

**О проекте Указа Президента Республики Казахстан "Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы"**

Постановление Правительства Республики Казахстан от 1 сентября 2010 года № 867

      Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

      внести на рассмотрение Президента Республики Казахстан проект Указа Президента Республики Казахстан "Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения "Саламатты Қазақстан" Республики Казахстан на 2011 - 2015 годы".

      *Премьер-Министр*

      *Республики Казахстан*                       *К. Масимов*

 **Указ Президента Республики Казахстан Об утверждении Государственной программы**
**развития здравоохранения Республики Казахстан**
**"Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы**

      В целях реализации Указа Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922 "О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года" **ПОСТАНОВЛЯЮ:**

      1. Утвердить прилагаемую Государственную программу развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы (далее - Программа).

      2. Правительству Республики Казахстан в месячный срок разработать и утвердить план мероприятий по реализации Программы.

      3. Центральным и местным исполнительным органам, а также государственным органам, непосредственно подчиненным и подотчетным Президенту Республики Казахстан, принять меры по реализации Программы.

      4. Министерству здравоохранения Республики Казахстан один раз в полугодие не позднее 25-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, представлять в Администрацию Президента Республики Казахстан и Правительство Республики Казахстан информацию о ходе реализации Программы.

      5. Контроль за исполнением настоящего Указа возложить на Правительство Республики Казахстан.

      6. Настоящий Указ вводится в действие с 1 января 2011 года.

      *Президент*

      *Республики Казахстан*                       *Н.Назарбаев*

УТВЕРЖДЕНА

Указом Президента

Республики Казахстан

от " " 2010 года №

 **Государственная программа**
**развития здравоохранения Республики Казахстан**
**"Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы Содержание**

1. Паспорт Программы

2. Введение

3. Анализ текущей ситуации

4. Цели, задачи, целевые индикаторы и показатели результатов реализации Программы

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

5.1.  Повышение эффективности межсекторального и межведомственного

      взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья

      граждан

5.2.  Усиление профилактических мероприятий, скрининговых

      исследований, совершенствование диагностики, лечения и

      реабилитации основных социально-значимых заболеваний и травм

5.3.  Совершенствование санитарно-эпидемиологической службы

5.4.  Совершенствование организации, управления и финансирования

      медицинской помощи в Единой национальной системе

      здравоохранения

5.5.  Совершенствование медицинского, фармацевтического

      образования; развитие и внедрение инновационных технологий в

      медицине

5.6.  Повышение доступности и качества лекарственных средств

      для населения

6.    Этапы реализации Программы

7.    Необходимые ресурсы

 **1. ПАСПОРТ ПРОГРАММЫ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование**
**программы** | Государственная программа развития
здравоохранения Республики Казахстан
"Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы |
| **Основание**
**для разработки** | Указ 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 Республики
Казахстан |
| **Государственные**
**органы,**
**ответственные**
**за реализацию**
**Программы** | Министерство здравоохранения Республики
Казахстан, Министерство внутренних дел
Республики Казахстан, Министерство культуры
Республики Казахстан, Министерство индустрии
и новых технологий Республики Казахстан,
Министерство связи и информации Республики
Казахстан, Министерство обороны Республики
Казахстан, Министерство образования и науки
Республики Казахстан, Министерство охраны
окружающей среды Республики Казахстан,
Министерство сельского хозяйства Республики
Казахстан, Министерство труда и социальной
защиты населения Республики Казахстан,
Министерство по чрезвычайным ситуациям
Республики Казахстан, Министерство туризма и
спорта Республики Казахстан, Министерство
юстиции Республики Казахстан, Министерство
экономического развития и торговли, акиматы
областей, городов Астана и Алматы |
| **Цель Программы** | Улучшение здоровья граждан Казахстана и
формирование конкурентоспособной системы
здравоохранения для обеспечения устойчивого
социально-демографического развития страны. |
| **Задачи** | Снижение заболеваемости и дальнейшее
укрепление здоровья населения путем усиления
межсекторального и межведомственного
взаимодействия по вопросам охраны здоровья
граждан и обеспечения
санитарно-эпидемиологического благополучия;
повышение доступности и качества медицинской
помощи путем дальнейшего развития и
совершенствования Единой национальной
системы здравоохранения, с приоритетным
развитием социально ориентированной
первичной медико-санитарной помощи и
повышение солидарной ответственности
граждан;
совершенствование медицинского и
фармацевтического образования с целью
формирования конкурентоспособного кадрового
потенциала. Развитие медицинской науки,
ориентированной на разработку и внедрение
инновационных технологий. |
| **Срок реализации** | 2011-2015 годы
первый этап: 2011 - 2012 годы
второй этап: 2013 - 2015 годы |
| **Целевые индикаторы** | К 2013 году:
Формирование Единой национальной системы
здравоохранения Республики Казахстан.
К 2015 году:
увеличение ожидаемой продолжительности жизни
населения до 70 лет;
снижение материнской смертности в 1,5 раза;
снижение младенческой смертности в 1,5 раза;
снижение общей смертности на 15%;
снижение заболеваемости туберкулезом на 10%;
внедрение системы свободного выбора врача и
медицинской организации; создание равных
условий для граждан республики в получении
медицинских услуг в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи
независимо от места проживания;
снижение уровня частных неформальных
платежей населения и внедрение механизма
сооплаты наряду с существующей системой
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи;
разработка оценки эффективности инвестиций в
здравоохранение;
внедрение эффективной тарифной политики;
предоставление 30% медицинских услуг в
рамках первичной медико-санитарной помощи
врачами общей практики;
оказание стационарной помощи в основном
многопрофильными стационарами;
повышение доступности лекарственных средств
и изделий медицинского назначения,
используемых для оказания гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи,
особенно в сельской местности;
внедрение государственного регулирования цен
на лекарственные средства, закупаемые
государственными организациями
здравоохранения;
охват граждан, занимающихся физической
культурой и спортом, увеличен до 25%;
охват детей и подростков, занимающихся
физической культурой и спортом, увеличен на
12%;
снижение табакокурения, наркомании и
злоупотребления алкоголем среди населения на
15%. |
| **Источники и объемы**
**финансирования** | На реализацию Программы в 2011 - 2015 годах
будут направлены средства республиканского и
местных бюджетов, а также другие средства,
не запрещенные законодательством Республики
Казахстан.
Общие затраты из государственного бюджета на
реализацию Программы составят 430 714,3
млн.тенге. |
| По
годам | Всего | Республи-
канский
бюджет | Местный
бюджет | Другие
источники |
| 2011 г. | 66 731,1 | 66 143,6 | 587,5 |
 |
| 2012 г. | 94 360,7 | 89 706,4 | 454,3 | 4 200 |
| 2013 г. | 89 334,5 | 84 643,4 | 491,1 | 4 200 |
| 2014 г. | 95 351,0 | 90 567,6 | 583,4 | 4 200 |
| 2015 г. | 105 937,0 | 96 907,3 | 629,7 | 8 400 |
| **Итого** | **451 714,3** | **427 968, 3** | **2 746,0** | **21 000** |
| Объем финансирования Программы на 2011 -
2015 годы будет уточняться при утверждении
республиканского и местных бюджетов на
соответствующие финансовые годы в
соответствии с законодательством Республики
Казахстан. |

 **2. ВВЕДЕНИЕ**

      В современных условиях рыночных отношений в Казахстане здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. Отрасль здравоохранения, представляющая собой единую развитую социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одним из основных приоритетов в Республике с точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения.

