроль режима дня и питания школьников, проверка правильности организации трудового воспитания и выполнения гигиенических требований, организация и проведение санитарно-гигиенического обучения школьного персонала, школьников и их родителей, формирование единого списка обучающихся в школе. Проведение доврачебного осмотра обучающихся, с записью во вкладном листе к медицинской карте амбулаторного пациента, согласно утвержденной форме (052/y), ежегодное формирование и составление списков обучающихся, подлежащих профилактическим осмотрам в предстоящем году, с последующей ежемесячной коррекцией целевых групп, организация и проведение иммунопрофилактики, медицинского осмотра, выявление различных заболеваний, начиная от вирусных заболеваний и заканчивая серьезными нарушениями здоровья, а также направление учащихся по показаниям на лабораторные, диагностические исследования.

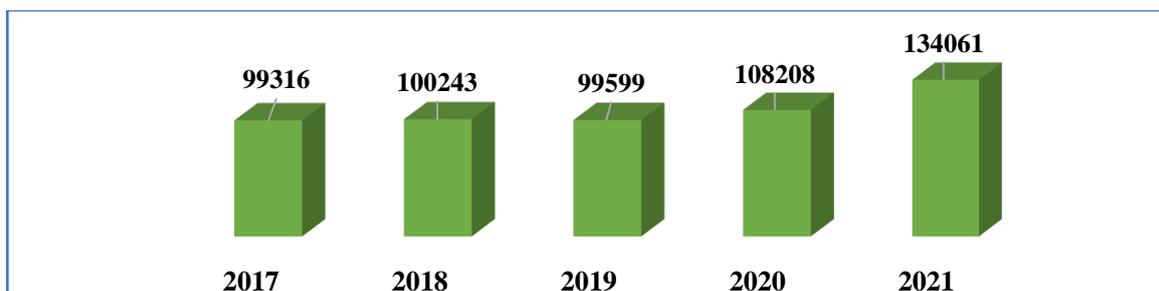


Рисунок 9.1. Количество школьников в МКШ [1]

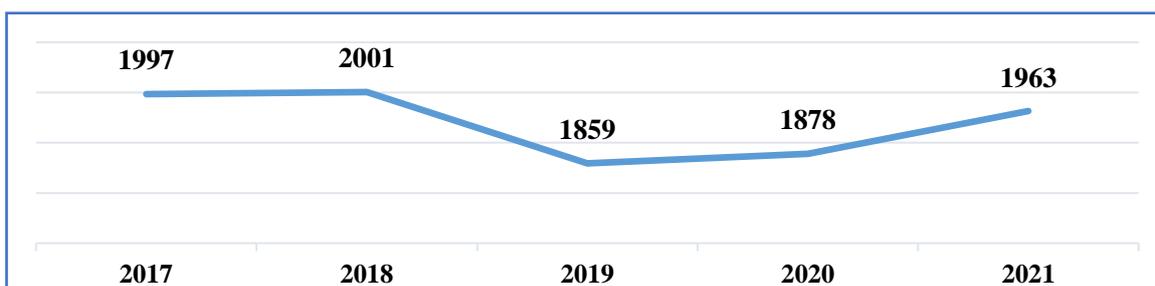


Рисунок 9.2. Количество МКШ [4]

Приказом МЗ РК от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 утверждены правила, объемы и периодичность проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования.

Основной профиль деятельности школьной медицины в целом базируется на проведении профилактических осмотров школьников (Рисунок 9.3).

Число проведенных осмотров увеличилось: процент выполнения составил 89% в 2017 году и 100% – в 2019 году, а также осмотренных детей в 2017 составило 65,3%, а в 2019 – 87,6%.



Рисунок 9.3. Охват профилактическим осмотром школьников

Статистические данные свидетельствуют о высокой доле выявленных заболеваний. И при этом только 51,53% оздоровлены, тем самым почти половина из первичных заболевших нуждаются в дальнейшем оздоровлении и только порядка 14,48% взято на диспансер на учет. А остальные порядка 33,9% остаются вне поля зрения (Рисунок 9.4).

Анализ заболеваемости среди детей с впервые установленным диагнозом выявил также ряд проблем (Таблица 9.2).

Статистика заболеваемости школьников последних лет свидетельствует о высокой частоте у них таких заболеваний как болезни органов дыхания, болезни глаза и болезни органов пищеварения. При этом такая структура наиболее частых заболеваний с годами практически не меняется. Практически

каждый выпускник школы имеет 2-3 заболевания функционального характера и лишь 10% детей заканчивают школу здоровыми. Анализ заболеваемости населения с впервые установленным диагнозом выявил также ряд проблем у школьников. В структуре заболеваемости

среди школьников лидируют болезни органов дыхания, на 2 месте – болезни органов пищеварения и на 3 месте – болезни нервной системы. При этом отмечено снижение впервые выявленных заболеваний, в период с 2016 года по 2020 года снижение почти в 2 раза (Рисунок 9.5).

