

**Государственная программа  
развития здравоохранения Республики Казахстан  
«Денсаулық» на 2016-2020 годы**

**1. ПАСПОРТ ПРОГРАММЫ**

Наименование программы	Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы
Основание для разработки	<a href="#">Указ</a> Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года»
Государственный орган, ответственный за разработку Программы	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан
Государственные органы, ответственные за реализацию Программы	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, Министерство внутренних дел Республики Казахстан, Министерство культуры и спорта Республики Казахстан, Министерство обороны Республики Казахстан, Министерство образования и науки Республики Казахстан, Министерство по инвестициям и развитию Республики Казахстан, Министерство сельского хозяйства Республики Казахстан, Министерство юстиции Республики Казахстан, Министерство национальной экономики Республики Казахстан, акиматы городов Астаны и Алматы, областей
Цель Программы	Обеспечение развития эффективной и устойчивой системы охраны здоровья граждан, как основы социального благополучия и экономического процветания государства.
Задачи	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Укрепление здоровья населения на основе обеспечение санитарного благополучия, профилактики факторов риска, пропаганды здорового питания и стимулирования здорового образа жизни.</li> <li>2. Обеспечение доступности, полноты и качества медицинских услуг на основе интегрированной системы здравоохранения, ориентированной на нужды населения</li> <li>3. Модернизация национальной системы здравоохранения, обеспечение ее эффективности, финансовой устойчивости</li> <li>4. Создание системы финансирования здравоохранения, основанной на солидарной ответственности государства, работодателя и граждан, путем внедрения обязательного социального медицинского страхования.</li> </ol>
Срок реализации	2016-2020 годы:

первый этап: 2016-2018 годы

второй этап: 2019-2020 годы

Целевые индикаторы	К 2021 году: увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения Республики Казахстан до 73 лет; снижение материнской смертности в 3 раза от уровня 2009 года; снижение младенческой смертности в 2 раза от уровня 2009 года; снижение общей смертности населения Республики Казахстан на 30% от уровня 2010 года снижение смертности от туберкулеза до 3,8 на 100 тыс. населения;- удержание распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2-0,6%
Источники и объемы финансирования	На реализацию Программы в 2016-2020 годах будут дополнительно направлены средства республиканского и местных бюджетов, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан. Общие затраты из государственного бюджета на реализацию Программы составят _____ млн. тенге.

По годам	Всего	Республиканский бюджет	Местный бюджет	Другие источники
2016 г.				
2017 г.				
2018 г.				
2019 г.				
2020 г.				
Итого:				

Объем финансирования Программы будет уточняться при утверждении республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

## ВВЕДЕНИЕ

Настоящая Государственная программа «Денсаулық» на 2016-2020 годы (далее – Госпрограмма) разработана в целях реализации Указа Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года», Послания Главы государства народу Казахстана от 11 ноября 2014 года «Нұрлыжол – путь в будущее» и Национального плана «100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ» является логическим продолжением предыдущих государственных программ реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы и «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Основные меры Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 (далее – Госпрограмма на 2005-2010 годы) были направлены на создание инфраструктуры отрасли. За этот период в республике было построено более 500 новых объектов здравоохранения, более 4000 больниц и поликлиник

капитально отремонтированы, закуплено современного оборудования на сумму свыше 75 миллиардов тенге.

Одновременно проведены масштабные меры по обучению специалистов новым технологиям диагностики и лечения в ведущих клиниках ближнего и дальнего зарубежья.

Основной задачей Государственной программы развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан» (далее - Госпрограмма «Саламатты Қазақстан») стало внедрение новых механизмов управления финансовыми потоками в отрасли и достижение эффективности системы экономически выстроенными способами взаимоотношений субъектов здравоохранения.

Катализатором этих механизмов стало внедрение Единой национальной системы здравоохранения (далее – ЕНСЗ), предусматривающей обеспечение пациентам свободного выбора врача и медицинской организации, формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг и оплату медицинских услуг через Единого плательщика за каждого пролеченного пациента.

За период реализации программы удалось построить новые отношения между горизонтальными и вертикальными уровнями системы, что отразилось, в первую очередь, в резком увеличении трансферта высоких технологий из зарубежных клиник, особенно в кардиохирургии и трансплантологии.

В стране создан мощный Национальный медицинский холдинг, ставший главной лабораторией внедрения современных медицинских технологий, успешно прошедший международную сертификацию качества JCI и уже сегодня позиционирующий себя как центр медицинского туризма Казахстана.

Все вышеописанные реализованные меры способствовали улучшению целевых показателей здоровья и достижению отдельных показателей Целей развития тысячелетия в области развития, в частности это касается значительного снижения младенческой и детской смертности, тренда к уменьшению материнской смертности и смертности от туберкулеза.

Экспертами Международного Банка Реконструкции и Развития (далее – МБРР) в декабре 2014 года опубликован Отчет о результатах реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» и, по их мнению, результаты реализации 6 ее основных направлений выглядят следующим образом:

1) усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм – **очень успешная**;

2) повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья – **довольно успешная**;

3) совершенствование санитарно-эпидемиологической службы – **довольно успешная**;

4) совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения – **очень успешная**;

5) совершенствование медицинского, фармацевтического образования; развитие и внедрение инновационных технологий в медицине – **успешная**;

6) повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой – **успешная**.

Реализация Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» позволила внедрить в отрасли принципиально новые взаимоотношения:

создан Единый плательщик услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) в лице Комитета по оплате медицинских услуг (далее - КОМУ);

создан конкурентный рынок услуг ГОБМП, позволивший расширить долю частного сектора медицинских услуг до 24%, за счет чего удалось сместить приоритеты в

деятельности организаций здравоохранения от простого освоения бюджетных средств на результат;

изменилось поведение пациентов со стимулированием их права выбора на основе критериев качества услуг и удовлетворенности. Количество граждан, воспользовавшихся свободным выбором стационара при плановой госпитализации, возросло в 2,3 раза и достигло в среднем 800 тыс. человек в год. В результате сокращено и перепрофилировано более 14 тыс. единиц коечного фонда;

стала доступной высокоспециализированная медицинская помощь (далее - ВСМП), особенно в кардиохирургии, интервенционных вмешательствах и трансплантологии, позволившая увеличить объем ВСМП с 7000 в 2009 году до 60000 в 2014 году;

внедрена Национальная скрининговая программа по 11 видам заболеваний, с начала реализации программы проведено более 102 миллионов скрининговых исследований: свыше 25 миллионов исследований с охватом более 12,7 миллионов человек в год;

начаты мероприятия по внедрению профессионального менеджмента и повышению самостоятельности государственных поставщиков медицинских услуг, за последние 3 года обучено около 7 тысяч менеджеров, около 70% медицинских организации приобрели статус предприятий на праве хозяйственного ведения (далее - ПХВ);

созданы механизмы обеспечения качества медицинских услуг: внутренний аудит, внешний контроль, аккредитация;

внедрены международные правила оплаты медицинской помощи (клинико-затратные группы, комплексный подушевой норматив, глобальный бюджет);

внедрена дифференцированная система оплаты труда медицинских работников, средняя заработная плата увеличилась в 2,4 раза;

с 2014 года начато поэтапное усиление амбулаторно-поликлинического звена, внедрен минимальный комплексный подушевой норматив (КПН), сокращено неравенство в обеспечении ГОБМП, объем финансовых средств на ПМСП увеличился с 17% до 26%;

развита транспортная медицина: в республике работают 49 передвижных мобильных комплексов, осматривающих ежегодно свыше 300 тысяч пациентов, 3 медицинских поезда с охватом более 200 тысяч человек и санитарная авиация, совершающая ежегодно около 1000 вылетов как внутри страны, так и за ее пределами.

Главными качественными результатами реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» стали:

численность населения в республике увеличилась до 17 417,5 тыс. человек;

показатель ожидаемой продолжительности жизни вырос на 2,04 года от уровня 2010 года (68,41 лет) и составил 70,45 лет;

снизилась общая смертность населения на 11,7% от уровня 2010 года (8,94 в 2010 году против 7,65 в 2014 году на 1 тыс. населения);

увеличилась рождаемость на 10,3% (в 2014 году 23,20 на 1 тыс. человек населения против 22,54 в 2010 году).

показатель материнской смертности снизился почти в 2 раза и составил 11,5 на 100 тыс. родившихся живыми против 22,7 в 2010 году;

показатель младенческой смертности снизился на 40% и составил 9,83 на 1000 родившихся живыми против 16,54 в 2010 году;

динамика снижения заболеваемости населения туберкулезом составляет 10% ежегодно, смертность снизилась более чем в 2,5 раза за 5 лет, что соответствует стратегии ВОЗ, противотуберкулезная служба максимально обеспечена средствами диагностики и необходимыми лекарствами на всех этапах лечения;

удалось удержать распространение ВИЧ/СПИДа на концентрированной стадии (0,16% в 2009 г.), в связи с широким внедрением антиретровирусной терапии, отмечается тенденция снижения количества смертей от СПИДа в группе больных, получающих терапию.

Вместе с тем, итоги Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» наиболее четко продемонстрировали и имеющиеся недостатки системы, без решения которых дальнейшее улучшение здоровья граждан республики затруднительно. В первую очередь, это – слабый уровень ПМСП, и неадекватность нынешних принципов финансирования системы растущим ее потребностям.

Кроме того, Казахстану, наряду со всеми странами мира, предстоит решение задач по глобальным вызовам, связанным с ростом продолжительности жизни населения, хронических неинфекционных заболеваний, что неизбежно приведет к дальнейшему росту потребления и структуры медицинских услуг.

Президент страны Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» определил здоровье как ключевой фактор развития государства, а также обозначил основной принцип развития системы здравоохранения, выраженный в солидарной ответственности государства, работодателя и работника за его здоровье. Перед страной поставлена новая задача по вхождению в число 30 наиболее конкурентоспособных стран мира, что означает и высокий уровень качества здравоохранения.

Достижение этой цели требует от системы в короткие сроки сгруппировать свои усилия на построение новой, долгосрочной модели здравоохранения, основанной на лучших примерах собственного и международного опыта, которая будет обеспечивать доступность и качество медицинских услуг, сохраняя финансовую устойчивость при любых колебаниях мировой и отечественной экономики.