      В Послании Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. народу Казахстана "Казахстан - 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев" отмечена необходимость повышения уровня охраны здоровья населения, которая состоит из многих составляющих как медицинского, так и немедицинского характера: "По мере того, как мы строим свое общество, необходимо применять нарастающие усилия в том, чтобы наши граждане были здоровыми на протяжении всей своей жизни, и их окружала здоровая природная среда".

      Политика в области здравоохранения, проводимая в Казахстане, в течение последних десяти лет была следствием экономических и политических трансформаций, причем подходы к реформам в здравоохранении несколько раз кардинально менялись. На сегодняшний день здравоохранение Казахстана нуждается в дальнейшем совершенствовании его структуры с внедрением новых стратегий, основанных на четком видении перспективных целей, на интеграции со всеми секторами, а также на основе применения современных научных, социальных и институциональных технологий развития.

      В дальнейшем, одним из основополагающих принципов совершенствования здравоохранения должна стать интеграция системы здравоохранения Республики с системной модернизацией многоотраслевой экономики страны. То есть здравоохранение должно стать частью национальной экономической доктрины государства. В развитом обществе здравоохранение и связанные с ним сферы, такие как фармацевтическая индустрия, биотехнологии, информационные технологии, медицинский сервис, медицинское страхование, социальная работа, коммуникативно-психологическая деятельность являются органично взаимосвязанными элементами устойчивого экономического развития.

      Для обеспечения эффективной реализации программы устойчивого развития здравоохранения необходимы такие компоненты, как стратегическое планирование и управление, эффективное и рациональное финансирование, качественная нормативная база, передовая научно-методологическая и современная институциональная базы развития. В Казахстане необходимы национальные институты развития отрасли здравоохранения в рамках развития социальных секторов экономики, целью которых должно стать научное, организационно-методологическое, образовательное и финансовое обеспечение устойчивого развития системы здравоохранения Республики Казахстан.

      Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана "Новый Казахстан в новом мире" подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года.

      В Послании 2010 года Президент поставил конкретные задачи на ближайшее десятилетие. В том числе Нурсултан Абишевич указал, что "Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье - вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения, и повседневной жизни населения."

      В соответствии с вышеуказанным, а также на основе проведенного анализа современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения Республики Казахстан были определены приоритетные стратегические направления и механизмы реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы (далее - Программа).

      В Программе предусмотрены меры по законодательному, инвестиционному, структурному, экономическому и кадровому обеспечению выполнения планируемых мероприятий с учетом межведомственного и межсекторального взаимодействия. Предусматривается адаптация отрасли к рыночным отношениям: развитие многоукладности форм собственности, создание рынка медицинских услуг, конкурентных отношений среди медицинских организаций.

      Реализация Программы будет способствовать динамичному развитию системы здравоохранения путем создания условий для перехода к малозатратным формам медицинского обслуживания, обеспечения профилактической направленности отрасли, повышения уровня доступности и качества медицинской помощи, внедрению специальных социальных услуг, созданию условий для мотивации у населения самосохранительного поведения, профессионального и личностного роста медицинского персонала, адаптации системы здравоохранения к современным требованиям и рыночным условиям общества.

 **3. АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ**

      Анализируя ситуацию в здравоохранении, сильными сторонами отрасли в целом можно назвать следующие:

      четко определенные приоритетные направления развития здравоохранения;

      существенное увеличение государственного финансирования здравоохранения;

      стабилизация и улучшение основных медико-демографических показателей населения страны, в том числе снижение заболеваемости по социально значимым болезням;

      восстановление и строительство новых объектов здравоохранения;

      внедрение новых медицинских технологий в лечебно-диагностический процесс;

      наличие пунктов телемедицины в медицинских организациях сельской местности;

      наличие республиканского медицинского информационно-аналитического центра с филиалами во всех регионах страны;

      улучшение доступности лекарственных средств населению.

      *Слабые стороны:*

      неудовлетворительная материально-техническая база организаций здравоохранения, особенно сельских территорий;

      недостаточно четко определена роль государства, гражданина, работодателя и других неправительственных организаций в вопросах охраны здоровья;

      отсутствие четкого механизма реализации прав граждан на лекарственное обеспечение;

      сильное различие в качестве медицинских услуг, предоставляемых в регионах и городах республиканского значения;

      недостаточное качество подготовки медицинских кадров;

      слабо развит институт подготовки менеджеров здравоохранения;

      дефицит кадров по отдельным направлениям узкой квалификации: кардиохирургия, нейрохирургия, трансплантология, травматология, по ряду других специальностей, а также в области менеджмента;

      низкая обеспеченность квалифицированными кадрами системы здравоохранения, особенно в сельских регионах;

      слабо развита система защиты прав пациента и медицинского работника;

      низкая доступность медицинских услуг в отдаленно расположенных малых населенных пунктах сельской местности, особенно для социально неблагополучных слоев населения.

      *Возможности:*

      стабилизация мировой экономики;

      развитие медицинской и фармацевтической науки, появление новых методов диагностики и лечения заболеваний;

      инвестиционная поддержка Всемирного Банка;

      появление новых эффективных методов управления в области здравоохранения;

      развитие информационных технологий в секторе здравоохранения.

      популяризация спорта среди населения, увеличение количества населения, занимающегося спортом;

      формирование негативного отношения к табакокурению во многих странах при поддержке ВОЗ;

      наличие системы экстренного оповещения об осложнении эпидемиологической ситуации с сопредельными государствами.

      *Угрозы:*

      вспышки новых вирулентных видов гриппа, H1N1, H5N1;

      растущие цены на современное медицинское оборудование и фармацевтические препараты;

      недостаточное регулирование применения пестицидов и удобрений в аграрной промышленности стран, продукция которых импортируется в Республику Казахстан;

      применение гормональных и фармацевтических препаратов в животноводстве стран, продукция которых импортируется в Республику Казахстан;

      наличие природных очагов особо опасных инфекций на территории страны;

      отсутствие источников безопасной питьевой воды в некоторых регионах.