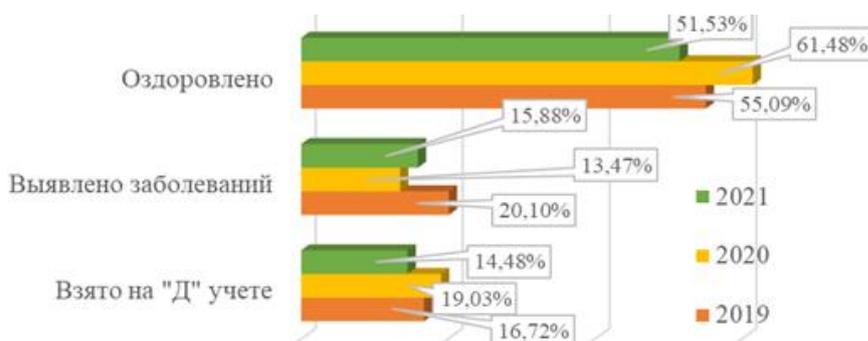


Рисунок 9.4. Итоги профилактических осмотров школьников [4]

Таблица 9.2. Заболеваемость среди детей от 0 до 17 лет [8]

0-14 лет				Класс болезни	15-17 лет			
абсолютные числа		на 100 000 человек населения			абсолютные числа		на 100 000 человек населения	
2019	2020	2019	2020		2019	2020	2019	2020
5 807 049	5 389 944	109 333.2	98 939.9	ВСЕГО	817 967	759 810	114 257.8	100633.9
142064	144 183	2674.7	2 646.7	в том числе:	11181	14 302	1561.8	1894.2
18349	17 581	345.5	322.7	Инфекционные, паразитарные болезни	3474	3 205	485.3	424.5
308627	277 203	5810.7	5 088.4	Новообразования	45028	41 088	6289.7	5441.9
81513	79 027	1534.7	1 450.7	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	28444	28 899	3973.2	3827.6
36925	35 566	695.2	652.9	Эндокринные болезни, расстройства питания и нарушения обмена веществ	11086	10 938	1548.5	1448.7
143	99	2.7	1.8	Психические расстройства и расстройства поведения	775	456	108.3	60.4
320563	321 161	6035.5	5 895.4	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ	54980	53 099	7679.9	7032.8
264791	241 145	4985.4	4 426.6	Болезни нервной системы	88179	78 668	12317.3	10419.3
159402	150 053	3001.2	2 754.4	Болезни глаза и его придатков	19509	18 725	2725.1	2480.1
25405	21 969	478.3	403.3	Болезни уха и сосцевидного отростка	16884	14 278	2358.4	1891.1
3100703	2 791 079	58379.0	51 234.1	Болезни системы кровообращения	292859	256 900	40908.0	34025.4
504764	494 273	9503.5	9 073.1	Болезни органов дыхания	79529	80 953	11109.0	10721.9
270832	254 229	5099.1	4 666.7	Болезни органов пищеварения	39670	39 454	5541.3	5225.5
97699	89 557	1839.4	1 643.9	Болезни кожи и подкожной клетчатки	40965	36 342	5722.2	4813.4
100855	100 237	1898.9	1 840.0	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	38105	36 854	5322.7	4881.2
66184	63 281	1246.1	1 161.6	Болезни мочеполовой системы	405	422	8.9	9.3
142080	141 837	2675.0	2 603.6	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	9774	10 166	1365.3	1346.4
29679	33 691	558.8	618.4	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	2214	2 732	309.3	361.8
136460	128 707	2569.2	2 362.6	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	34906	31 445	4875.8	4164.8
	5 054		92.8	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин		884		117.1
				Коронавирусная инфекция				

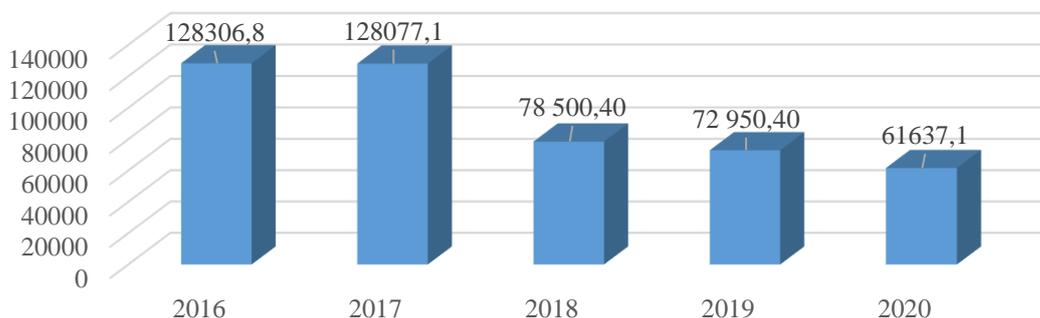


Рисунок 9.5. Заболеваемость среди детей с впервые выявленными заболеваниями

В ходе анализа также подняты проблемные вопросы цифровизации, такие как отсутствие доступа к информационным системам, в том числе отсутствие интеграции, в некоторых

регионах отсутствие доступа или ограниченный доступ к Интернет. А также проанализирована нагрузка на медицинского работника в школах (Рисунок 9.6).



Рисунок 9.6. Нагрузка на СМР в школе

Отмечается рост нагрузки на 6% на одну школьную медсестру, в связи с увеличением количества учащихся в школах республики на 9%. Школьников, на сегодняшний день свыше 3 миллионов. При этом норматив по школьной медицине на сегодняшний день складывается из расчета: одна должность на

500 обучающихся, а фактическая нагрузка на сегодняшний день составляет 530 школьников при этом укомплектованность медицинскими сестрами 93%. Оснащенность медицинских кабинетов в динамике улучшилась с 2019 года по 2021 год ухудшилась, с 83% в 2019 году до 79% в 2021 году (Рисунок 9.7).