Исходя из вышесказанного, настоящая Госпрограмма будет направлена на закрепление и развитие достигнутых успехов и решение имеющихся проблем в вопросах охраны здоровья, а также стать основой для планомерного и поступательного развития отрасли до 2050 года.

### **3. АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ**

#### **Сравнительный анализ системы здравоохранения Республики Казахстан с моделями стран ОЭСР.**

При всей разности источников финансирования и систем управления основными отличительными особенностями моделей здравоохранения стран ОЭСР от нашей системы являются следующие.

#### **1. Приоритет здоровья и развитие общественного здравоохранения.**

Обеспокоенность и повышенное внимание к неинфекционным заболеваниям (далее - НИЗ) - одна из характерных черт здравоохранения всех развитых стран, что обусловлено, прежде всего, устойчивой тенденцией роста заболеваемости, которая достигла довольно высоких показателей и в обозримом будущем будет нарастать.

По данным ВОЗ здоровье человека зависит от системы здравоохранения всего на 10% и на 50% – от образа жизни, который формируется под воздействием окружения человека, права выбора, качества жизни и доступности возможностей укрепления здоровья. Профилактика предлагает самую эффективную по стоимости долгосрочную стратегию для борьбы с НИЗ. Солидарность в вопросах укрепления здоровья, активное участие гражданского общества в решении проблем здравоохранения являются одной из главных отличительных особенностей систем охраны здоровья стран ОЭСР.

В Казахстане вопросы профилактической работы, наращивание усилий межсекторального взаимодействия по проблемам НИЗ, разработки и реализации специальных программ управления хроническими заболеваниями, направленных на повышение качества медицинских услуг на всех уровнях организаций здравоохранения находятся на начальном этапе.

## **2. Преимущественное развитие ПМСП в общем объеме выделенных средств на здравоохранение.**

Соотношение объемов финансирования ПМСП и стационара в странах ОЭСР составляет 34% - стационар и 61% - ПМСП. Международный опыт доказывает, что необходимый охват населения и эффективное оказание услуг ПМСП достигается при объеме финансирования на уровне не менее 40% от расходов на здравоохранение.

В Казахстане 62% средств на оказание ГОБМП направляется на стационарный сектор и только 34% на ПМСП.

По оценке международных экспертов на «стыках» между разными звеньями отрасли здравоохранения Казахстана находится основная часть зон неэффективности – рост нагрузки на узких специалистов, высокая доля необоснованных госпитализаций, дублирование диагностических исследований в поликлиниках и стационарах из-за низкой результативности работы первичного звена.

Несмотря на повышение роли ПМСП в стране заметные сдвиги в улучшении оказания медицинских услуг в первичном звене пока не произошли. По своему техническому и кадровому оснащению этот сектор не смог стать центральным звеном в системе здравоохранения и обеспечить рациональное распределение этапов лечения на амбулаторном и стационарном уровнях.

Наличие сильной ПМСП позволяет странам ОЭСР удерживать до 80% больных на своем уровне, становясь, таким образом, главным координатором всей системы, тогда как в нашей системе основной действующей структурой продолжает оставаться стационарный сектор.

## **3. Максимальный доступ населения к основным лекарственным средствам на уровне ПМСП.**

Роль лекарственного обеспечения существенна в сохранении и поддержании здоровья и поэтому в странах ОЭСР вопрос качества и безопасности лекарственных средств поднят до уровня национальной биологической безопасности.

В странах ОЭСР, в среднем 80% средств от общего объема финансирования лекарственного обеспечения направляется на обеспечение пациентов лекарственными средствами на амбулаторном уровне.

В структуре государственных расходов на лекарственные средства доля амбулаторного лекарственного обеспечения в Казахстане занимает всего 55%. Недостаточное лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне сдерживает развитие ПМСП и стимулирует избыточную госпитализацию в стационар.

При этом, в странах-членах ОЭСР доля затрат на лекарственное обеспечение в общем объеме расходов стационаров не превышает 20%

В настоящее время в Казахстане данный показатель доходит до 50 %.

Кроме того, недостаточное владение методами оценки доказанной эффективности медицинскими организациями, факты включения в лекарственные формуляры препаратов с низкой экономической и клинической эффективностью, приводят к формированию списка лекарственных средств, не отражающих реальную потребность. В итоге у медицинских организаций возникает дефицит по одним видам лекарственных средств, и профицит – по другим.

## **4. Высокая трудовая мотивация и профессионализм медицинского персонала.**

В Казахстане среднемесячная номинальная заработная плата врача составляет около 125 000 тенге, что почти в 16 раз ниже, чем в странах ОЭСР (около 2 000 000 тенге). Это обуславливает непрестижность профессии и слабую трудовую мотивацию медицинских работников Казахстана.

Следует также отметить слабую зависимость оплаты труда от его интенсивности и результата, а также от квалификации работников.

Профессиональный уровень среднего медицинского персонала все еще оставляет желать лучшего, виной чему устаревшие методы их обучения, низкий престиж профессии и неудовлетворительная заработная плата.

Все ещё недостаточен уровень мотивации медицинских организаций и персонала к интенсификации труда, снижению себестоимости услуг, повышению их качества. Дифференцированная оплата труда производится за счет вакантных ставок и сохраняющегося дефицита специалистов, особенно в сельском здравоохранении.

Вопрос подготовки менеджеров остается на низком уровне, что является одним из главных факторов неэффективности службы. Назначения на должности руководителей медицинских организаций, органов управления отраслью происходят без учета квалификационного уровня кандидатов и его способности управлять системой. Практически около 50% менеджеров на местах не соответствуют установленным квалификационным требованиям.

#### **5. Приоритет медицинской науки.**

В большинстве стран ОЭСР доля внутренних затрат на исследования и разработки в общем объеме ВВП составляет около 3%. В Казахстане, несмотря на рост объема финансирования НИОКР с 2000 года в 5 раз, доля внутренних затрат составила 0,26% от ВВП республики.

Также стоит отметить, что в развитых странах расходы частного сектора на научные исследования (60-70%) превосходят государственные затраты. В Казахстане пока еще сохраняется инверсная структура с преобладанием роли государственного сектора финансирования НИОКР.

#### **6. Высокий уровень и солидарный принцип финансирования здравоохранения.**

Общие расходы на здравоохранение в среднем по странам ОЭСР составляют 8%.

Для обеспечения эффективности функционирования системы здравоохранения ВОЗ рекомендует выделять как минимально необходимую величину 6—8% от ВВП при бюджетном финансировании в развитых государствах и не менее 5% от ВВП в развивающихся странах. Доля расходов Казахстана, как указывалось выше, всего 3,8%.

#### **7. Низкий уровень частных расходов на здравоохранение.**

В странах ОЭСР удельный вес частных расходов на получение медицинских услуг составляет 19,6%; ЕС - 16,3%. Несмотря на растущее финансирование и внедрение передовых методов оплаты медицинских услуг, в Казахстане в 2014 году данный показатель составил 35,4% от общих расходов на здравоохранение, Уровень расходов населения на медицинское обслуживание, превышающий 20%, по утверждению ВОЗ является признаком финансовой неустойчивости системы здравоохранения и высокого риска для населения.

Сохранение значительного объема частных расходов при наличии ГОБМП свидетельствует о дефиците средств, направляемых в систему.

Недостаток финансирования и издержки новых методов оплаты медицинских услуг привели к «перетоку» ресурсов и наиболее квалифицированных кадров из первичного звена (ПМСП) в стационары, а в стационарах - преимущественно в отделения, оказывающие ВСМП.

#### **8. Развитая информационная система.**

Мировая тенденция развития здравоохранения тесно связана с развитием IT-технологий. В странах ОЭСР идет активный процесс внедрения новых коммуникативных технологий, позволяющих значительно упростить взаимоотношения между врачом и пациентом. Развитие смарт-медицины становится главным трендом развития отрасли.

В Казахстане, несмотря на заметный прогресс в области внедрения в отрасль современных информационных технологий, создание ряда порталов, улучшение

обеспечения компьютерной техникой, разработанные и внедренные веб-приложения направлены только на решение отдельных вопросов финансирования и управления системой здравоохранения. Имеющиеся базы данных разобщены, что препятствует интеграции и преемственности различных уровней и службы здравоохранения.

Доля компьютеризированных рабочих мест в отрасли остается низкой. В 2010 году в пилотных регионах по внедрению ЕИСЗ этот показатель составил: Акмолинская область – 84%; г. Астана – 68%; г. Алматы – 36%. В 2014 году количество рабочих мест составило 87 729, из них оснащенных информационными технологиями – 57 537, таким образом, средняя оснащенность составила 65,58% - то есть одна треть медработников не имеют доступа к компьютерам на рабочем месте.

Как следствие вышеуказанных проблем остается недостаточным качество услуг.

Исходя из этого, учитывая различия между системой здравоохранения нашей страны и стран ОЭСР, в настоящей Госпрограмме предполагается заложить основы форсированного развития отрасли для обеспечения соответствия уровня здравоохранения уровню стран ОЭСР, для чего экономика республики имеет все необходимые ресурсы.

**Возможности:**

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

стабильность экономики и рост ВВП страны;

развитие мировой медицинской и фармацевтической науки, появление новых методов диагностики и лечения заболеваний с возможностью их трансферта в страну;

инвестиционная поддержка Всемирного банка и других международных финансовых институтов;

широкий доступ к новым эффективным международным технологиям управления в области здравоохранения;

наличие необходимой основы информационных технологий в секторе здравоохранения.

**Угрозы:**

рост хронических болезней и возникновение новых, ранее не известных заболеваний;

дальнейшее ухудшение глобальной экономической ситуации;

наличие природных очагов особо опасных инфекций на территории страны и ослабление роли санитарно-эпидемиологической службы;

растущие затраты на здравоохранение, не покрываемые за счет только бюджетных средств, высокий уровень неформальных и частных платежей;

проблемы качества питания населения и нигилизм в отношении профилактики заболеваний и ведения здорового образа жизни.