      За период реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 - 2010 годы (далее - Госпрограмма) были достигнуты определенные результаты:

      принят Кодекс Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения";

      установлены минимальные стандарты по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи;

      разработаны и внедрены отраслевые программы по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008 - 2010 годы, о мерах по совершенствованию службы крови в Республике Казахстан на 2008 - 2010 годы, по противодействию эпидемии СПИД в Республике Казахстан на 2006 - 2010 годы, развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007 - 2009 годы, здоровый образ жизни на 2008 - 2016 годы;

      сформирована система санитарной охраны границ: на государственной границе развернута сеть санитарно-карантинных пунктов, обеспечивающих защиту территории страны от завоза и распространения особо опасных инфекционных заболеваний;

      проведено реформирование службы первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП), действующей по принципу общей врачебной практики, проводятся профилактические осмотры детей, взрослого населения на предмет раннего выявления болезней системы кровообращения, скрининговые исследования женщин на предмет раннего выявления онкопатологии репродуктивной системы;

      внедрено бесплатное и льготное лекарственное обеспечение;

      проведена типизация и стандартизация сети государственных медицинских организаций, утвержден государственный норматив сети организаций здравоохранения;

      проведены мероприятия по укреплению материально-технической базы организаций здравоохранения;

      создана система независимой медицинской экспертизы;

      с 1 января 2010 года внедряется Единая национальная система здравоохранения;

      проведена консолидация бюджета на областном уровне, а с 2010 года - на республиканском уровне на оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, за исключением лечения туберкулезных, психических и инфекционных заболеваний;

      начата работа по подготовке менеджеров здравоохранения;

      начата работа по реализации совместного со Всемирным банком проекта по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан;

      внедрена Единая система дистрибуции лекарственных средств;

      начато внедрение информационных технологий в здравоохранение: создан республиканский информационно-аналитический центр с филиалами во всех регионах;

      проведена реструктуризация санитарно-эпидемиологической службы, создана вертикаль управления;

      внедряется система оценки рисков в сфере контроля в области здравоохранения.

      **Медико-демографическая ситуация и заболеваемость**

      За период реализации Госпрограммы отмечены:

      улучшение демографической ситуации, повышение уровня рождаемости населения с 18,42 (2005 г.) до 22,75 (2008 г.);

      стабилизация показателя смертности - 9,74 (2005 г. - 10,37);

      увеличение коэффициента естественного прироста населения до 13,01 (2005 г. - 8,05) на 1 000 населения.

      Численность населения в республике увеличилась по сравнению с 2005 годом на 762,6 тыс. человек и на начало 2010 года составила 16004,6 тыс. человек.

      За период реализации Госпрограммы отмечается тенденция незначительного увеличения (1,7 %) заболеваемости. В регионах страны рост заболеваемости на 100 тысяч населения по всем болезням отмечен в Северо-Казахстанской области - на 9,7 %, Западно-Казахстанской - на 4,0 %, Алматинской - на 3,8 %, Мангыстауской - на 1,1 %, Актюбинской - на 0,5 % и в городе Астана - на 7,9 %. Снижение заболеваемости наблюдалось в девяти областях и в городе Алматы.

      В структуре заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания (39,37 %), второе - травмы и отравления (6,88 %), третье - болезни мочеполовой системы (6,86 %), далее следуют болезни органов пищеварения (6,46 %), болезни кожи и подкожной клетчатки (6,08 %), болезни крови и кроветворных органов (4,24 %), болезни системы кровообращения (3,72 %), инфекционные и паразитарные заболевания (3,24 %), другие болезни (23,14 %).

      Несмотря на позитивные сдвиги в демографической ситуации, сохраняется низкий уровень здоровья женщин и детей. Остается актуальной проблема репродуктивного здоровья, до 16 % браков являются бесплодными. Это во многом связано с широкой распространенностью инфекций, передающихся половым путем (ИПП), и высоким уровнем абортов, что в свою очередь определяется небезопасным половым поведением населения, прежде всего, молодых людей. Согласно статистике зарегистрированных случаев 1 из 4 беременностей в стране заканчивается искусственным прерыванием. Частота родов у девочек-подростков 15-19 лет имеет тенденцию к увеличению, и в 2008 году составила 31,1 на 1000 населения.

      Основными причинами материнской смертности (2005 г. - 40,5; 2009 г. - 36,9 на 100 тыс. родившихся живыми) продолжают оставаться акушерские кровотечения, гестозы, экстрагенитальная патология. Самый высокий показатель материнской смертности на 100 тысяч родившихся живыми в 2009 году зарегистрирован в Атырауской области - 57,0. Значительно выше среднереспубликанского уровня находятся показатели по Мангыстауской - 55,9 и Кызылординской - 42,6 областям.

      Уровень младенческой смертности в 2005 году составлял 15,1 на 1000 родившихся живыми. С 2008 года с введением критериев живорождения и мертворождения показатель младенческой смертности составил 20,7 и в 2009 году отмечается тенденция к снижению до 18,4 на 1000 родившихся живыми. Основными причинами младенческой смертности являются состояния, возникающие в перинатальном периоде (60,4 %). Второе место в структуре младенческой смертности занимают врожденные патологии, что свидетельствует о недостаточном уровне проводимой ранней диагностики (скриннинги беременных на предмет выявления врожденных патологий), не здоровом образе жизни родителей и неблагополучной экологической ситуации в целом ряде регионов республике.

      Анализ данных за 2007 - 2009 годы показал, что смертность детей до 1 года от респираторных заболеваний и пневмоний занимает 3 место от всех причин смерти или 1 место - от инфекционных заболеваний. В 2008 году в Республике Казахстан зарегистрировано 33774 случая заболевания пневмонией детей в возрасте до 5 лет. Общая численность случаев смерти детей до 5 лет в 2008 году составила 8 225 детей, от пневмоний умерло около 1,5 тысяч детей.

      В настоящее время самым эффективным и экономически выгодным профилактическим мероприятием от пневмококковой инфекции, известным в современной медицине, является вакцинация. Внедрение в календарь профилактических прививок республики вакцинации против пневмококковой инфекции детям с 2-х месячного возраста позволит добиться существенного снижения заболеваемости пневмонией детей до 5 лет на 50 %, смертности - на 20 %.

      В настоящее время в Казахстане лица пожилого возраста составляют свыше 7,7% от количества всего населения. По прогнозам экспертов Организации объединенных наций, в ближайшие годы в Казахстане ожидается увеличение числа лиц пожилого возраста на 11 %. В этой связи, для улучшения оказания медицинской помощи для них необходимо создание в республике системы геронтологической помощи.

      За прошедший пятилетний период наблюдается снижение некоторых показателей распространенности и смертности населения от социально значимых заболеваний. Так, снизились показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза (со 147,3 до 105,5 и с 20,8 до 12,5 на 100 тыс. населения соответственно). Вместе с тем, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается напряженной, В рейтинге Глобального индекса конкурентоспособности Казахстан занимает 94 место по заболеваемости (за 2007 год - 130 место) и 111 позицию по влиянию туберкулеза на бизнес.