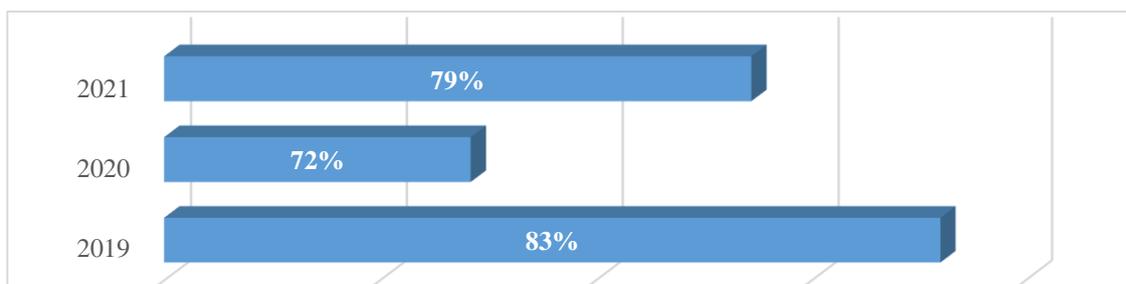


Рисунок 9.7. Оснащенность МП в организациях образования

9.2. Проблемные вопросы развития школьной медицины

Анализируя текущую ситуацию в области школьной медицины необходимо выделить следующие **проблемные вопросы**:

- В действующих НПА нет согласованности, последовательности, сама деятельность разбросана в различных НПА и СанПинах, что неудобно для выполнения задач, направленных на укрепление здоровья школьников:
 - ✓ Отсутствие определения «школьная медицинская сестра/школьный медицинский работник», в частности в ПМСП;
 - ✓ Не определен минимальный норматив обеспеченности медицинских пунктов организаций образования медицинскими работниками;
 - ✓ Выполняет несвойственные функциональные обязанности школьной медицинской сестры (контроль за соблюдением прохождения обязательных профосмотров сотрудников школы и работников пищеблока, ежедневный утренний фильтр медицинскими работниками всех сотрудников и обучающихся и т.д.).
- Отсутствие образовательной программы и сертификационных курсов по школьной медицине;
- Отсутствие информационных систем для занесения данных о первичной заболеваемости школьников в возрастной категории: от 5-17 лет;
- Непрестижность должности школьных медсестер, оторванности школьных медсестер от коллектива ПМСП, многозадачности, перегрузки медицинских сестер, эмоционального выгорания медицинских работников вследствие высокой нагрузки;
- Отсутствие единого Стандарта по организации оказания медицинской помощи в медицинских пунктах организаций образования.

9.3. Международный опыт организации школьной медицины

В Европейской концепции стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения, разработанной Европейским региональным бюро ВОЗ предложены стандарты школьного медицинского обслуживания и качества оказываемых услуг для использования политиками на национальном и региональном уровнях, ответственных за выработку стандартов и может быть адаптирована странами для создания услуг, отражающих приоритеты в области охраны здоровья и особенности систем здравоохранения.

Для анализа международного опыта по развитию школьной медицины были

использованы данные Европейской концепции стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения (далее – Концепция), который рассматривается как важный ресурс для государствам-членам с целью выполнения своих обязательств по достижению целей и задач основ Европейской политики ВОЗ в интересах здоровья и благополучия, политики Здоровье-2020 [44].

В целом основной набор компетенций специалистов школьного здравоохранения отражает модель и концепцию семи функций (ролей) CanMEDS, разработанные Королевским колледжем врачей и хирургов Канады (Рисунок 9.8):



Рисунок 9.8. Модель специалиста школьного здравоохранения

В центре модели – эксперт школьной системы здравоохранения. В Концепции представлены основные компетенции специалиста школьного здравоохранения в зависимости от выполняемой функции, которые могут быть адаптированы и использоваться другими странами, в том числе и в Казахстане.

В Концепции предлагается семь Стандартов школьных служб здравоохранения:

- Стандарт 1. Существует межсекторальная национальная или региональная нормативная база, охватывающая министерства здравоохранения и образования и основанная на правах ребенка, которая ориентирует относительно содержания и условий предоставления услуг школьной системы здравоохранения (далее – ШСЗ).
- Стандарт 2. ШСЗ учитывают принципы, характеристики и аспекты качества, необходимые для медицинских услуг, доброжелательных по отношению к детям и подросткам, и используют их соответствующим образом применительно к детям и подросткам на всех стадиях развития и во всех возрастных группах. В процессе взаимодействия ШСЗ с родителями также используются принципы доступности, социальной справедливости и приемлемости.
- Стандарт 3. ШСЗ располагают помещениями, оснащением, укомплектованностью кадрами и системами управления данными, которые позволяют им достигнуть поставленных целей.

- Стандарт 4. Установлено сотрудничество между ШСЗ, учителями, администрацией школы, родителями и детьми, а также членами местного сообщества (включая медицинские учреждения по месту проживания), и четко определены соответствующие полномочия.
- Стандарт 5. Персонал ШСЗ имеет четко обозначенные должностные обязанности, адекватные знания и умения, а также приверженность делу обеспечения стандартов качества ШСЗ.
- Стандарт 6. Определен пакет услуг ШСЗ, основанный на приоритетных задачах общественного здравоохранения, подкрепленный научно обоснованными протоколами и руководящими принципами. Пакет услуг охватывает общие подходы на базе населения, включая укрепление здоровья в школах, а также услуги, сформированные на базе индивидуальных потребностей.
- Стандарт 7. Существует система управления данными, которая способствует безопасному хранению и использованию индивидуальных медицинских записей, осуществлению мониторинга тенденций в состоянии здоровья, оценке качества ШСЗ (структуры и деятельности), а также проведению научной работы [46].