#### **4. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ, ЦЕЛЕВЫЕ ИНДИКАТОРЫ И ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ**

**Цель:**

Обеспечение развития эффективной и устойчивой системы охраны здоровья граждан, как основы социального благополучия и экономического процветания государства

**Задачи:**

1. Укрепление здоровья населения на основе обеспечения санитарного благополучия, профилактики факторов риска, пропаганды здорового питания и стимулирования здорового образа жизни.

2. Обеспечение доступности, полноты и качества медицинских услуг на основе интегрированной, пациент-ориентированной системы здравоохранения

3. Модернизация национальной системы здравоохранения, обеспечение ее эффективности, финансовой устойчивости

4. Создание системы финансирования здравоохранения, основанной на солидарной ответственности государства, работодателя и граждан, путем внедрения обязательного социального медицинского страхования.

**Достижение поставленных задач будет измеряться следующими целевыми индикаторами:**

Целевые индикаторы	ед. изм.	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019	2020
Увеличение ожидаемой продолжительности жизни	Количество лет	71	71,4	71,8	72,2	72,6	72,77	73
Снижение материнской смертности в 3 раза от уровня 2009 года	на 100 тыс. родившихся живыми	12,4	11,8	11,2	10,6	10,1	10	9,7
Снижение младенческой смертности в 2 раза от уровня 2009 года	на 1000 родившихся живыми	11,2	10,6	10,1	9,6	9,1	9,05	9,03
Снижение общей смертности на 30% от уровня 2009 года	на 1000 населения	7,65	7,35	7,1	6,9	6,7	6,5	6,3

## **5. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ, ПУТИ И МЕРЫ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ПОСТАВЛЕННОЙ ЦЕЛИ ГОСПРОГРАММЫ**

Основные направления реализации:

- 5.1. Развитие общественного здравоохранения, как основы охраны здоровья населения;
- 5.2. Интеграция всех служб здравоохранения вокруг нужд населения на основе модернизации и приоритетного развития ПМСП;
- 5.3. Обеспечение качества медицинских услуг;
- 5.4. Реализация Национальной политики лекарственного обеспечения;
- 5.5. Совершенствование системы здравоохранения на основе внедрения солидарности и повышения ее финансовой устойчивости;

5.6. Повышение эффективности управления человеческими ресурсами в отрасли здравоохранения;

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

## 5.1. РАЗВИТИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КАК ОСНОВЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

**5.1.1.** Создание службы общественного здравоохранения путем интеграции функций санитарного и эпидемиологического надзора за инфекционными и неинфекционными заболеваниями, пропаганды здорового питания и стимулирование здорового образа жизни.

Укрепление и охрана здоровья населения требует не только развития соответствующих стратегий и мобилизации ресурсов в различных секторах жизнедеятельности, но и создание устойчивой и эффективной институциональной основы для обеспечения интеграции деятельности государства, общественности и населения в этом направлении.

В соответствии с лучшим международным опытом, основой дальнейшего развития системы здравоохранения станет создание системы общественного здравоохранения (СОЗ), на основе интеграции санитарно-эпидемиологической службы и службы формирования здорового образа жизни и рационализации питания.

Основными функциями СОЗ станут:

повышение информированности населения и его вовлечение в мероприятия по профилактике и снижению вредного воздействия различных факторов окружающей среды, нездорового питания и поведенческих рисков;

обеспечение санитарно-эпидемиологического надзора и мониторинга, включающего контроль за инфекционными и основными социально значимыми неинфекционными заболеваниями, в том числе за нарушениями психического здоровья и травматизмом;

обеспечение, координация и расширение межсекторального взаимодействия, направленного на охрану и укрепление здоровья населения страны;

обеспечение соблюдения законодательства и других правовых норм в области охраны здоровья и эпидемиологической безопасности;

внедрение международных систем долгосрочного моделирования и прогнозирования развития заболеваний на популяционном (национальном) и региональном уровнях.

Служба станет образовательной площадкой для обучения населения гигиеническим и противоэпидемическим навыкам на протяжении всей жизни и консультативно-организационным центром по изучению и ведению малого и среднего бизнеса в соответствии с требованиями санитарного законодательства.

Деятельность СОЗ будет тесным образом интегрирована с ПМСП, соответствующими научно-исследовательскими организациями и программами.

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

Для этого будут внедряться инновационные технологии социального маркетинга на основе научно-обоснованных разработок в области поведенческой психологии и экономики, с активным вовлечением традиционных средств массовой информации и современных социальных медиа - ресурсов и сетей.

При этом борьба с НИЗ будет проводиться на основе международных апробированных технологий в соответствии с Глобальным планом действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 годы, Рамочной Конвенцией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Европейской стратегии по борьбе против табака, Планом действий ВОЗ в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 годы.

Другой ключевой задачей СОЗ будет повышение эффективности санитарно-эпидемиологического надзора и контроля, реализация дальнейших мер по противодействию распространения и снижению последствий особо опасных инфекций, туберкулеза, ВИЧ/СПИД. Пересмотр перечня мониторируемых инфекций и определение перечня неинфекционных болезней будет проводиться на постоянной основе с учетом эпидемиологической ситуации.

Особое внимание будет уделяться вопросам профилактики инфекционных заболеваний, на основе организации и координации всей работы по иммунопрофилактике детского и взрослого населения в стране в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Еще одной задачей санитарно-эпидемиологической службы будет являться перманентный мониторинг за вновь возникающими особо опасными инфекциями в странах мира и обеспечение мероприятий по санитарной охране границ и территорий республики, направленных на недопущение завоза и распространения особо опасных инфекций и опасных грузов в страну.

Наряду с обеспечением безопасности питания в целом, СОЗ будет осуществлять особый контроль за качеством питания детского и подросткового населения в дошкольных и средних учебных заведениях.

Будут обеспечены информационные и регуляторные основы санитарной, эпидемиологической, радиационной и химической безопасности населения.

Вместе с тем, система общественного здравоохранения в среднесрочном периоде станет институциональной основой межсекторального взаимодействия, направленного на охрану и укрепление здоровья населения

### **5.1.2. Развитие межсекторального взаимодействия, направленного на воздействие на социальные детерминанты здоровья человека**

Межсекторальное взаимодействие будет нацелено на снижение факторов риска возникновения заболеваний и предусматривает комплексные меры, направленные на:

повышение уровня образованности населения в вопросах ведения и формирования здорового образа жизни;

снижение потребления алкоголя, табака, наркотических и психотропных средств;  
здоровое сбалансированное питание;

рост числа регулярно занятых физической культурой и спортом;

снижение дорожно-транспортных происшествий;

обеспечение безопасного детства, совершеннолетия и старости внедрением психологических услуг в системе образования и здравоохранения;

создание безопасных условий труда и быта;

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

В рамках развития межсекторального взаимодействия будет обеспечено проведение согласованной политики охраны и укрепления здоровья населения на всех уровнях управления, в том числе путем интеграции целей и задач данной Госпрограммы с другими государственными и отраслевыми программами, стратегическими планами развития регионов и отраслей.

Будут разработаны и внедрены эффективные методы планирования, финансирования, реализации и мониторинга мероприятий межсекторального и межведомственного взаимодействия, направленные на охрану здоровья населения, на основе широкомасштабного вовлечения государственных органов, гражданского общества, бизнеса и работодателей, средств массовой информации и коммуникаций, научных и образовательных институтов.

В рамках совместной работы с другими секторами будет создана единая межведомственная система мониторинга и управления факторами риска, влияющими на здоровье населения.

Кроме того, совместно с местными исполнительными органами будут разработаны и реализованы комплексные меры по социальной мобилизации, предусматривающие внедрение механизмов взаимодействия с населением, особенно с молодежью, с организованными коллективами, образовательными учреждениями для реализации программ по укреплению здоровья.

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

В рамках межсекторального взаимодействия необходимо обеспечить реализацию комплексных мер, направленных на обеспечение населения доступным, качественным и безопасным жильем, полноценными услугами жилищно-коммунального хозяйства (водообеспечение и водоотведение, канализация, утилизация бытовых отходов, тепло и энергообеспечение и др.).

Будет продолжена активная реализация мероприятий, направленных на снижение вредного воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения, в том числе борьба с загрязнением воздуха, почвы и природных резервуаров воды.

СОЗ совместно с организациями ПМСП, местными исполнительными органами и работодателями будут разработаны и внедрены комплексные подходы по защите здоровья человека на рабочем месте, борьбе с профессиональными болезнями на основе современных стандартов и трансферта передовых технологий, повышению доступности и качества медицинской помощи при профессиональной патологии.

Одной из важнейших задач межсекторального взаимодействия станет создание условий и справедливых возможностей для рационального питания, здорового и безопасного образа жизни, включая стимулирование физической активности и пропаганду физкультуры и спорта.

## **5.2. ИНТЕГРАЦИЯ ВСЕХ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОКРУГ НУЖД ПАЦИЕНТА НА ОСНОВЕ МОДЕРНИЗАЦИИ И ПРИОРИТЕТНОГО РАЗВИТИЯ ПМСП.**

### **5.2.1. Модернизация и приоритетное развитие ПМСП**

Дальнейшее развитие ПМСП предусматривает углубление мер, направленных на формирование универсальной, интегрированной, социально ориентированной, доступной и организованной помощи на первичном звене.

Универсальность первичной медицинской помощи будет обеспечиваться за счет поэтапного перехода к семейному принципу обслуживания. Семейный принцип обслуживания будет предусматривать наблюдение за здоровьем человека в течение всей его жизни с учетом особенностей организма в каждом возрастном периоде, с акцентом на профилактику.

Семейный принцип обслуживания на первом этапе (*до 2020 года*) будет осуществляться врачами общей практики (ВОП) и/или мульти-дисциплинарными командами из числа ныне действующих участковых врачей (терапевтов, педиатров, гинекологов), в зависимости от кадровой оснащенности конкретного региона. По мере роста оснащенности врачами общей практики и их компетенций, они будут замещать мульти-дисциплинарные команды.

В процессе дальнейшего развития - ВОП станут координаторами лечебного процесса не только для профильных специалистов поликлиник, но и стационаров.

Вместе с тем, будет предусмотрена возможность сохранения терапевтических и педиатрических участков в густонаселенных регионах с достаточным кадровым оснащением.