      Несмотря на проводимое масштабное строительство, реализацию программы лечения туберкулеза "DOTS-плюс", актуальными остаются вопросы эпидемиологического надзора за распространением, развитием лекарственной устойчивости и смертности от туберкулеза.

      Отмечается некоторое снижение показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями (с 192,5 до 182,6 на 100 тыс. населения). Вместе с тем, преобладают запущенные формы (16,2 %), смертность занимает третью позицию в структуре причин общей смертности (12,6 %). Однако, наряду со снижением заболеваемости по республике в целом, отмечается рост показателей по крупным промышленным регионам. Самый высокий удельный вес злокачественными новообразованиями (44,5 %) установлен в Восточно-Казахстанской и в Павлодарской областях.

      По классификации Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ), Казахстан находится в концентрированной стадии эпидемии ВИЧ/СПИДа (0,2 % населения при среднемировом показателе 1,1 %). По оценочным данным международных экспертов, число людей, живущих с ВИЧ в Казахстане, составляет 16 тысяч человек, что почти в 2 раза превышает число зарегистрированных. За истекший 2009 год самая высокая превалентность отмечалась в городе Алматы - 0,326, Павлодарской - 0,264 и в Карагандинской - 0,223 областях.

      Растет число ВИЧ-инфицированных женщин, на которых приходится около 1/4 совокупной численности ВИЧ-инфицированных. В 2008 г. частота ВИЧ-инфекции среди беременных женщин составляла 0,07 %, повышаясь с 2005 г. на 0,01 % ежегодно, что повышает потенциал передачи ВИЧ от матери к ребенку. Вместе с тем, низкая информированность населения о ВИЧ/СПИД способствует реальной опасности ухудшения ситуации по данной патологии.

      Травматизм остается одной из важнейших медико-социальных проблем современности не только для Казахстана, но и для большинства стран мира. В Казахстане травмы в структуре заболеваемости населения, временной нетрудоспособности и смертности занимают второе место, по первичному выходу на инвалидность - третье место. Наряду с этим, системный подход по реабилитации и восстановлению трудоспособности лиц, получивших различные травмы, отсутствует.

      За последние годы сложилась отрицательная динамика уровня первичной инвалидности (интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность в республике в 2007 году - 27,7, в 2008 году - 28,8, в 2009 году - 29,2 случая на 10 тысяч населения), что также является свидетельством низкой профилактической направленности здравоохранения.

      Ухудшение экологической обстановки обуславливает увеличение спроса на медицинские услуги по диагностике и лечению болезней, связанных с воздействием вредных факторов окружающей среды (болезни органов дыхания, онкологические заболевания, аллергические болезни и так далее).

      В последние годы отмечается позитивная динамика состояния санитарно-эпидемиологической ситуации, зарегистрировано снижение заболеваемости по ряду значимых инфекционных заболеваний, а по некоторым вакциноуправляемым ставится задача их полной ликвидации или элиминации.

      Ежегодно увеличивается удельный вес населения, обеспеченного безопасной питьевой водой, который по итогам 2009 года составил 81,8 %, улучшается санитарно-техническое состояние эпидемически значимых объектов. Обеспечивается необходимый комплекс профилактических мероприятий в природных очагах особо опасных инфекций, в которых не допущено групповых случаев заболеваний населения. Внедрена система экстренного оповещения об осложнении эпидемиологической ситуации с сопредельными государствами.

      Вместе с тем, остаются нерешенными вопросы усиления роли службы в общественном здравоохранении по профилактике неинфекционных заболеваний. Необходимо повышение качества и оперативности проводимой санитарно-эпидемиологической экспертизы, слабо развита система аккредитации, недостаточно внедряются международные стандарты лабораторных исследований и оценки рисков факторов внешней среды на здоровье населения. Не развита система защиты прав потребителей в области обеспечения безопасности продукции и услуг.

      Требует совершенствования деятельность организаций, занимающихся дезинфекцией и дератизацией, в части налаживания единой координации их деятельности, повышения качества и эффективности проводимых мероприятий.

      В связи с возрастающим риском биологического терроризма и распространения особо опасных инфекций необходимо создание национальной системы биологической безопасности.

      По данным ВОЗ здоровье человека на 50 % зависит от образа жизни, развитие большинства хронических неинфекционных болезней (болезни сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет и другие) также связано с образом жизни человека. В этой связи становится важным формирование здорового образа жизни казахстанцев и развитие физической культуры. Вместе с тем, в настоящее время механизм межсекторального и межведомственного партнерства в вопросах охраны общественного здравоохранения не налажен, что связано с недостаточным пониманием государственными органами, государственными и частными секторами своих миссий в области охраны здоровья, отсутствием четкого разделения ответственности, слабым информационным сопровождением проблем охраны здоровья.

      Также, причинами низкого уровня здоровья населения являются недостаточная информированность, грамотность и мотивация населения в вопросах ведения здорового образа жизни и профилактики болезней, сохранение неблагоприятных условий окружающей среды, водопотребления и питания, социально экономическое неблагополучие социально уязвимых категорий населения. Кроме того, сохраняется слабая профилактическая активность системы здравоохранения, то есть ориентация на лечение болезней, а не на их предотвращение.

      **Система здравоохранения**

      Динамика основных показателей здравоохранения свидетельствует о ежегодном увеличении бюджетных средств, направляемых в сферу здравоохранения. Так, в период с 2004 по 2009 гг. объем финансирования на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) увеличился с 90,5 до 273,1 млрд. тенге. В 2009 году на поэтапное доведение финансирования ГОБМП до среднереспубликанского уровня Алматинской, Жамбылской, Кызылординской и Южно-Казахстанской областей целевыми текущими трансфертами из республиканского бюджета было выделено 5,4 млрд. тенге.

      Расходы здравоохранения на душу населения за последние годы также имеют определенный рост: с 8 740 тенге в 2004 году до 30 373 в 2009 году.

      Показатель обеспеченности койками за время реализации Госпрограммы снизился до 70,2 на 10 тысяч населения (2005 г. - 73,1). При этом количество больничных коек сократилось только на 2330 единиц. Вместе с тем, до 30 % больных, госпитализированных в стационары, не нуждаются в стационарном лечении; увеличивается число вызовов скорой медицинской помощи (с 4 658 971 в 2005 году до 4 978 393 в 2008 году), в том числе необоснованных (с 126 756 до 189 498 соответственно).

      Отмечается развитие стационарозамещающих технологий. Так, в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических организациях пролечено 445 145 больных (в 2005 году - 278 813), в стационарах дневного пребывания при больницах - 64 081 больной (в 2005 году - 56 728), в стационарах на дому - 158 758 больных (в 2005 году - 155 480 больных).

      В 2009 году амбулаторно-поликлиническими организациями здравоохранения выполнено 104,5 млн. посещений пациентов (2005 году - 99,3 млн. посещений), число посещений на 1 жителя осталось на прежнем уровне - 6,6.