Данные стандарты применимы в каждой стране и могут быть адаптированы в зависимости от особенностей на национальном и местном уровнях для системы школьного здравоохранения.

Организация и финансирование ШСЗ в некоторых странах европейского союза

В большинстве стран ЕС ответственными за организацию школьной медицины являются: отраслевые ведомства – Министерство здравоохранения, Министерство образования, местное управление здравоохранения, местное управление образования. Причем в Португалии и Швеции все перечисленные ведомства несут ответственность за развитие системы школьного здравоохранения. В 80 % (15) из представленных стран ЕС (19) Министерство здравоохранения отвечает за систему школьного здравоохранения, кроме Дании, Франции, Венгрии, Исландии. В этих странах местное управление здравоохранения и образования занимаются организацией

школьной медицины.

В большинстве стран финансирование школьной медицины в основном осуществляется министерством здравоохранения (80%). В Португалии и Швеции финансирование школьной медицины осуществляется как министерствами образования и здравоохранения, так и местными управлениями здравоохранения и образования [47].

Таким образом, анализ показывает разные подходы стран ЕС в вопросах курации и ответственности за организацию, финансирование школьной медицины на национальном и местном уровнях (Таблица 9.3).

Таблица 9.3. Организация и финансирование школьной медицины в странах ЕС [48]

Страна	Ответственные за организацию школьной медицины				Финансирование школьной медицны			
	МЗ	МОН	УЗ	Управления образования	МЗ	МОН	УЗ	Управления образования
Австрия								
Бельгия								
Дания								
Хорватия								
Кипр								
Эстония								
Финляндия								
Франция								
Германия								
Греция								
Венгрия								
Исландия								
Италия								
Латвия								
Нидерланды								
Норвегия								
Польша								
Португалия								
Швеция								

[Organization and activities of school health services among EU countries. Pierre-Andre Michaud¹, Johanna P.M. Vervoort², Annemieke Visser², Valentina Baltag³, Sijmen A. Reijneveld^{2,4}, Paul L. Kocken⁵, Danielle Jansen^{2,6}]

Модели структуры школьной службы здравоохранения

В странах Европы услуги школьной медицины оказываются на базе школы, могут частично базироваться в школах, а также в организациях ПМСП. В пяти странах: Австрии, Дании, Исландии, Норвегии и Швеции услуги школьной медицины оказываются непосредственно на базе школы. В Бельгии,

Хорватии, Кипре, Нидерландах оказывают услуги школьной медицины, частично базирующиеся в школах. Только лишь в Турции услуги школьной медицины оказываются в ПМСП. В большинстве стран персонал ШСЗ представлен мультидисциплинарной командой, состоящей из: врача, медицинской

сестры, психолога, социального работника, стоматолога. Лишь в некоторых странах (Хорватия, Эстония, Исландия, Латвия, Нидерланды) персонал представлен из числа врачей и медсестер. В Греции и Италии персонал, задействованный в школьной службе здравоохранения вовсе отсутствует (табл.9.4).

Таблица 9.4. Модели школьной службы разных стран [48]

Страна	А	Б	В		А&Б	Б&В	А&В	Персонал
	На базе школы	Оказывающие услуги ШМ частично базирующиеся в школах	Услуги ШМ оказывается ПМСП					
Австрия	■							Врач, психолог, соцработник, стоматолог
Бельгия		■						Медсестра, врач, психолог, соцработник
Дания	■							Медсестра, врач, психолог, соцработник, стоматолог
Хорватия		■						Медсестра, врач
Кипр		■						Медсестра, врач, стоматолог
Эстония				■	■			Медсестра
Финляндия				■	■			Медсестра, врач, соцработник
Франция							■	Медсестра, соцработник
Германия						■		врач, психолог, соцработник, стоматолог
Греция			■					нет
Венгрия							■	Медсестра, врач, психолог
Исландия	■							Медсестра
Италия							■	нет
Латвия						■		Медсестра
Нидерланды		■						Медсестра, врач
Норвегия	■							Медсестра, врач, психолог
Польша				■	■			Медсестра, стоматолог
Португалия						■		Нет
Швеция	■							Медсестра, врач, психолог, соцработник

[* Organization and activities of school health services among EU countries. Pierre-Andre Michaud¹, Johanna P.M. Vervoort², Annemieke Visser², Valentina Baltag³, Sijmen A. Reijneveld^{2,4}, Paul L. Kocken⁵, Danielle Jansen^{2,6}]

При изучении международного опыта экономически развитых стран по материалам, размещенным в открытом доступе на интернет ресурсах, установлено, что в их организациях образования также проводятся процедуры скрининга и иммунопрофилактики. При этом в ряде стран определен минимальный перечень исследований, проводимых в организациях образования, а

именно: антропометрия (измерение роста и массы тела), определение остроты слуха, зрения. В отдельных странах практикуется измерение артериального давления (Хорватия, Кипр, Эстония, Финляндия, Франция, Венгрия, Исландия, Латвия, Польша), осмотр полости рта (Австрия, Бельгия, Хорватия, Кипр, Финляндия, Франция, Германия, Венгрия, Исландия,

Латвия, Польша), очень редко проводят определение инфекций, передающихся половым путем (*Австрия, Бельгия Хорватия, Португалия, Швеция*) [1].