С целью обеспечения преемственности оказания медицинской помощи будет обеспечена полная интегрированность ПМСП с другими уровнями и службами здравоохранения. Так, специалисты ПМСП будут координировать оказание медицинской помощи, включая услуги профильных специалистов, направление в стационар, а также проводить мониторинг –своевременность и полноту оказания медицинской помощи всеми службами отрасли и при необходимости выступать в роли проводника и защитника интересов пациентов. ВОП будут проводить непрерывное наблюдение за пациентами, включая профилактику заболевания, диагностику, лечение, реабилитацию и при необходимости, паллиативную помощь и уход (маршрутизация).

Будет осуществлена тесная взаимосвязь работы специализированных и профильных амбулаторных служб (в том числе психиатрическая, наркологическая, противотуберкулезная, онкологическая и др.) с организациями ПМСП. Для реализации чего, будут разработаны и внедрены соответствующие стандарты, правила и порядок оказания медицинской помощи и обеспечения ее преемственности, а также методы ее финансирования.

Будет внедрен принцип интегрированного управления некоторыми хроническими заболеваниями, заключающийся в применении единых протоколов диагностики, лечения, реабилитации и ухода за пациентами на всех уровнях, единых механизмов мониторинга и финансирования на основе центральной координирующей роли работников ПМСП.

Социальная ориентированность ПМСП будет обеспечиваться за счет интеграции работы ПМСП, служб социальной защиты и общественного здравоохранения, активного вовлечения специалистов первичного звена в мероприятия в рамках межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.

Для обеспечения максимальной доступности услуг сеть организаций ПМСП будет развиваться с учетом демографических, географических и инфраструктурных условий в регионах.

Предпочтение будет отдаваться малым и компактным формам организаций, максимально приближенным к местам проживания населения.

С этой целью будет

- оказываться государственная поддержка развитию частного сектора, малого и среднего бизнеса в сфере оказания первичной медицинской помощи;

- развиваться механизм государственно-частного партнерства (ГЧП), включающий строительство объектов ПМСП, передачу государственных объектов в доверительное

управление с возможностью последующей приватизации при условии постоянного сохранения профиля деятельности.

Развитие объектов ПМСП будет предусматриваться как обязательные объекты инфраструктуры в программах по обеспечению населения доступным социальным и арендным жильем, в соответствии с нормативами обеспечения населения медицинской помощью.

Доступная медицинская помощь предполагает максимальное приближение услуг ПМСП к месту жительства граждан путем повышения доступности услуг ВОП: в среднем на 1 ВОП будет приходиться со временем от 1,5 до 1,8 тысяч прикрепленного населения.

Доступность ПМСП сельскому населению будет дополнительно поддерживаться посредством:

гибкости, индивидуального подхода при разработке и внедрении стандартов развития сети государственных медицинских организаций в сельской местности;

расширения функционала врачебного и среднего медицинского персонала на селе, с соответствующим материальным стимулированием;

дальнейшего развития мобильной (транспортной) медицины и информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в сельском здравоохранении;

повсеместного внедрения телемедицины, позволяющей в режиме online проводить диагностику и определить лечение с помощью специалистов вышестоящего звена А)

Для обеспечения финансовой устойчивости ПМСП будет продолжено совершенствование системы финансирования услуг и оплаты труда работников ПМСП.

Будет проводиться работа по развитию кадрового потенциала ПМСП, оптимизация должностных инструкций и квалификационных требований для обеспечения приоритетности, эффективности и привлекательности ПМСП в системе здравоохранения.

Будет осуществлен поэтапный переход к системе общей врачебной практики, обеспечивающей комплексный подход к ведению пациента. Будет повышена доступность услуг ПМСП за счет увеличения числа ВОП.

Подготовка ВОП по новым государственным стандартам высшего образования, заложит основы формирования специалистов широкого профиля, владеющих современными знаниями, практическими, коммуникативными навыками и умением работать в команде.

Переподготовка действующих участковых терапевтов и педиатров в рамках дополнительного профессионального образования частично восполнит дефицит ВОП.

Некоторые функции по наблюдению за пациентами, управлению хроническими болезнями, а также обслуживанию пациентов на дому будут поэтапно передаваться специально подготовленным медицинским сестрам общей практики.

Обучение средних медицинских работников (далее – СМР) будет проводиться с учетом приоритетности ПМСП, ее многофункциональности и универсальности. Стандарты обучения СМР также будут приведены в соответствие с разработанными профессиональными стандартами. Аккредитация образовательных программ обеспечит качество подготовки специалистов.

С целью привлечения специалистов в ПМСП, будет создана система социальной поддержки работников, в том числе пересмотрен состав и величина социального пакета для специалистов сельского здравоохранения.

Для обеспечения устойчивого развития ПМСП, повышения ее полноты и привлекательности будет поэтапно расширяться перечень лекарственных средств и заболеваний, обеспечиваемых на амбулаторном уровне-

**Развитие амбулаторной и стационарной специализированной помощи (СМП).**

С целью обеспечения полноценной интеграции и преемственности медицинской помощи, исключения дублирования различных услуг и ресурсов, а также для обеспечения ее полноты и высокого качества будет обеспечено совершенствование правил и порядка оказания специализированной медицинской помощи на основе координирующей роли ПМСП.

Для обеспечения преемственности будут повсеместно созданы локальные и региональные call-центры для разъяснения, консультирования, регистрации и мониторинга пациентов. При этом будут широко внедряться современные информационно-коммуникативные технологии (ИКТ).

Будет обеспечена дальнейшая разработка и внедрение протоколов интеграции различных видов медицинской помощи.

Будет усилена роль и ответственность республиканских клиник, научных центров и научно-исследовательских институтов в части мониторинга, обеспечения преемственности, эффективности и качества оказания первичной и специализированной помощи на всех уровнях ее оказания в рамках их профиля.

Будет продолжено дальнейшее развитие стандартизации (протоколов диагностики и лечения, клинических руководств) в оказании специализированной медицинской помощи (СМП) с целью повышения доступности и эффективности, достижения лучших результатов с наименьшими затратами.

С целью дальнейшего стимулирования трансферта передовых медицинских технологий, а также повышения доступности, полноты и качества медицинской помощи с одной стороны, и обеспечению финансовой устойчивости системы здравоохранения с другой стороны, необходимо провести всесторонний анализ и выработать новые подходы к дальнейшему развитию высокоспециализированной и дорогостоящей медицинской помощи (ВСМП).

Будет проведена стандартизация предоставления ВСМП в части пересмотра правил ее планирования, оказания и финансирования. Будут установлены требования для медицинских организаций по обязательному прохождению аккредитации для оказания услуг ВСМП в целях поддержания ее надлежащего качества и безопасности

В рамках модернизации системы здравоохранения страны необходимо выработать новые подходы к финансированию дорогостоящей медицинской помощи. При этом должен быть обеспечен необходимый уровень и стабильность финансирования с одновременным внедрением механизмов управления затратами: централизованный закуп дорогостоящих медицинских услуг и товаров (лекарств, ИМН), аутсорсинг лабораторных и радиологических услуг и др.

#### **5.2.4. Обеспечение полноты медицинской помощи, лекарственного обеспечения и реабилитации.**

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

В рамках этой модели будут реализованы правила, порядок и стандарты предоставления интегрированной медицинской помощи, направленные на обеспечение ее полноты, качества и преемственности на всех уровнях системы здравоохранения.

Данная модель на начальном этапе (до 2020 года) будет охватывать 2 блока основных социально значимых и неинфекционных заболеваний:

первый блок - основные неинфекционные заболевания:

сердечно-сосудистые заболевания,  
хронические заболевания органов дыхания,  
онкологические заболевания,

Второй блок – заболевания, влияющие на демографию населения страны:

патологии беременных, перинатального периода, основные детские болезни.

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

Для реализации этих мероприятий будут разработаны и внедрены:

- 1) единые клинические руководства и протоколы профилактики, диагностики и лечения для всех уровней организации здравоохранения, основанные на принципах доказательной медицины;
- 2) стандарты необходимого оснащения организаций здравоохранения;
- 3) минимальные квалификационные требования к медицинским работникам;
- 4) прогрессивные механизмы финансирования, применяемые в рамках модели;
- 5) технологии мониторинга, управления и координации мероприятий, в том числе на основе ИКТ.

Будет обеспечено дальнейшее развитие ключевых скрининговых программ по раннему выявлению заболеваний с наибольшим бременем воздействия на здоровье населения, а также постоянное совершенствование стандартов проведения, мониторинга и оценки эффективности скрининговых программ.

С целью обеспечения высокого качества медицинской помощи и снижения смертности от травматизма будет обеспечено:

внедрение международных стандартов подготовки и оказания помощи при несчастных ситуациях, травмах и отравлениях, в том числе массового характера;

В целях обеспечения полноты оказываемой медицинской помощи в рамках ГОБМП будет обеспечено своевременное предоставление уникальных, дорогостоящих видов медицинской помощи, в том числе при редких, орфанных заболеваниях на основе трансферта технологий из-за рубежа, а в отдельных случаях путем направления в зарубежные клиники.

Будет продолжено внедрение передовых, зарекомендовавших себя как высокоэффективные, технологий оказания медицинской помощи больным с туберкулезом, ВИЧ/СПИД, психическими и наркологическими расстройствами.

Будут разработаны и внедрены дальнейшие меры по совершенствованию лекарственного обеспечения населения, в том числе путем поэтапного расширения бесплатного амбулаторного лекарственного обеспечения.

Будет обеспечено активное развитие медико-социальной реабилитации больных с различной патологией на основе стандартизации услуг, развития инфраструктуры организаций и системной подготовки специалистов для этого вида медицинской помощи. При этом будут разработаны и внедрены меры государственной поддержки и стимулирования развития частного сектора и ГЧП в этой сфере.

В рамках интегрированной модели оказания медицинской помощи, на основе тесного взаимодействия с ПМСП и службой социальной защиты будут развиваться услуги длительного медико-социального ухода (longtermcare), паллиативной помощи и домашнего ухода (homecare) за больными различных категорий.

### **5.3. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**

#### **5.3.1. Стандартизация и управление качеством медицинской помощи.**

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

Для стандартизации клинических процессов будут разрабатываться отечественные и внедряться международные клинические руководства и протоколы профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов.