      В настоящее время в 50 организациях здравоохранения внедрена Единая информационная система здравоохранения (далее - ЕИСЗ).

      С целью повышения доступности дистанционной специализированной медицинской помощи, Министерство с 2004 года осуществляет реализацию инвестиционного проекта "Развитие телемедицины и мобильной медицины в здравоохранении аульной (сельской) местности". В связи с этим, проводится поэтапное внедрение телемедицины в сельском здравоохранении, которая сегодняшний день внедрена в 14 регионах. Сеансы телемедицины проводятся в виде телеконференций с привлечением узких специалистов различного профиля: в 2009 году в 13 регионах проведено 10611 телемедицинских консультаций.

      В республике продолжается переход на новый государственный норматив сети организаций здравоохранения. В реализацию Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" разработан и утвержден постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2131 новый государственный норматив сети организаций здравоохранения, что позволит упорядочить сеть государственных организаций здравоохранения, создать сеть многопрофильных больниц, обеспечить доступность ПМСП, в первую очередь сельскому населению. Кроме того, поэтапный перевод медицинских организаций в статус государственных предприятий на праве хозяйственного ведения позволит совершенствовать систему управления, финансирования, инвестиционной политики в здравоохранении, повысить экономическую эффективность деятельности медицинских организаций, а также решить вопросы кадрового обеспечения.

      Продолжается развитие сектора высокотехнологичных услуг. В настоящее время в состав АО "Национальный медицинский холдинг" (далее - Холдинг) входит пять республиканских научных центров: Национальный научный центр материнства и детства, Республиканский детский реабилитационный центр, Республиканский диагностический центр, Научный центр нейрохирургии, Научно-исследовательский институт неотложной медицинской помощи, оказывающие высокотехнологичную помощь, а также медицинский университет. В 2011 году планируется завершить строительство еще одного объекта - Республиканского научного центра кардиохирургии.

      В 2009 году с австрийской компанией "Вамед" заключен договор сроком на 2 года 9 месяцев об услугах больничного управления АО "Национальный научный центр материнства и детства".

      Вместе с тем, в секторе здравоохранения имеется ряд фундаментальных проблем.

      Так, отрасль здравоохранения нуждается в дополнительных вложениях, особенно в развитие первичной медико-санитарной помощи. Финансирование ГОБМП, несмотря на ежегодное увеличение (с 64,8 млрд. тенге в 2003 году до 464,1 млрд. тенге в 2009 году), также нуждается в дополнительных расходах.

      Вместе с тем, ключевые проблемы связаны не только с недостатком ресурсов, но и с низкой эффективностью их использования, то есть на сегодняшний день управление и финансирование здравоохранения ориентировано на поддержание мощности сети, а не на ее эффективность.

      Недостаточно используются эффективные механизмы финансирования по ПМСП в виду отсутствия финансирования на стимулирующие выплаты (44 %); несовершенства нормативной правовой базы, отсутствие юридических механизмов (25 %); слабой подготовки менеджеров здравоохранения (6 %).

      Так же необъективная существующая система тарифообразования, низкая самостоятельность государственных организаций здравоохранения и отсутствие квалифицированных менеджеров существенно тормозят развитие конкурентоспособности поставщиков медицинских услуг.

      Сохраняется неравномерный доступ к медицинским услугам и низкое качество медицинских услуг. Так, несмотря на то, что более 40 % населения Казахстан составляют сельчане, в настоящее время инфраструктура здравоохранения сконцентрирована в мегаполисах, в частности в городах Алматы и Астана. И это значительно затрудняет доступ пациентов из различных регионов страны к качественным и высокотехнологичным медицинским услугам. Так же наблюдается неравномерное распределение ресурсов по регионам. Так, в 2009 году разброс расходов на ГОБМП в расчете на одного жителя составлял от 12 964 до 21 289 тенге.

      В этой связи вопросы регионального здравоохранения требуют особого внимания, и поэтому одной из задач Госпрограммы является региональное выравнивание финансирования медицинской помощи, которое позволит обеспечить равный справедливый доступ казахстанцев к качественной и высокотехнологичной медицинской помощи.

      В настоящее время проблемными остаются вопросы, связанные с недостаточным уровнем материально-технического обеспечения медицинских организаций. К примеру, оснащенность скорой медицинской помощи медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения составляет по республике 51,69 %. В ряде регионов страны организации, оказывающие медицинскую помощь (станции скорой медицинской помощи, ПМСП, судебно-медицинская экспертиза и другие), располагаются в нетиповых приспособленных помещениях, более 400 (4,3 %) организаций здравоохранения расположены в аварийных зданиях.

      Наряду с этим слабо развивается общеврачебная практика в первичном звене здравоохранения и здоровьесберегающие технологии в профилактической работе с населением.

      Кроме того, отмечается несоответствие нормативных требований с финансовым обеспечением. Из-за отсутствия бюджета не внедрены в здравоохранении специальные социальные услуги.

      Уровень оплаты труда медицинских работников остается низким, а также отсутствует дифференцированный подход к оплате труда, основанный на конечных результатах их работы. Кроме того, повсеместно наблюдается дефицит квалифицированных кадров, особенно в сельских регионах, что затрудняет обеспечение медицинскими услугами сельского населения республики.

      Несмотря на активное внедрение ЕИСЗ на сегодняшний день сохраняется недостаточный уровень информационно-коммуникационной инфраструктуры в здравоохранении, низкий уровень компьютерной грамотности среди медицинского персонала и отсутствие автоматизации лечебно-профилактического процесса.

      За период реализации Госпрограммы проведена определенная работа по достижению качества подготовки кадров здравоохранения. Создана нормативная база медицинского и фармацевтического образования, с 2007 года реализуются новые образовательные программы высшего медицинского образования, основанные на профессиональном подходе и с учетом лучшего мирового опыта. Все государственные медицинские вузы впервые за последние десять лет приобрели современное учебно-клиническое и лабораторное оборудование, 85 % медицинских вузов перешли в статус государственных предприятий на праве хозяйственного ведения, получив большую самостоятельность. Поэтапно осуществляется внедрение инновационных образовательных технологий. В настоящее время более 400 преподавателей прошли переподготовку за рубежом и более 350 - в Казахстане с привлечением ведущих зарубежных специалистов. Созданные учебно-клинические центры позволили сделать акцент на клинической подготовке студентов и интернов. Разработаны национальные стандарты институциональной аккредитации базового медицинского образования, основанные на глобальных стандартах улучшения качества Всемирной федерации медицинского образования.

      Усилена нормативная правовая база, регулирующая кадровый потенциал, оптимизирована номенклатура и усовершенствованы квалификационные характеристики медицинских и фармацевтических специальностей и должностей работников здравоохранения. За период реализации Госпрограммы большое внимание было уделено повышению квалификации медицинских кадров за рубежом, организации мастер-классов с привлечением ведущих зарубежных специалистов.