В странах Европы услуги школьной медицины оказываются на базе школы, могут частично базироваться в школах, а также в организациях ПМСП. В пяти странах: Австрии, Дании, Исландии, Норвегии и Швеции услуги школьной медицины оказываются непосредственно на базе школы. В Бельгии, Хорватии, Кипре, Нидерландах оказывают услуги школьной медицины, частично базирующиеся в школах. Только лишь в Турции услуги школьной медицины оказываются в ПМСП [1].

В большинстве стран персонал школьной службы здравоохранения представлен мультидисциплинарной командой, состоящей из: врача, медицинской сестры, психолога, социального работника, стоматолога. Лишь в некоторых странах (Хорватия, Эстония, Исландия, Латвия, Нидерланды) персонал представлен из числа врачей и медсестер. В Греции и Италии персонал, задействованный в школьной службе здравоохранения вовсе отсутствует.

Страны ЕС обеспечивают индивидуальный скрининг на базе школы и меры по укреплению здоровья. Скрининг включает: измерение роста, веса, остроты слуха, артериального давления, осмотр полости рта, диагностика инфекции, передающихся половым путем и т.д. Также в школах проводятся традиционные процедуры вакцинации [47].

Большинство стран проверяют рост, вес, зрение и слух. В большинстве стран также проводятся мероприятия по санитарному просвещению и пропаганде в таких областях, как сексуальное здоровье, употребление психоактивных веществ и здоровое питание. Есть страны, выполняющие ограниченный набор мероприятий. К примеру, Греция

проверяет только лишь зрение, а Италия проверяет зрение и проводит вакцинацию. В таких странах как Австрия, Бельгия, Хорватия, Финляндия, Франция, Венгрия, Латвия, Польша проводятся в школах все виды скрининга и вакцинация, кроме диагностических мероприятий по выявлению инфекции передающихся половым путем (Таблица 9.5).

В декабре 2018 г. официально завершился пилотный проект «Школьная медицина». С 2019 года стартовало широкое внедрение апробированной в нескольких регионах страны модели. На первом этапе диспансеризации аппаратно-программные диагностические комплексы позволяют медикам провести скрининг учащихся и выявить отклонения от физиологической нормы в их развитии по целому ряду параметров. Далее могут потребоваться консультации узких специалистов в поликлинике и более тщательная диагностика. Год назад школьный медработник должен был самостоятельно определить пациентов, нуждающихся в прохождении второго этапа диспансеризации, и потратить значительное время на информирование родителей. Несмотря на все усилия, «достучаться» удавалось не до всех – явка для уточнения диагноза, прохождения лечения и реабилитации была низкой [49].

Сегодня списки детей по нозологиям формируются автоматически, после чего поступают голосовому роботу. Теперь это его обязанность – оповещать родителей по телефону о необходимости посещения того или иного врача в поликлинике. Причем делать это он будет до тех пор, пока в системе не появится отметка о том, что ребенок получил соответствующую медицинскую помощь. В итоге им удалось повысить уровень охвата вторым этапом диспансеризации.

Таблица 9.5. Распределение процедур скрининга и вакцинации в школах в разрезе стран ЕС

	Рост	Вес	Острота зрения	Слух	АД	Осмотр полости рта	Инфекции, передающиеся половым путем	Вакцинация
Австрия					Не регулярно			
Бельгия								
Дания								
Хорватия								
Кипр								
Эстония								
Финляндия								
Франция								
Германия								
Греция								
Венгрия								
Исландия								
Италия								
Латвия								
Нидерланды								
Норвегия								
Польша								
Португалия								
Швеция								

Также в РФ поддержан проект закона «Единой России» о школьной медицине, документ должен быть рассмотрен в Государственной Думе. Проектом предусмотрено закрепление обязательства по охране здоровья детей и допуск школьников на занятия физкультурой с учётом состояния здоровья. Также родители должны будут сообщать о том, что ребёнку

нужны особые условия для учёбы, занятий спортом и отдыхом [50].

Внедрение чёткой системы школьной медицины по всей стране позволит выстроить учебный процесс, сберегающий здоровье учеников. Этот законопроект обеспечивает слаженную работу системы «родители-учителя-врачи», считают эксперты.

9.4. Пути решения выявленных проблем по вопросам развития школьной медицины

- Внести изменения в следующие НПА, напрямую или косвенно, регулирующие деятельность медицинских работников организаций образования (для приведения в соответствие НПА, проведен сравнительный анализ всех законодательных актов в области школьной медицины, выявлены проблемы и разработаны предложения по актуализации и дальнейшему совершенствованию):
- ✓ Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»: в части включения в перечень специалистов ПМСП школьной

медицинской сестры, а также в части пересмотра мероприятий по охране здоровья воспитанников и школьников, проводимых медицинскими сестрами в школах;

- ✓ Приказ МЗ РК от 24 августа 2021 года № ҚР ДСМ-90 «Об утверждении Правил оказания ПМСП»: дополнить раздел, содержащим перечень медицинских услуг, оказываемых школьными медицинскими работниками;
- ✓ Приказ МЗ РК от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-167/2020 «Об утверждении минимальных стандартов оснащения