Утверждение клинических руководств и протоколов для применения в клинической практике будет осуществляться коллегиально специально созданным экспертным консультативно-совещательным органом – Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг.

Внедрение и мониторинг эффективности стандартов качества будут обеспечены центральным и местными исполнительными органами в области здравоохранения, в том числе путем обучения медицинских работников, дополнительного оснащения медицинских организаций, улучшения финансирования медицинской помощи.

Основой локальных систем управления качеством станут службы внутреннего аудита медицинских организаций. Их деятельность будет построена на внедрении единой системы управления рисками и регулярном аудите клинических процессов с привлечением института независимых медицинских экспертов.

С целью внедрения международных подходов обеспечения безопасности пациентов будет внедрена национальная система учета и анализа медицинских ошибок на основе применения конфиденциального аудита.

Вместе с тем необходимо будет пересмотреть систему ответственности медицинского персонала с частичным переходом от уголовной ответственности к административной и профессиональной (приостановление или лишение лицензии на занятие медицинской деятельностью).

Для обеспечения качества и отзывчивости системы здравоохранения будет разработана и внедрена национальная программа развития медицинской этики и коммуникативных навыков медицинских работников, с широким вовлечением общественности, образовательных организаций, профессиональных объединений и средств массовой информации.

В целом будет обеспечиваться прозрачность деятельности и результатов медицинских работников и организаций; будет внедрено обязательное опубликование результатов производственной деятельности организациями здравоохранения в СМИ.

### **5.3.2. Развитие аккредитации и лицензирования в здравоохранении.**

Устойчивое повышение качества медицинских услуг будет обеспечиваться также посредством развития добровольной аккредитации поставщиков медицинских услуг на предмет соответствия национальным стандартам качества и безопасности в области здравоохранения.

Для развития данного института требования к национальной аккредитации будут приведены в полное соответствие с международными стандартами.

Функции по проведению аккредитации будут переданы в негосударственный сектор, при этом национальный орган по аккредитации в сфере здравоохранения пройдет международную аккредитацию в области обеспечения качества.

С целью материального стимулирования медицинских организаций к прохождению аккредитации будут внедрены различные финансовые и нефинансовые стимулы.

Будет осуществлена трансформация обязательной сертификации медицинских работников в институт обязательного лицензирования на основе независимой оценки их знаний и навыков.

Для проведения независимой оценки компетенций медицинских работников и выпускников медицинских ВУЗов и колледжей будут созданы и развиваться соответствующие специализированные центры оценки компетенций.

В целом будет поддерживаться, в том числе путем аккредитации, финансирования и передачи полномочий, развитие национальных профессиональных объединений медицинских работников. Основной целью аккредитованных профессиональных объединений станет развитие профессиональных компетенций специалистов и улучшение качества медицинской помощи населению.

#### **5.4. РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.**

В целях обеспечения высокого качества и безопасности медицинской помощи, финансовой устойчивости системы здравоохранения, развития отечественного фармацевтического производства и логистики будет реализована Национальная политика лекарственного обеспечения.

Реализация НПЛО предусматривает разработку, исполнение и мониторинг эффективности комплекса мероприятий для реализации следующих ключевых задач:

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

##### **5.4.1. Обеспечение доступности лекарственных средств.**

Доступность ЛС будет обеспечиваться комплексной системой отбора ЛС для разрешения дальнейшего использования на территории Республики Казахстан и стран Таможенного Союза (ЕЭП).

В этих целях будет усовершенствована система государственной регистрации ЛС и изделий медицинского назначения. Будет существенно снижено количество зарегистрированных ЛС на основе четких и прозрачных критериев отбора, в том числе:

- 1) наличие научно-обоснованной доказательной базы;
- 2) полное лабораторное соответствие регистрационному досье;
- 3) экономически обоснованная цена с учетом стоимости курса лечения.

Будет продолжено дальнейшее развитие национальной формулярной системы на основе повышения эффективности деятельности Национальной формулярной комиссии при центральном уполномоченном органе в области здравоохранения.

Национальной формулярной комиссией будет рассматриваться и одобряться Казахстанский национальный лекарственный формуляр (КНЛФ).

В рамках отбора ЛС в соответствии законодательством РК будут оказываться меры государственной поддержки обращению ЛС отечественного производства.

С целью обеспечения доступности ЛС в государственных организациях здравоохранения будут совершенствоваться механизмы закупа ЛС.

Функции централизованного закупа, логистики и единого дистрибьютера ЛС будут поэтапно переданы на конкурсной основе в конкурентную среду на основе принципа регионализации и государственно-частного партнерства(концессии).

Будут реализованы комплексные меры по обеспечению экономической доступности ЛС для населения. Эти меры будут основаны на постоянном мониторинге цен на ЛС в странах ЕЭП и других странах, регистрации ЛС на основе устанавливаемой максимальной оптовой и розничной цены и обязательств по объему поставок независимо от валютных рисков импортеров.

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

Будут приняты меры по обеспечению надежной системы дистрибуции, логистики и поставок ЛС независимо от удаленности населенных пунктов и природно-климатических условий.

#### **5.4.2. Обеспечение качества и безопасности лекарственных средств.**

Будут приняты системные меры по обеспечению качества производства ЛС на основе стандартов GMP. Все производство ЛС в РК полностью перейдут на эти стандарты к 2018 году.

С целью контроля соответствия этим стандартам ЛС зарубежного производства, зарегистрированных для применения в РК, будет развиваться фармацевтический инспекторат.

Качество логистики и хранения ЛС будет обеспечено обязательным переходом к 2018 году на стандарты GDP всех дистрибьюторов, осуществляющих деятельность на территории РК.

Лабораторный контроль качества ЛС при регистрации, а также в постмаркетинговом периоде к 2018 году будет осуществляться только на основе соответствия уполномоченных лабораторий стандарту GLP (регистрационный и постмаркетинговый контроль).

Обеспечение качества и безопасности ЛС будет также обеспечиваться проведением клинических испытаний по стандартам GCP. Будет разработан комплекс мер по поддержке проведения клинических испытаний новых ЛС в Республике Казахстан с целью повышения качества ЛС, а также повышению научного и технического потенциала клинических баз.

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

#### **5.4.3. Обеспечение рационального применения лекарственных средств.**

Основой для обеспечения рационального применения ЛС и ИМН станет дальнейшее развитие доказательной медицины, а также стандартизация клинических процессов в организациях здравоохранения на основе отечественных и международных клинических руководств, протоколов диагностики и лечения заболеваний.

С этой целью будет продолжено развитие и совершенствование национальной формулярной системы в организациях здравоохранения.

Лекарственные формуляры организаций здравоохранения будут постоянно совершенствоваться на основе регулярного проведения мониторинга и оценки эффективности применения в отношении отдельных, наиболее затронуемых ЛС.

В организациях здравоохранения будет обеспечен полноценный мониторинг и анализ рационального применения ЛС штатными клиническими фармакологами, службой внутреннего аудита и, при необходимости, внешними независимыми экспертами.

Будут реализованы меры по обеспечению необходимого кадрового оснащения медицинских организаций специалистами по клинической фармакологии.

Для обеспечения устойчивости НПЛО будет разработана и реализована полномасштабная программа обучения специалистов в области лекарственного обеспечения независимо от формы собственности организаций.

Будет обеспечен непрерывный мониторинг и анализ эффективности реализации НПЛО в рамках мероприятий по мониторингу настоящей Госпрограммы.

Для эффективной реализации вышеописанных мер будут проанализированы и пересмотрены задачи и функции уполномоченного органа в области здравоохранения,

уполномоченного органа по контролю медицинской и фармацевтической деятельности, местных органов управления здравоохранения, усовершенствована нормативная база.

## **5.5. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ ВНЕДРЕНИЯ СОЛИДАРНОСТИ И ПОВЫШЕНИЯ ЕЕ ФИНАНСОВОЙ УСТОЙЧИВОСТИ**

### **5.5.1. Внедрение обязательного социального медицинского страхования**

Для реализации механизма солидарного финансирования будет введена система обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС), при котором работодатель и работник будут принимать солидарное участие в финансировании отрасли наряду с государством.

Средства ОСМС будут направлены на качественные улучшения системы по 7 направлениям, а именно:

повышение доступности ПМСП через увеличение обеспеченности ВОП до соотношения 1 ВОП на 1500 населения;

увеличение соотношения заработных плат врачей к средней заработной плате по экономике;

расширение амбулаторного лекарственного обеспечения;

повышение доступности услуг восстановительного лечения и медицинской реабилитации;

расширение услуг паллиативной помощи и сестринского ухода;

повышение заработных плат преподавателей медицинских ВУЗов;

включение расходов на обновление основных средств в тарифы медицинских услуг.

На первом этапе с 2016 года будет проведена:

- консолидация во едино всех программ по финансированию ГОБМП с выравниванием ее уровня между регионами;

- формирование «реального единого плательщика» на основе КОМУ в условиях одноканального механизма финансирования (бюджетного) системы здравоохранения;

- адаптация системы единого плательщика при бюджетной модели к многоканальной системе.

С 2017 года будет создан Фонд обязательного социального медицинского страхования на базе Единого плательщика услуг с многоканальной системой финансирования, обеспечивающей солидарную ответственность государства, работодателя и работника.

Для этого будет:

- разработана и утверждена юридическая база системы обязательного социального медицинского страхования Республики Казахстан;

- созданы национальный и региональные структуры выполнения, координации, управления и мониторинга системы обязательного социального медицинского страхования;

- создана и внедрена информационная система для управления системой медицинского страхования, включающей сбор, накопление, распределение средств, мониторинг и контроль финансовых ресурсов

### **5.5.2. Совершенствование тарифной политики**

Внедрение ОСМС приведет к еще одному выраженному изменению – выведению финансовых средств здравоохранения из государственной казначейской системы. Это с

одной стороны открывает возможности для более гибкого и эффективного финансирования услуг здравоохранения, а с другой стороны повышает ответственность участников системы к рациональному использованию средств ОСМС.

Основой эффективной деятельности ОСМС станет ясная и прозрачная тарифная и контрактная политика во взаимоотношениях с поставщиками различных медицинских услуг.