      Серьезной проблемой остается вопрос обеспечения области здравоохранения квалифицированными кадрами. Сегодня в отрасли трудятся около 59 тысяч врачей. Несмотря на ежегодное увеличение числа медицинских кадров с высшим образованием более чем на 9,5 % за счет роста приема в медицинские ВУЗы, увеличения количества выпускников, в отрасли сохраняется дефицит кадров, особенно в сельской местности. Показатель обеспеченности врачебными кадрами сельского населения почти в 4 раза меньше, чем в городе. Неравномерность в распределении врачебных кадров по регионам Казахстана характеризуется как крайне высокая и составляет в некоторых регионах от 9,5 (Алматинская область) до 19,3 (Карагандинская область) на 10 тыс. населения.

      Наблюдается тенденция "старения" кадров. Несмотря на увеличение притока молодых специалистов в отрасль, их доля остается недостаточной и составляет не более 4 % от общего числа врачебных кадров. По-прежнему из-за низкой привлекательности профессии и отсутствия мотивационных механизмов уровень трудоустройства выпускников ВУЗов не превышает 87 %.

      Несмотря на достаточно высокий уровень категорированности медицинских кадров (42 %), качество оказываемых ими медицинских услуг не удовлетворяет потребителей и работодателей.

      Сфера науки в области здравоохранения существенно отстает от мировых стандартов, отмечаются неконкурентоспособность и невостребованность отечественной научной продукции.

      Для решения указанных проблем с 2007 года реализуется Концепция реформирования медицинской науки. Начаты мероприятия по совершенствованию управления медицинской наукой. Ряд научных организаций перешли в статус государственных предприятий на праве хозяйственного ведения для получения большей самостоятельности. Создаются научно-образовательно-практические кластеры. В научных организациях созданы центры доказательной медицины. Более 40 перспективных научных сотрудников прошли обучение по менеджменту научных исследований в университетах США. Повысилось число публикаций в рецензируемых международных изданиях, появились международные патенты. Разработана система рейтинговой оценки деятельности организаций медицинской науки.

      Несмотря на предпринятые меры, основными проблемами образовательной деятельности в области здравоохранения Казахстана остаются качество подготовки кадров, уровень квалификации работающих специалистов, дефицит персонала, оказывающего ПМСП, чрезмерная концентрация медицинских работников в крупных городах, дисбаланс численности медицинских работников, получивших высшее и среднее профессиональное медицинское образование, отсутствие мотивационных стимулов к работе и недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения, низкая конкурентоспособность научных исследований, отсутствие инновационных достижений.

      В Республике Казахстан начат процесс реорганизации фармацевтической отрасли для адаптации к условиям рыночной экономики. В реализацию Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" разработаны нормативные правовые акты, регулирующие сферу обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. Меры государственной поддержки направлены на обеспечение ежегодного прироста номенклатуры и объемов производства качественной фармацевтической продукции отечественными производителями.

      Упорядочена деятельность по регистрации, сертификации, обеспечению контроля качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, а также их рекламы. Создан Национальный информационный лекарственный центр.

      Начата гармонизация нормативных правовых актов в соответствии с нормами стран Евросоюза: Республика Казахстан стала официальным наблюдателем Комиссии Европейской фармакопеи и полноправной страной-участницей Международной программы ВОЗ по мониторингу побочных действий лекарственных средств. Разработаны и утверждены два тома Государственной Фармакопеи Республики Казахстан.

      Введено государственное регулирование цен на лекарственные средства, закупаемые за счет республиканского и местного бюджетов, что позволило снизить цены в среднем на 30%. Внедрена формулярная система лекарственного обеспечения направленная на рациональное применение лекарственных средств исходя из их терапевтической эффективности, фармакоэкономики и мониторинга побочных действий.

      На основе мирового опыта создана единая система дистрибуции лекарственных средств и изделий медицинского назначения, которая позволила достигнуть значительной экономии финансовых средств и увеличить долю потребления отечественных препаратов в несколько раз. Заключаются долгосрочные контракты с отечественными производителями, в том числе предполагающие трансферт "ноу-хау" по производству высокотехнологичных препаратов в Республике Казахстан и наращиванию экспортного потенциала (вакцины, инсулины, факторы крови и другие). Это позволит провести модернизацию существующих и строительство новых мощностей в соответствии с международными стандартами надлежащей производственной практики и обеспечить к 2014 году 50 % внутреннего потребления лекарственных средств за счет отечественного производства.

      Для обеспечения физической доступности лекарственной помощи жителям села организована реализация лекарственных средств через объекты ПМСП в более чем 3000 сельских населенных пунктах, не имеющих аптечных организаций.

      Наряду с достигнутыми успехами в фармацевтической деятельности имеется определенный круг задач, требующих первоочередного решения.

      Необходимо разработать новый проект Национальной лекарственной политики, направленной на обеспечение доступности качественной фармацевтической продукции в соответствии с перечнем ГОБМП. Совокупный фармацевтический рынок стран-членов Таможенного союза превышает 17 млрд. долларов США со значительным превалированием импорта. Для интенсивного развития фармацевтической отрасли, необходимо проводить работу по повышению конкурентоспособности производимых лекарственных средств и выхода на международные рынки, в том числе в рамках Таможенного союза, необходим переход от системы контроля качества конечного продукта к системе обеспечения качества производства, дистрибьюторской и аптечной практики.

      Требует дальнейшего совершенствования система фармаконадзора, фармакоэкономических исследований, мониторинга побочных действий лекарственных средств, работа по борьбе с производством и распространением фальсифицированных и контрафактных лекарственных средств. Так же, необходимо решить вопрос обеспечения медицинских организаций современным оборудованием с должным сервисным обслуживанием.

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

      **Цель:**

      улучшение здоровья граждан Казахстана и формирование конкурентоспособной системы здравоохранения для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны.

      **Программные цели:**

      формирование, сохранение и укрепление здоровья граждан путем координации деятельности государственных, общественных и бизнес-структур;

      дальнейшее укрепление здоровья населения и снижение уровня основных социально значимых заболеваний и травм;

      обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения в соответствии с международными стандартами;

      создание эффективной и доступной системы оказания медицинской помощи;

      создание конкурентоспособного кадрового потенциала здравоохранения и развитие инновационных технологий;

      обеспечение населения качественными лекарствами и достижение 50-% уровня удовлетворения потребности страны в лекарственных препаратах за счет отечественного производства.

      **Целевые индикаторы реализации Программы**

      К 2013 году:

      сформирована Единая национальная система здравоохранения Республики Казахстан.