- организаций здравоохранения медицинскими изделиями»: дополнить раздел по минимальному перечню оснащения кабинета медицинского пункта в организациях образования;
- ✓ Приказ МЗ РК от 7 апреля 2017 года №141 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам организаций образования»: в части создания медицинских пунктов из расчета один на организацию, независимо от количества учащихся;
 - ✓ Приказ МЗ РК от 29 декабря 2017 года № 1027 «Об утверждении Стандарта организации оказания педиатрической помощи в РК»: дополнить разделом по организации оказания медицинской помощи детям школьного возраста в организациях образования;
 - ✓ Приказ МЗ РК от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 «Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования»: в части пересмотра правила проведения и объем профилактических осмотров специалистами ПМСП в организациях образования; предусмотреть контроль за проведением профилактических медицинских осмотров в организациях образования;
 - ✓ Приказ МЗ РК от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-278/2020 «Об утверждении правил поощрения работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС»: разработать и внедрить новый индикатор СКПН – количество оздоровленных школьников (в %);
 - ✓ Приказ МЗ РК от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-305/2020 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения»: пересмотреть должностные обязанности медицинской сестры школьной медицины (дополнить с учетом требований НПА, СанПинов, касающихся гигиенического воспитания персонала объектов образования и т.д.); разработать образовательную программу сертификационного курса «Сестринское дело в школьной медицине» для подготовки медицинских сестер школьной медицины;
 - ✓ Приказ и.о. МЗ РК от 5 января 2011 года №7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих АПП»: внести понятия: школьная медицина, школьная медицинская сестра; дополнить разделом по деятельности дошкольной и школьной медицины, направленной на охрану здоровья и динамическое наблюдение за состоянием здоровья воспитанников и школьников, а также внести дополнения по функциональным обязанностям школьной медицинской сестры; вести в перечень специалистов ПМСП школьных медицинских сестер, а также включить дополнительно «медицинский пункт организаций образования»;
 - ✓ Приказ МЗ РК от №85 «Об утверждении Стандарта организации оказания ПМСП в РК»: пересмотреть и внести изменения в алгоритм действий специалистов ПМСП, в том числе функциональные обязанности медицинской сестры медицинского пункта организации образования на самостоятельном приеме; разработать и включить раздел по медицинским пунктам;
 - ✓ Приказ МЗ РК от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-205/2020 «Об утверждении минимальных нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками»: внести дополнительные коррективы по нормативу обслуживания детей школьными медицинскими сестрами;
 - ✓ Приказ МЗ РК от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредита-

- ции медицинских организаций»: дополнить вышеуказанные стандарты пунктами по требованию о разработке и внедрении стандартных операционных процедур касательно организации оказания медицинской помощи детям в организациях образования;
- ✓ Приказ МЗ РК от 16 августа 2017 года №611 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования»: - исключить из перечня медицинской документации объектов образования пункты: контрольная карта диспансерного наблюдения, журнал регистрации состояния здоровья работников пищеблока, бракеражный журнал для сырой продукции, журнал контроля качества готовой пищи (бракеражный), журнал «С-витаминации», ведомость контроля за выполнением норм продуктов питания за месяц.
 - Пересмотреть порядок проведения профилактических осмотров для школьников. Ограничиться двумя этапами профилактического осмотра школьников, при выявлении или подозрении на патологию направлять к профильным специалистам. Специализированный этап профилактических медицинских осмотров проводить без выезда на территорию организации образования, с организацией профилактического дня без предварительной записи в организации ПМСП;
 - Принятие всесторонних мер по оздоровлению всего контингента заболевших детей в школах РК. Ввести индикатор качества работы школьных медсестер – количество оздоровленных школьников (в %) в целях дополнительной мотивации;
 - Внести коррективы в статистическую отчетность, включить отчетные формы по заболеваемости детей школьного возраста с 6-17 лет;
 - Ввести профилактический день в ПМСП 1 раз в месяц для приема выявленных при профилактическом осмотре школьников (например, в субботу). При этом профильные специалисты не могут принять без направления, поэтому можно дать функционал школьным медсестрам в МИС для выписки направления, минуя участкового врача, тем самым минимизируя маршрут пациента;
 - Разработать специальную образовательную программу для школьных медицинских сестер с учетом специфики их работы. Для повышения престижности и качества оказания медицинской помощи детям школьного возраста ввести специальность «бакалавр школьной медицины»;
 - Требуется пересмотреть должностные обязанности школьной медицинской сестры. Медицинская сестра выполняет не свойственным для нее функционал;
 - Разработать единый Стандарт по школьной медицине.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ



Здоровье и благополучие находятся в центре Повестки 2030 ООН и ее целей устойчивого развития. Имеется неразделимая взаимосвязь между здоровьем населения и устойчивым развитием страны, и необходимо работать над развитием обеих сфер.

Наиболее перспективными областями развития стран в сфере здравоохранения являются усиление фокуса на распространении практики превентивной и пациентоцентричной медицины, повышение квалификации медицинских кадров и усиление роли новых технологий в организации медицинской помощи. В то же время для успешной реализации концепции повышения качества и доступности ПМСП в программы развития здравоохранения должен быть включен комплекс мероприятий по созданию условий для формирования здорового образа жизни.