На амбулаторном уровне будет развиваться система подушевого финансирования со стимулирующими компонентами, амбулаторный тарификатор комбинированных услуг (комплексные или связанные тарифы) для обеспечения комплексности и преемственности медицинских услуг в интересах пациентов.

В сфере СМП будет совершенствоваться амбулаторный тарификатор на основе комбинирования различных услуг в комплексные (связанные) тарифы на основе наиболее распространенных патологий и стандартов их диагностики и лечения.

В рамках внедряемой концепции управления болезнями в некоторых случаях тарифы будут объединять все уровни оказания медицинской помощи: от ПМСП до стационарного лечения и последующей реабилитации, особенно в случаях применения дорогостоящих технологий диагностики и лечения.

На стационарном уровне также будут совершенствоваться тарифы на основе клинико-затратных групп с постепенным переходом на международные методики их расчета. С целью оптимизации затрат будет внедряться централизованный закуп дорогостоящих ИМН с извлечением их из структуры тарифов.

Поэтапно на основе информатизации учета расходов и внедрения электронных историй болезней будет внедрена система мониторинга затрат (по структурным подразделениям), а к 2020 году – персонифицированная система учета затрат как в амбулаторных, так и в стационарных организациях. Это позволит значительно повысить прозрачность и эффективность тарифной политики на основе фактических затрат.

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

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

Процессы децентрализации государственного управления, повышение роли органов местных исполнительных органов (далее - МИО) неразрывно связаны с участием органов местного государственного управления в решении вопросов по охране и укреплению здоровья населения.

В этой связи совместно с МИО будут изучены и определены:

региональные приоритеты в области охраны и укрепления здоровья населения на уровне местных исполнительных органов и дополнительные источники финансирования для реализации местных социальных программ;

роль и обязанности МИО в развитии эффективного межсекторального взаимодействия по реализации комплексных мер, направленных на профилактику и снижение вредного воздействия факторов внешней среды и поведенческих рисков на здоровье населения;

потребности в развитии инфраструктуры регионального здравоохранения, в том числе потребности государственных коммунальных объектов здравоохранения в капитальных инвестициях;

планирование и выделение в местных бюджетах достаточных средств на развитие и поддержание сети объектов здравоохранения, в том числе по механизмам ГЧП, за исключением средств, предусмотренных в Республиканском бюджете (целевые трансферты);

потребности региональных систем здравоохранения в человеческих ресурсах, а также разработка и реализация механизмов солидарной ответственности МИО за подготовку и переподготовку медицинских работников с высшим и средним образованием;

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

усиление координирующей роли местных исполнительных органов в управлении отраслью с последующим внедрением корпоративной системы управления на региональном уровне, с участием всех территориальных республиканских и местных структур здравоохранения;

установление солидарной ответственности региональных структур здравоохранения вне зависимости от ведомственной принадлежности и источников финансирования за показатели здоровья населения региона;

обеспечение принятия региональных программ развития здравоохранения в соответствии с настоящей государственной программой с адекватным финансированием и неукоснительным исполнением;

внедрение обязательных, прозрачных правил назначения менеджеров – первых руководителей организаций здравоохранения в строгом соответствии с их профессиональной компетентностью, опыта работы, практических навыков в управлении;

дальнейшая децентрализация разрешительных, контрольно-надзорных функций от центрального уполномоченного органа к местным исполнительным, исключение дублирования полномочий.

## **5.6. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ В ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.**

### **5.6.1. Стратегическое управление человеческими ресурсами.**

Государственное регулирование рынка труда в системе здравоохранения будет построено на разработке и реализации единых политик и программ по управлению человеческими ресурсами с целью качественной подготовки и адекватного распределения медицинских работников в соответствии с нуждами населения.

С целью обеспечения устойчивого развития системы здравоохранения будет осуществляться стратегическое управление человеческими ресурсами (УЧР) отрасли. Это подразумевает синхронизацию программ УЧР со стратегическими целями развития отрасли: развитием общественного здравоохранения, интеграции здравоохранения вокруг нужд населения на основе приоритетности ПМСП и повышение эффективности системы здравоохранения в целом.

Основными целями УЧР должны быть определены:

наличие (доступность) необходимых человеческих ресурсов;

надлежащая компетенция работников;

отзывчивость человеческих ресурсов на запросы населения;

продуктивность человеческих ресурсов.

В соответствии с этими принципами будут разработаны и внедрены национальная, региональные и корпоративные политики и программы УЧР. Они будут основаны на следующих этапах управления:

1. Планирование потребности в человеческих ресурсах.

На регулярной основе будет проводиться анализ количественной и качественной обеспеченности отрасли человеческими ресурсами, анализ и оценка рынка труда в отрасли.

В последующем будет определяться общая потребность в ЧР на соответствующих уровнях здравоохранения, а также структура требуемых специальностей и квалификаций (врачи, медицинские сестры, младший медицинский персонал, административные работники, медицинские инженеры и т.д.) в соответствии со стратегией развития отрасли, региона и организации.

При этом акценты будут смещены от необходимости применения устаревших штатных нормативов и стандартов к возможности гибкого планирования человеческих ресурсов и трудозатрат в соответствии с применяемыми технологиями, стандартизованными операционными процедурами и потребностями пациентов.

В целом будет осуществляться поэтапное расширение компетенций среднего медицинского персонала параллельно с изменением стандартов их образования и переподготовки.

Будут выработаны четкие требования к минимальному уровню подготовки и компетенций технического и младшего медицинского персонала, включая обязательное владение минимальным объемом необходимых навыков.

### 2. Рекрутинг работников.

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

### 3. Повышение производительности труда:

Будут разработаны принципы и механизмы адаптации и менторства (шефства) в медицинских организациях, особенно для молодых специалистов.

Будут совершенствоваться механизмы мотивации и оплаты труда работников здравоохранения с учетом рыночных принципов, адекватной оценки стоимости трудозатрат при тарифо-образовании, ориентированности на достижение целевых показателей результативности, предоставления мер социальной поддержки работников системы здравоохранения, особенно молодых специалистов в сельской местности.

В качестве нематериальной мотивации также будут активно применяться различные механизмы: предоставление возможности обучения за счет работодателя, обеспечение непрерывного карьерного и профессионального роста.

Будет совершенствоваться и развиваться система непрерывного профессионального обучения специалистов системы здравоохранения. Она будет интегрирована со стратегическими целями развития организаций, обеспечена адекватным финансированием. С этой целью будут разрабатываться стандарты непрерывного профессионального образования в тесной взаимосвязи с системой независимой оценки компетенций медицинских работников.

### 4. Миграция, перепрофилирование.

На основании регулярного мониторинга, прогнозирования и планирования развития ЧР будут реализовываться меры государственной поддержки перепрофилирования и перераспределения кадров по требующимся специальностям и службам, в том числе бесплатное обучение новым компетенциям, другие меры материального и не материального стимулирования.

Будут внедрены механизмы управления миграцией медицинских работников на локальных и региональных рынках трудовых ресурсов.

С учетом процессов региональной и глобальной экономической интеграции будут усовершенствованы правила и порядок привлечения иностранной рабочей силы на

отечественный рынок труда в сфере здравоохранения, в том числе меры по упрощению привлечения иностранных специалистов по остродефицитным специальностям.

#### 5. Укрепление здоровья, безопасность и выход на пенсию.

Будет разработан комплекс мер по обеспечению благоприятных и безопасных условий труда медицинских работников, а также меры социальной поддержки и интеграции медицинских работников, достигших пенсионного возраста.

#### 6. Мониторинг и прогнозирование.

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

#### **5.6.2. Модернизация медицинского образования.**

Основой системы непрерывного профессионального развития кадровых ресурсов системы здравоохранения станет Национальная рамка квалификаций. Она предусматривает:

- 1) оптимизацию перечня медицинских и фармацевтических специальностей и пересмотр принципов и механизмов формирования статистики по кадровым ресурсам здравоохранения в соответствии с международной практикой;
- 2) совершенствование политики отбора и приема граждан в организации медицинского и фармацевтического образования, в том числе на основе внедрения психометрического тестирования абитуриентов;
- 3) обновление государственных стандартов всех уровней медицинского и фармацевтического образования;
- 4) разработку профессиональных стандартов в области здравоохранения, регламентирующих уровень квалификации выпускников и действующих специалистов.

*Совершенствование программ медицинского и фармацевтического образования* будет базироваться на профессиональных стандартах, разработанных с непосредственным участием организации практического здравоохранения, ассоциации врачей, научных организаций.

Для оценки уровня теоретических знаний и практических навыков выпускников будет внедрена система независимой оценки компетенции, базирующейся на профессиональных стандартах и лучшей международной практике.

Дальнейшее развитие медицинского и сестринского образования должно быть построено на триединстве клинической практики, медицинского образования и научной деятельности, которое обеспечит:

- эффективное управление академическими и производственными процессами на основе единства стратегических целей и задач;
- качественное медицинское образование на основе получения современных теоретических знаний и реальных практических навыков;
- устойчивое повышение качества медицинской помощи на основе доступа к передовым технологиям и научным разработкам;
- широкие клинические и лабораторные базы для проведения актуальных научных исследований с немедленным трансфертом их результатов в практическое здравоохранение;

повышение финансовой устойчивости и эффективности систем на основе интеграции и совместного использования ресурсов.

С этой целью будет разработана концепция развития интегрированных академических медицинских центров (университетских клиник) на основе функционального (консорциумы) и организационного (холдинги) объединения научных организаций, медицинских ВУЗов, стационарных и амбулаторных организаций по принципу полного цикла медицинских услуг и подготовки кадров.

При этом в процессы образования и научных изысканий будут мотивированно вовлечены лучшие специалисты практики, а научные работники и преподаватели получают возможность практической работы и проведения клинических исследований. Это позволит рационально использовать врачебные кадры (врач, преподаватель, ученый в одном лице), обеспечить высокую материальную и профессиональную мотивацию кадров и сформирует модель научно-педагогического карьерного развития медицинских кадров, являющейся на сегодняшний день лучшим стандартом профессионального развития в мировом здравоохранении.

Кроме того, будет простимулировано развитие практической медицины и научных исследований в регионах страны, что станет логическим продолжением реализованных в стране инвестиционных программ по улучшению инфраструктуры и материально-технического оснащения областных медицинских организаций.