      К 2015 году:

      увеличена ожидаемая продолжительность жизни населения до 70 лет;

      материнская смертность снизится в 1,5 раза;

      младенческая смертность снизится в 1,5 раза;

      общая смертность снизится на 15%;

      заболеваемость туберкулезом снизится на 10%;

      внедрена система свободного выбора врача и медицинской организации; созданы равные условия для граждан республики в получении медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи независимо от места проживания;

      снижен уровень частных неформальных платежей населения и внедрен механизм сооплаты наряду с существующей системой гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

      разработана оценка эффективности инвестиций в здравоохранение;

      внедрена эффективная тарифная политика;

      30% медицинских услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи предоставляются врачами общей практики;

      стационарную помощь оказывают в основном многопрофильные стационары;

      повышена доступность лекарственных средств и изделий медицинского назначения, используемых для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, особенно в сельской местности;

      внедрено государственное регулирование цен на лекарственные средства, закупаемые государственными организациями здравоохранения;

      охват граждан, занимающихся физической культурой и спортом, увеличен до 25%;

      охват детей и подростков, занимающихся физической культурой и спортом, увеличен на 12%;

      табакокурение, наркомания и злоупофебление алкоголем среди населения снижены на 15%.

      **Задачи программы**

      снижение заболеваемости и дальнейшее укрепление здоровья населения путем усиления межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;

      повышение доступности и качества медицинской помощи путем дальнейшего развития и совершенствования Единой национальной системы здравоохранения, с приоритетным развитием социально ориентированной первичной медико-санитарной помощи и повышение солидарной ответственности граждан;

      совершенствование медицинского и фармацевтического образования с целью формирования конкурентоспособного кадрового потенциала. Развитие медицинской науки, ориентированной на разработку и внедрение инновационных технологий.

      **Показатели результатов реализации Программы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование
показателей | Ед.
изм. | 2009
год | Плановый период | Ответственные |
| 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | ожидаемая
продолжи-
тельность
жизни | лет | 68,6 | 68,7 | 68,8 | 69,2 | 69,5 | 69,8 | 70,1 | ГО по
компетенции и
МИО, НПО,
бизнес-структ. |
| 2 | общая
смертность | на
1000
нас. | 8,97 | 8,81 | 8,59 | 8,36 | 8,14 | 7,91 | 7,62 | ГО по
компетенции и
МИО, НПО,
бизнес-структ. |
| 3 | распрос-
траненность
употребления
табака | % | 21,4 | 20,9 | 20,4 | 20,0 | 19,5 | 19,1 | 18,2 | МЗ, МОН, МК,
МСИ, и МИО,
НПО,
бизнес-структ. |
| 4 | распрос-
траненность
потребления
алкоголя | % | 16,9 | 16,4 | 15,9 | 15,5 | 15,0 | 14,6 | 14,0 | МЗ, МОН, МК,
МВД, МСИ, и
МИО, НПО,
бизнес-структ. |
| 5 | доля лиц,
ежедневно
занимающихся
физической
культурой не
менее 30
минут | % | 14 | 15,9 | 17,6 | 19,7 | 22,1 | 23,0 | 24,9 | МЗ, МТС, НПО,
бизнес-структ. |
| 6 | доля лиц с
избыточной
массой тела | % | 35,6 | 34,7 | 33,9 | 33,0 | 32,3 | 31,5 | 30,5 | МЗ, МСХ, МСИ,
МОН, МИНТ,
МТС, НПО,
бизнес-структ. |
| 7 | доля школ,
имеющих
спортивные
залы | % | 71,8 | 72,3 | 73,3 | 74 | 75 | 76 | 77 | МОН, МИО |
| 8 | доля
учащихся,
охваченных
деятель-
ностью
спортивных
секций и
детско-
юношеских
спортивных
школ от
общего
количества
учащихся | % | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | МИО, МТС, МОН |
| 9 | смертность
от
травматизма | на
100
тыс.
нас. | 108,4 | 105,6 | 103,0 | 100,3 | 94,6 | 94,9 | 92,1 | МЗ, МТСЗН,
МВД, МСИ, МИО,
МЧС, МТК, НПО,
бинес-структ. |
| 10 | первичный
выход на
инвалидность | на
10
тыс.
нас. | 29,2 | 29,0 | 28,8 | 28,6 | 28,4 | 28,2 | 28,0 | МЗ, МТСЗН,
МВД, МСИ, МИО,
НПО,
бинес-структ. |
| 11 | снижение
заболевае-
мости,
связанной с
дефицитом
микронутри-
ентов:
железодефи-
цитная
анемия | на
10
тыс.
нас. | 2314,0 | 2274,6 | 2235,9 | 2197,9 | 2160,6 | 2123,8 | 2082,0 | МЗ, МСХ, МИНТ,
МОН, МСИ, МИО |
| 12 | удельный вес
населения,
обеспечен-
ного
безопасной
питьевой
водой | % | 82 | 82,5 | 83 | 83,5 | 84 | 84,5 | 85 | МЗ, МСХ, МСИ,
МИО |
| 13 | удельный вес
запущенных
форм
профессио-
нальных
заболеваний
среди
впервые
выявленных
случаев | % | 45 | 40 | 35 | 30 | 25 | 20 | 15 | МЗ, МТСН, МИО,
бизнес-структ. |
| 14 | младенческая
смертность | на
1000
род.
живы
ми | 18,4 | 17,2 | 16,1 | 15 | 14,1 | 13,2 | 12,3 | МЗ, МИО,
междун. орг. |
| 15 | материнская
смертность | на
100
тыс.
род.
живы
ми | 36,9 | 34,4 | 32,1 | 30 | 28,1 | 26,2 | 24,5 | МЗ, МСИ, НПО,
МИО, междун.
орг. |
| 16 | смертность
от
сердечно-
сосудистых
заболеваний | на
100
тыс.
нас. | 416,4 | 406 | 395,6 | 385,2 | 374,8 | 364,4 | 353,9 | МЗ, МИО, МСИ,
НПО |
| 17 | смертность
от
онкологи-
ческих
заболеваний | на
100
тыс.
нас. | 112,7 | 109,4 | 106,1 | 102,8 | 99,5 | 96,2 | 95,8 | МЗ, МИО, МСИ,
НПО |
| 18 | смертность
от
туберкулеза | на
100
тыс.
нас. | 12,9 | 12,7 | 12,5 | 12,2 | 12,0 | 11,8 | 11,6 | МЗ, МИО, МВД,
МЮ, МСИ, НПО |
| 19 | удержание
распростра-
ненности
ВИЧ-инфекции
в возрастной
группе 1549
лет в
пределах
0,2-0,6
(концентри-
рованная
стадия) | % | 0,2-0,6 | 0,2-0,6 | 0,2-0,6 | 0,2-0,6 | 0,2-0,6 | 0,2-0,6 | 0,2-0,6 | МЗ, МИО, МСИ,
НПО, междун.
орг. |
| 20 | заболевае-
мость детей
пневмококк-
ковыми
инфекциями | на
100
тыс.
де-
тей | 1349,9 | 1188 | 1045 | 920 | 809 | 711 | 675 | МЗ, МИО |
| 21 | удельный вес
пищевой
продукции,
несоответ-
ствующей по
показателям
безопасности | % | 2,7 | 2,3 | 2,1 | 1,8 | 1,6 | 1,4 | 1 | МЗ, МСХ, МИНТ,
МИО |
| 22 | обеспечен-
ность
койками | на
10
тыс.
нас. | 65,9 | 66,7 | 65 | 64,5 | 64 | 62 | 60 | МЗ, МИО |
| 23 | удельный вес
аккредито-
ванных
медицинских
организаций | % | 96,5 | 97 | 97,8 | 98,5 | 99,2 | 99,8 | 100 | МЗ, МИО |
| 24 | средний балл
промежуточ-
ного
государст-
венного
контроля
студентов
медицинских
ВУЗов | баллы | 95 | 95 | 97 | 98 | 100 | 100 | 100 | МЗ, МОН |
| 25 | доля
публикаций в
рецензиру-
емых
международ-
ных
изданиях | % | 5 | 6 | 6,5 | 7 | 8 | 10 | 12 | МЗ, МОН |
| 26 | количество
республикан-
ских центров
оценки
знаний и
навыков | ед. | - | - | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | МЗ |
| 27 | доля
отечествен-
ных
лекарствен-
ных средств
в общем
объеме
фармацевти-
ческого
рынка | % | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 40 | 50 | МИНТ, МЗ |