В Казахстане конституционно закреплено право каждого гражданина на охрану здоровья. Однако, сегодня сложилась такая ситуация, что за здоровье человека отвечает только система здравоохранения. Всемирной организацией здравоохранения доказано, что от системы здравоохранения здоровье человека зависит только на 10%, а в 50% – от образа жизни, в 20% – от наследственности и в 20% – от

окружающей среды. В связи с этим внедрение принципа «солидарной ответственности» государства, работодателя и самого человека за его здоровье является рациональным решением сохранения здоровья населения.

Отход от системы здравоохранения, ориентированной на лечение заболеваний и внедрение интегрированного медицинского обслуживания, предполагает многостороннюю деятельность и усиливает роль солидарной ответственности, направленной на решение комплекса проблем, связанных со здоровьем человека.

Проведенный анализ текущей ситуации, сложившейся в ПМСП в РК, позволил выявить ряд слабых сторон и угроз для развития ПМСП, а также предложить пути решения существующих проблем в разрезе таких составляющих как человеческий капитал ПМСП, развитие инфраструктуры ПМСП, финансирование ПМСП, цифровизация ПМСП, повышение качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП, лекарственное обеспечение, доступность ПМСП для сельского населения, развитие школьной медицины.

Реализация всех предложенных мероприятий позволит обеспечить повышение качества оказания медицинской помощи и доступности ПМСП для населения РК.

ЛИТЕРАТУРА



1. ВОЗ, Первичная медико-санитарная помощь, 1 апреля 2021 года, <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>;
2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗПК;
3. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response, WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020;
4. Послание Главы государства народу Казахстана от 1 сентября 2020 года «Казахстан в новой реальности: время действий»;
5. Приказ Председателя Правления РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 16 июля 2021 года № 68-н «О создании рабочих групп по развитию первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан»;
6. Официальный сайт Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан <https://stat.gov.kz/>
7. Старение в XXI веке: триумф и вызов. Издание Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Нью-Йорк, и организации «Хелпэйдж Интернэшнл», Лондон. 2012;
8. Статистические сборники МЗ РК «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» 2018-2020 годы на официальном сайте ННЦРЗ имени Салидат Каирбековой <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/statistika-zdravookhraneniya-2>
9. Dussault G, Dubois C-A: Human resources for health policies: a critical component in health policies. Human Resources for Health 2003, 1:1.;
10. <https://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>
11. Hum Resour Health 7, 87 (2009). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-87>
12. Dionne S. Kringos, Wienke G. W. Boerma, Allen Hutchinson, Richard B. Saltman «Организация первичной помощи в условиях меняющейся Европы», Всемирная организация здравоохранения, 2018
13. W.G.W. Воерма Нидерландский институт ПМСР, Утрехт, Нидерланды и D.M. Fleming, Королевский колледж врачей общей практики, Лондон, Соединенное Королевство «Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи», Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.
14. Bouzid M, Hunter P. What is the impact of water, sanitation and hygiene in health care facilities on care seeking behaviour and patient satisfaction? A systematic review of evidence from low- and middle-income countries. 2018. BMJ Global Health. 3;3.
15. Отчет о проведении симпозиума ВОЗ «будущее цифровых систем здравоохранения в европейском регионе» Копенгаген, Дания, 6–8 февраля 2019 г.- <https://e.mail.ru/attach/16364598890682841414/0%3B4/?folder-id=0&x-email=madina4329%40mail.ru&cvq=nsng>).
16. Как развивается цифровизация здравоохранения в РК? <https://profit.kz/articles/14645/Kak-razvivaetsya-cifrovizaciya-zdravoohraneniya-v-RK/>
17. «Цифровое здравоохранение и первичная медико-санитарная помощь: прошлое, пандемия и перспективы». <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8251683/>
18. Статья «Внедрение электронного здравоохранения в первичной медико-санитарной помощи в ЕС растет». <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/ehealth-adoption-primary-healthcare-eu-rise>
19. Цифровые технологии в здравоохранении: зарубежный опыт <https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovye-tehnologii-v-zdravoohranenii-zarubezhnyy-opyt>
20. Яков Шпунт, Вызовы современной цифровой медицины, 16.08.2021 <https://www.comnews.ru/content/215964/2021-08-16/2021-w33/vyzovy-sovremennoy-cifrovoy-mediciny>
21. Заявление о доступности медицинской помощи. 40-я Всемирная медицинская ассамблея, 1988 http://www.medburg.rus/documents_oms/vma/
22. О.В. Медведева, Г.Б. Артемьева, Н.А. Афонина, «Управление качеством медицинской помощи», ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, 2015