Обязательным условием дальнейшего развития медицинского образования станет ее полная информатизация с созданием он-лайн сервисов, библиотек, аудиторий, персональных электронных аккаунтов студентов и преподавательского состава.

Будут внедряться дистанционные технологии в системе образования для специалистов в регионах, не имеющих возможности длительно находиться в местах дислокации ВУЗов для переподготовки и повышения квалификации.

К 2020 году будет пересмотрены и обновлены стандарты медицинского образования, в том числе с целью обязательного тотального овладения студентами английским языком на уровне, достаточном для получения и поддержания знаний и навыков как в научной, так и клинической практике.

Для повышения потенциала профессорско-преподавательского состава будет разработана и внедрена Модель компетенций преподавателей медицинских и фармацевтических ВУЗов и программа повышения квалификации на основе использования опыта Высшей школы образования Назарбаев университета.

Получит развитие практика привлечения зарубежных преподавателей в образовательный процесс.

Основой повышения эффективности управления в образовании станут меры по расширению автономии медицинских ВУЗов, развитию государственно-частного партнерства при строительстве и реконструкции университетской инфраструктуры, внедрению лучших принципов корпоративного управления.

Будет проведена аккредитация организаций и программ высшего (к 2018 году), технического и профессионального, послевузовского (к 2020 году) медицинского и фармацевтического образования в соответствии с лучшими международными стандартами.

## **5.7. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА, ИННОВАЦИЙ И СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.**

### **5.7.1. Развитие сети организаций здравоохранения.**

Дальнейшее реформирование системы здравоохранения будет основано на формировании инфраструктуры, гибко реагирующей на потребности населения в доступных, полноценных, качественных медицинских услугах.

При этом, основное внимание будут уделено высвобождению и перераспределению неэффективно используемых ресурсов в больничном секторе, которое предусматривает:

1) оптимизацию лечебно-диагностических процессов на основе стандартизации, улучшение менеджмента и трансформацию неэффективно работающих объектов, филиалов и структурных подразделений больниц в организации ПМСП и другие службы (реабилитация, паллиативная помощь и пр.).

По стационарам, которые в силу географических, социально-экономических условий не могут быть закрыты, будут приниматься индивидуальные решения с проведением оптимизации и применением необходимых финансовых инструментов. Одной из возможностей будет подход на основе концепции «платы за доступность», когда затраты капитального характера (амортизация) и эксплуатационные (постоянные) затраты компенсируются независимо от загруженной мощности объекта. С этой целью будет пересмотрена тарифная политика и методология.

В отдаленных районах с небольшой численностью населения (до 20-25 тыс. чел.), где экономически нецелесообразно содержание самостоятельных территориальных стационаров, будут организованы объекты ПМСП с открытием в них небольших стационаров.

Таким образом, необходимо отходить от применения жестких стандартов и нормативов сети в интересах охраны здоровья местного населения.

2) децентрализацию оказания некоторых медицинских услуг, для предоставления которых не требуются высококвалифицированные специалисты и сложное технологическое оборудование. Необходимы трансферт таких технологий и оказание соответствующей медицинской помощи в организациях здравоохранения, расположенных ближе к месту жительства пациента.

3) централизацию услуг здравоохранения, требующих сложных технологий и компетенций узких специалистов с высокой квалификацией, с созданием на межрайонном, областном и республиканском уровнях специализированных центров. При этом будут предприняты меры по повышению роли и ответственности организаций, оказывающих высокоспециализированную помощь и координирующих деятельность организаций здравоохранения по профильным направлениям.

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

Реализация этих мер позволит обеспечить дифференциацию и управление коечным фондом в зависимости от интенсивности лечения и, соответственно, слаженное развитие амбулаторной, стационар-замещающей, стационарной и высокоспециализированной медицинской помощи.

Будет продолжена работа по определению потребности в развитии единой инфраструктуры системы здравоохранения на основе стратегических целей развития, адаптации международных стандартов планирования, проектирования, строительства, оснащения объектов здравоохранения и международных стандартов обеспечения качества медицинских услуг.

Будет разработан и утвержден единый перспективный план развития инфраструктуры в разрезе регионов и уровней оказания медицинской помощи (Мастер-план). Основой ресурсного развития здравоохранения станут индивидуальные перспективные планы регионов, которые будут соответствовать единой структуре, отражать информацию по сети организаций здравоохранения, планируемой реструктуризации (открытие, объединение, закрытие, перепрофилирование), потребность в объектах (строительство дополнительных объектов и взамен). На их основе будет сформирован обновленный норматив сети организаций, учитывающий специфику регионов и потребность населения в конкретных видах медицинской помощи.

На основе Мастер-плана будет осуществляться инвестиционное планирование и развитие сети здравоохранения, в первую очередь на основе стимулирования и привлечения частных инвестиций, преимущественного развития ГЧП.

Государственные инвестиции будут планироваться и направляться на развитие сети здравоохранения в сферах, где ограничено применение концессии и ГЧП, нет экономической целесообразности развития ГЧП, а также в стратегически значимых для развития отрасли секторах (материнство, туберкулез, ВИЧ и тп).

Будет сформирован четкий перечень объектов для реализации по механизмам ГЧП в том числе на основе передачи объектов государственной собственности в доверительное управление, приватизации, строительства или реконструкции объектов по модели концессии.

При этом будут реализованы различные формы ГЧП, предусматривающие:

расширение участия частных медицинских организаций в предоставлении услуг ГОБМП и ОСМС, в том числе услуг по оказанию высокоспециализированной помощи, что позволит сократить очередность, повысить доступность и качество медицинской помощи. При этом, будут созданы равные экономические условия, как для государственных, так и для частных поставщиков услуг;

передачу отдельных видов медицинских и немедицинских услуг (лаборатории, радиологические службы, уборка, питание, закуп материальных и нематериальных ценностей, обслуживание медицинской техники и пр.) в аутсорсинг;

передача республиканских и местных организаций здравоохранения в управление частным компаниям, в том числе зарубежным;

приватизация государственных организаций здравоохранения. Будет обновлен перечень организаций, услуги которых будут переданы в конкурентную среду;

привлечение частных инвестиций на строительство объектов здравоохранения.

В рамках программы будет разработан проект по расширению сети ПМСП путем применения контрактных видов ГЧП (строительство, реконструкция, оснащение, эксплуатация объектов ПМСП с привлечением частных инвестиций, передача объектов ПМСП в доверительное управление, предоставление частным компаниям и частнопрактикующим врачам государственного имущества в аренду для организации объектов ПМСП);

привлечение частных компаний для обеспечения эффективного функционирования медицинской техники и лабораторной службы.

Будет осуществлена комплексная разработка и внедрение новой системы стандартов инфраструктуры здравоохранения на основе стандартов ОЭСР (архитектурные, инженерные, технологические и др.), а также стандарты в области ресурсосбережения, энерго-эффективности и экологичности объектов здравоохранения (sustainability).

Будут проведены аналитические исследования и разработаны прогнозы и рекомендации по развитию макроэкономики здравоохранения страны и региона, в условиях глобализации рынков медицинской индустрии, интеграции Казахстана в региональные и глобальные экономические союзы (Таможенный Союз, ЕЭП, ШОС и др.).

Будут выработаны конкретные предложения по укреплению кадрового персонала отрасли в условиях объединяемых рынков труда, меры ограничения импорта медицинских услуг, в особенности в приграничных регионах страны.

Будут разработаны меры государственной поддержки и программы по развитию медицинского туризма и экспорта медицинских услуг отечественными организациями здравоохранения.

Будет проведен анализ и выработаны рекомендации по дальнейшей государственной поддержке, стимулированию и локализации производства лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и медицинского оборудования в РК.

### **5.7.2. Повышение эффективности оснащения и использования медицинского оборудования**

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

1) совершенствование системы планирования потребности в медицинской технике, ремонте и техническом обслуживании. Оно включает:

разработку и внедрение стандартов оснащения медицинской техникой;

разработку и внедрение единой методологии оптимального выбора модели медицинской техники и методологии ценообразования на медицинскую технику, ремонт и услуги по техническому обслуживанию;

создание базы данных (справочной системы) всей зарегистрированной медицинской техники с указанием цен, технических характеристик, соответствующих государственным стандартам, всех возможных комплектаций.

2) разработка программ оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием путем централизованного закупа через единого дистрибьютора на основе государственно-частного партнерства.

В этих целях технические спецификации закупаемого медицинского оборудования будут определяться самими медицинскими организациями.

При этом организация, осуществляющая функции по запуску и лизингу медоборудования будет определена конкурсным путем на рынке соответствующих услуг. При этом будет создана необходимая инфраструктура: электронная площадка для закупок, логистические и сервисные центры. Возмещение инвестиционных и эксплуатационных затрат будет проводиться в порядке, установленном уполномоченным органом

3) популяризация лизинговых систем приобретения медицинской техники. При этом приоритет будет отдан механизму, работающему по принципу «buyback», который предусматривает закуп у производителя с условием выкупа (по остаточной стоимости) по истечении срока действия договора лизинга.

4) создание на основе ГЧП централизованной медицинской сервисной службы и центра непрерывного последипломного образования технических специалистов (сервисных инженеров), обеспечивающих работоспособность медицинского оборудования на основе долгосрочных контрактов с медицинскими организациями.

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

6) будет размещен государственный заказ техническим ВУЗам на подготовку медицинских техников по обслуживанию медицинского оборудования с базовым

образованием, внедрены штатные единицы сервисных работников по медицинской технике в лечебных организациях.

При этом будет разработана и внедрена единая амортизационная политика, направленная на эффективное управление основными средствами. Она будет предусматривать создание в медицинских организациях амортизационных фондов для аккумулирования соответствующих тарифных выплат с целью последующего реинвестирования в обновление основных средств, в том числе через лизинговый механизм.

Кроме того, будет внедрен механизм долгосрочного планирования закупа медицинской техники со стороны государства и развита практика заключения долгосрочных договоров на поставку медицинской техники отечественных производителей.

### **5.7.3. Развитие инноваций и медицинской науки.**

С целью обеспечения долгосрочного развития инновационного потенциала биомедицинской отрасли в Республике Казахстан на основе стратегических целей социально-экономического развития государства необходимо разработать долгосрочный план научно-технического развития отрасли “InnovativeHealth: Vision - 2030”. В рамках этого документа будут определены цели, приоритеты и задачи научно-исследовательской деятельности в сфере охраны здоровья населения на долгосрочный период с учетом глобальных и региональных факторов.

Вместе с тем, в рамках реализации данной Государственной программы на основе поставленных стратегических целей по охране и укреплению здоровья населения, будут определены приоритетные направления развития медицинской науки на период до 2020 г.

Приоритетные направления научно-исследовательской и инновационной деятельности будут связаны с поиском действенных методов предотвращения и устранения последствий основных заболеваний и вредных факторов внешней среды, в том числе наиболее распространенными неинфекционными и инфекционными заболеваниями.

Первоочередной задачей развития отечественной медицинской науки станет модернизация ее методологических подходов на основе трансферта передовых мировых стандартов и концепций. С этой целью будет уделено большое внимание интеграции отечественных научно-исследовательских программ и проектов с международными, будет стимулироваться переход и вовлечение наших проектов в программы международных мультицентровых исследований.

Будет развиваться принцип командной, проектной научно-исследовательской работы. Индивидуальные научные исследования смогут быть одобрены только как часть более обширного группового или мультицентрового исследования.

Будет обеспечено дальнейшее развитие комплексных механизмов защиты авторских прав и интеллектуальной собственности. Будет уделено особое внимание развитию знаний, навыков и механизмов в области обеспечения коммерциализации результатов научной деятельности.

Основополагающей задачей развития медицинской науки будет определено укрепление ее интеллектуального потенциала. С этой целью будет обеспечены системные меры выявления и долгосрочной поддержки одаренных исследователей и перспективных инновационных идей.

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

Будет разработана среднесрочная программа развития научных компетенций, обучения и научных стажировок по стратегически приоритетным направлениям; будет

развиваться обмен научными кадрами; будет оказываться помощь в обучении международным стандартам научной работы, в том числе выработке дизайна и методологии исследований, помощь в оформлении научных трудов.

Будут обеспечены адекватное, устойчивое и прозрачное финансирование научно-исследовательских проектов и программ. С этой целью будет осуществлен поэтапный переход от программно-целевого контрактного финансирования и базового финансирования научных организаций к финансированию научно-исследовательской деятельности только на основе грантов. При этом будет обеспечена ясность и простота финансирования и отчетности в интересах научных работников.

В рамках бюджетов научных программ будут предусмотрены гибкие формы оплаты труда и вознаграждений за достижение инновационных и конкурентоспособных результатов.

В целом приоритет в финансировании будет отдаваться исследованиям в рамках международных мультицентровых научных проектов, а также проектов с внешним софинансированием.

Будут разработаны системные меры по укреплению инфраструктуры научно-исследовательской деятельности, в том числе по совершенствованию материально-технического оснащения научных организаций.

По опыту ведущих мировых стран развитие медицинской и фармацевтической науки будет концентрироваться вокруг университетов. С этой целью будет стимулироваться интеграция научных, образовательных и медицинских организаций для совместного использования ресурсов (зданий, оборудования, человеческих ресурсов и пр.).

С целью повышения эффективности подготовки кадров и проведения исследований будут развиваться современные формы партнерства ВУЗов, медицинских, научных организаций и предприятий реального сектора экономики в виде функциональных объединений (консорциумов, научно-технических парков), а также путем организационного слияния в виде холдингов или крупных научно-практических университетов.

Также будет проработано поэтапное создание инновационных биотехнологических парков на базе медицинских и многопрофильных университетов, крупных клиник с привлечением медицинской и фармацевтической индустрии.

Будет обеспечено дальнейшее развитие лабораторий коллективного пользования, укрепления материально-технической базы научных лабораторий и баз для проведения доклинических и клинических исследований.

Будет осуществляться системная поддержка и стимулирование локализации клинических испытаний медицинских технологий.

Реализация данных мероприятий должна обеспечить рост пула отечественных научных разработок и инноваций в области здравоохранения, что требует создания эффективной системы переноса результатов научных исследований в систему практического здравоохранения и ликвидации существующего разрыва между наукой и практикой. С этой целью будут разработаны и внедрены механизмы продвижения и доведения до практической реализации научных разработок и инновационных идей специалистов здравоохранения.

#### **5.7.4. Развитие информационно-коммуникационных технологий (ИКТ).**

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

В соответствии с установленными требованиями и стандартами будет организована и внедрена процедура аккредитации различных программных продуктов на предмет соответствия требованиям НИСЗ для дальнейшего доступа на рынок ИКТ в области здравоохранения.

При этом в рамках расширения участия частного сектора, развития ГЧП и приватизации объектов здравоохранения, организациям здравоохранения будет предоставлена свобода выбора госпитальных и других медицинских информационных систем на рынке ИКТ.

Будут выработаны единые стандартизованные требования на основе международных стандартов медицинских информационных систем, которые будут предъявляться в обязательном порядке для всех клинических информационных систем с целью обеспечения качества и безопасности медицинских услуг, конфиденциальности и сохранности медицинской информации, а также с целью интеграции с медико-статистическими системами государства для передачи данных в установленном законодательстве объеме и порядке.

Будет внедрена модель реализации инвестиционных проектов по информатизации отдельных организаций, служб, региональных систем здравоохранения на основе ГЧП. Это позволит сбалансировать традиционно имеющиеся риски в этой сфере, в том числе обеспечит заинтересованность сторон в долгосрочной и качественной реализации таких проектов.

Наряду с традиционными подходами к информатизации производственных процессов в отрасли будет осуществляться поддержка внедрения инновационных ИКТ, таких как удаленный автоматизированный мониторинг состояния здоровья пациентов с помощью мобильных компьютеров и устройств; создание и развитие виртуальных медицинских команд по интегрированному ведению сложных заболеваний (например, онлайн мониторинг и ведение пациентов с органной трансплантацией).

Данные технологии не только существенно сократят потребность в стационарном пребывании пациентов повсеместно, но и вызовут глобальные изменения в структуре медицинской помощи, распределении ее человеческих и иных ресурсов. Действующие подведомственные организации в области информатизации будут не способны обеспечивать растущую потребность отрасли во внедрении ИКТ, в связи с этим будет разработана концепция дальнейшего развития и программа ГЧП в построении глобальной информационно-коммуникационной инфраструктуры здравоохранения страны с привлечением ведущих мировых производителей и вендоров в этой сфере.

## **6.ОБНОВЛЕНИЕ НОРМАТИВНОЙ ПРАВОВОЙ БАЗЫ**

Внедрение обязательного социального медицинского страхования потребует внесения изменений и дополнений в некоторые нормативно – правовые акты РК. Для этой работы будет создана рабочая группа, которая разработает законодательный документ, предусматривающий изменения и дополнения в Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», в Налоговый Кодекс РК, Трудовой Кодекс РК и др. Кроме того, будет создана рабочая группа, которая разработает подзаконные акты для реализации системы ОСМС.)

Обновленная нормативная правовая база, регулирующая сферу здравоохранения, станет основой эффективности системы государственного управления процессами и залогом успешной реализации новых инициатив.

В этой связи целями реформирования нормативной правовой базы будет являться:  
укрепление правовых условий, способствующих реализации конституционных прав граждан на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;  
динамичность и эффективность нормативной правовой базы, отвечающей изменениям в сфере здравоохранения.

Для достижения указанных целей будут устранены коллизии, дублирующие, устаревшие, отсылочные нормы и пробелы в правовом регулировании, обеспечена своевременность актуализации нормативной правовой базы с учетом изменения целей и задач, а также в связи с развитием и достижениями в сфере здравоохранения. Также будет обеспечена согласованность нормативной правовой базы в сфере здравоохранения.

Будет обеспечено законодательное сопровождение новых инициатив, предусмотренных настоящей Государственной программой.

Особое внимание будет уделено обновлению норм по маршрутизации и навигации населения на всех этапах оказания медицинской помощи.

## 7. МОНИТОРИНГ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ

В рамках совершенствования системой управления здравоохранения будет модернизирована действующая система отраслевого мониторинга, анализа и стратегического планирования в соответствии с требованиями национального законодательства и современных международных стандартов.

Будет внедрена система ежегодных стратегических аналитических исследований с привлечением лучших мировых экспертов для качественного и полноценного анализа реализации настоящей Программы и выработке рекомендаций по ее коррекции (при необходимости).

При этом целевые индикаторы, показатели реализации задач и показатели результативности мероприятий, сроки реализации мероприятий, распределение ответственности среди исполнителей, а также основные правила и порядок мониторинга устанавливаются самой Программой.

По результатам проведенных мероприятий в рамках настоящей Программы, начиная с 2017 года, будет формироваться и ежегодно публиковаться Национальный доклад по здравоохранению Республики Казахстан, что станет основой для принятия решений на государственном уровне. Данные, включенные в этот документ, будут соответствовать международным методологическим требованиям и приобретут статус национального отчета по здравоохранению и самого достоверного источника информации по состоянию здоровья населения и результатов деятельности национальной системы.

## 8. ЭТАПЫ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСПРОГРАММЫ

Реализация Госпрограммы рассчитана на 2016 - 2020 годы и предусматривает:

### **I этап – 2016-2018 годы:**

модернизация первичной медико-санитарной помощи с внедрением семейной практики;

совершенствование Национальной скрининговой программы, внедрение программ управления заболеваниями по трем заболеваниям (артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность).

формирование технической инфраструктуры электронного здравоохранения и внедрение электронного паспорта здоровья;

внедрение социального медицинского страхования (СМС) с 2017 года;

подготовка медицинских, научных кадров и менеджеров здравоохранения по обновленным программам.

### **II этап – 2019-2020 годы:**

дальнейшее совершенствование семейной практики и укрепление ПМСП;

повышение конкурентоспособности медицинских организаций;

развитие инфраструктуры на основе государственно-частного партнерства;

формирование эффективной системы управления качеством медицинских услуг, состоящая из трех основных элементов: государство, профессиональное сообщество и пациенты.

развитие здравоохранения в направлении высокотехнологичных технологий, генетической, персонализированной, регенеративной и наномедицины.