23. Исследование эффективности здравоохранения в городах мира. Июль, 2018 г. www.pwc.ru
24. Развитие рынка медицинских услуг в условиях информатизации общества. Крестьянинова Ольга Геннадьевна. Санкт-Петербург, 2019 г
25. Эффективность системы здравоохранения: способы повысить значимость количественной оценки как инструмента для руководителей и разработчиков политики. Под редакцией Jonathan Cylus, Irene Paranicolas и Peter C. Smith. ВОЗ, 2018 г
26. Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи: ежегодный отчет о проводимой работе, 2018 г.
27. Внедрение нового подхода в управлении медицинскими организациями с целью повышения удовлетворенности населения качеством оказываемых услуг в рамках реализации проекта "Московский стандарт поликлиники". Смышляев А.В. Мельников Ю.Ю. Садовская М.А. Наука о здоровье. №40. 2019 г
28. Обзор систем возмещения дорогостоящих лекарственных средств в развитых странах. Отчет ЛЦ РГП на ПХВ «РЦРЗ» МЗ РК, 2016 г., Макалкина Л.Г, Жусупова Г.К., Есбатырова Л.М., Жетимкаримова Г.Е.;
29. Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы»;
30. WHO collaborating Centre for Drug Statisticus Methodology. Application for DDD alterations. URL: https://www.whocc.no/ddd/application_for_ddd_alterations/ (дата обращения: 18.10.2021 г);
31. WHO collaborating Centre for Drug Statisticus Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment. URL: https://www.whocc.no/atc_ddd_index_and_guidelines/guidelines/ (дата обращения: 18.10.2021 г);
32. Р.С. Кузденбаева, Л.Г. Макалкина, А.Н. Ихамбаева, Н.Т. Алдиярова, С.Б. Акшалов. Доступность антибактериальных средств в Республике Казахстан, Фармация Казахстана, 2020, №11-12, с. 48-54);
33. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2006, Лекарственные средства и деньги Цены, доступность и сдерживание затрат, URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0/020/187301/e79122R
34. Системы здравоохранения: время перемен, 2010, Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения, URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0/011/155558/E94836sumR;
35. Кто может получить бесплатные рецепты на лекарственные препараты, 2021, Национальная служба здравоохранения (НСЗ), [https://www.nhs.uk/nhs-services/prescriptions-and-pharmacies/who-can-get-free-prescriptions/;](https://www.nhs.uk/nhs-services/prescriptions-and-pharmacies/who-can-get-free-prescriptions/)
36. Фролова Е. В, 2017, Организация медицинской помощи в Великобритании, URL: https://asmu.ru/upload/iblock/426/organizatsiia_meditinskoy_pomoshi_v_velikobritanii;
37. Системы ценообразования и возмещения стоимости лекарственных средств в Восточной Европе и Центральной Азии. Отчет информационной сети по ценообразованию и возмещению стоимости лекарственных средств для стран Восточной Европы и Центральной Азии. 2020 г URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0/008/455939/Pharmaceutical-pricing-rus.;
38. Исследования реальной клинической практики, под редакцией Колбина А.С., Москва, 210 с., 2020
39. Darrow J., Avorn J., Kesselheim A. FDA Approval and Regulation of Pharmaceuticals, 1983-2018 // JAMA. 2020 Jan 14. 323(2). P. 164-176. doi: 10.1001/jama.2019.20288
40. Статья «Сколько средств поступило в ФМС в 2020 году». [https://strategy2050.kz/ru/news/itogi-pervogo-goda-realizatsii-osms-kak-uvelichilsya-obem-meduslug-dlya-naseleniya/-](https://strategy2050.kz/ru/news/itogi-pervogo-goda-realizatsii-osms-kak-uvelichilsya-obem-meduslug-dlya-naseleniya/)
41. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-205/2020 «Об утверждении минимальных нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками». <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021679>

42. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-278/2020. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021824>
43. «Методы оплаты первичной медико-санитарной помощи в зарубежных странах и в России» О. Е. Качкова, Т. И. Кришталева, <https://cyberleninka.ru/article/n/metody-oplaty-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi-v-zarubezhnyh-stranah-i-v-rossii/viewer>
44. Статья «Зарубежный опыт: модели финансирования и организации системы здравоохранения» В.В.Омельяновский, Л.В.Максимова https://www.nifi.ru/images/FILES/Journal/Archive/2014/3/03_3_2014.pdf
45. «International Health Care System Profiles Canada» Sara Allin, Greg Marchildon, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada>
46. Европейская концепция стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения;
47. Dussault G, Dubois C-A: Human resources for health policies: a critical component in health policies. HumanResourcesforHealth 2003, 1:1;
48. "School Health Services" Danielle Jansen, Johanna P. M. Vervoort, Annemieke Visser, Sijmen A. Reijneveld, Paul Kocken, Gaby de Lijster and Pierre-André Michaud
49. Пилотный проект «Школьная медицина» за 2016-2018г в Российской Федерации;
50. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Информационное издание

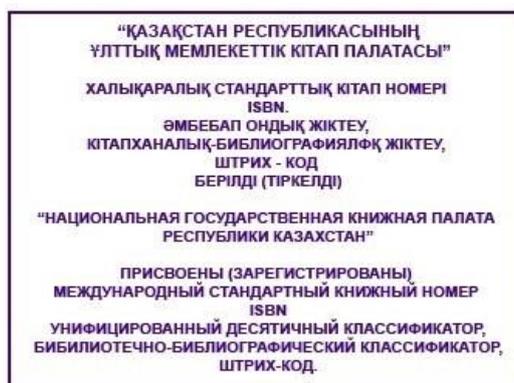
Надыров К.Т., Койков В.В., Муханова Г.Т. и др.

**Национальный доклад по первичной медико-санитарной помощи
в Республике Казахстан 2021**

аналитический обзор

Ответственный редактор д.м.н., МВА, Койков В.В.
Технический редактор Оспаналиева М.С., Саханова Л.Х., Кенжекулова Р.Н.

Оформление и верстка Дуйсенбаева Б.С., Камалиева М.Р.



ISBN 978-601-305-448-3