 **5. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ, ПУТИ ДОСТИЖЕНИЯ**
**ПОСТАВЛЕННЫХ ЦЕЛЕЙ ПРОГРАММЫ**
**И СООТВЕТСТВУЮЩИЕ МЕРЫ**

      **Основные направления**

      1. Повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан.

      2. Усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний.

      3. Совершенствование санитарно-эпидемиологической службы.

      4. Совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения.

      5. Совершенствование медицинского, фармацевтического образования; развитие и внедрение инновационных технологий в медицине.

      6. Повышение доступности и качества лекарственных средств для населения.

      **5.1. Повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан**

      Вопросы охраны здоровья значительно превышают компетенцию собственно только государственной системы здравоохранения. В этой связи для достижения качественного сдвига в показателях, характеризующих здоровье населения, необходима согласованность усилий всего общества, включая государственные ведомства, бизнес-структуры и общественные организации на всех уровнях, и, в первую очередь, те структуры, которые могут оказывать существенное влияние на состояние здоровья общества.

**Цель:** формирование, сохранение и укрепление здоровья граждан путем координации деятельности государственных, общественных и бизнес-структур.

**Основная задача** разработка и внедрение единой национальной политики межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья.

**Пути достижения и соответствующие меры**

      В целях выработки единой национальной политики межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья планируется:

      1) повышение статуса Национального координационного совета по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан с четким согласованием разграничения ответственности между центральными государственными органами и органами местного государственного управления и разработкой механизмов взаимодействия на местном уровне, включая развитие социальной ответственности бизнес-структур и привлечение неправительственных общественных организаций (НПО);

      2) усиление взаимодействия государственных, общественных и бизнес структур в повышении уровня безопасности условий жизни и труда и улучшении общественного здоровья, предусматривающее разработку и внедрение межсекторальных подпрограмм по вопросам:

      здорового образа жизни и снижению уровня социально значимых заболеваний, обусловленных поведенческими факторами;

      здорового питания;

      здоровья школьников и подростков;

      дорожно-транспортной безопасности;

      экстренной медико-спасательной помощи при ЧС;

      борьбы с туберкулезом, ВИЧ/СПИД;

      профилактики особо опасных инфекций;

      3) разработка отраслевой программы развития физической культуры и спорта (МТС);

      4) разработка системы мониторинга и оценки эффективности реализации программы по вопросам улучшения общественного здоровья.

**Повышение уровня безопасности условий жизни и труда**

      Совершенствование нормативной правовой базы по вопросам охраны здоровья, в том числе безопасности труда;

      снижение отрицательного воздействия окружающей и производственной среды на здоровье населения;

      формирование мотивации работодателей к обеспечению условий ведения здорового образа жизни (ЗОЖ) работниками организаций, а также закрепление за работодателями ответственности за своевременное прохождение работниками профилактических осмотров;

      создание и развитие инфраструктуры по поддержанию здоровья работников, включая создание и развитие типовых медицинских пунктов при промышленных предприятиях;

      изучение влияния загрязнения окружающей среды на здоровье населения для принятия мер по их устранению;

      внедрение системы оценки рисков, при разработке проектных материалов, начиная с этапа отвода земельного участка, определения санитарно-гигиенической оценки территории для новых производств с целью минимизации экологического риска и предотвращения неблагоприятного эффекта для здоровья населения.

 **МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ ПОДПРОГРАММЫ**
**ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ**

      *Здоровый образ жизни и снижение уровня социально значимых заболеваний, обусловленных поведенческими факторами*

      Согласно данным ВОЗ в Казахстане на семь ведущих факторов риска приходится почти 60 % общего бремени хронических заболеваний: табакокурение (13,4 %), потребление алкоголя в опасных дозах (12,8 %), повышенное артериальное давление (12,3 %), гиперхолестеринемия (9,6 %), избыточная масса тела (7,4 %), недостаточное потребление фруктов и овощей (5,5 %), низкая физическая активность (3,5 %).

      В Казахстане по результатам проведенных социологических исследований и скрининговых обследований (НЦПФЗОЖ, 2007 г.) распространенность табакокурения составляет 27 %, злоупотребления алкоголем - 18,5 %, избыточной массы тела - 36 %, недостаточного потребления фруктов и овощей - 87,7 %, низкой физической активности - 88 %.

      Высокая распространенность факторов риска сформировала высокую распространенность хронических неинфекционных заболеваний. Именно эти заболевания, а также травмы, несчастные случаи и отравления возглавляют рейтинг заболеваемости и смертности населения Казахстана. Этому способствуют:

      недостаточная информированность и мотивация населения в вопросах ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний и здорового питания;

      недостаточное количество уроков физической культуры в системе образования;

      финансовая недоступность спортивно-оздоровительных центров и тренажерных залов;

      недостаточные условия для занятий физической культурой и спортом включая, отсутствие велосипедных дорожек и недостаток специально оснащенных дворовых площадок.

      По опыту различных стран и согласно данным международных исследований, активные и системные вмешательства на образ жизни людей позволяют получить следующий положительный эффект в сохранении и укреплении их здоровья:

      снижение потребления алкоголя в опасных для здоровья дозах на 10 % сокращает смертность среди мужчин на 20 % и смертность от несчастных случаев на 5 %;

      увеличение потребления овощей и фруктов в среднем до 400 г в день может снизить риск смертности от ишемической болезни сердца на 20 %, от инсульта - на 25 %, от злокачественных новообразований - на 20 %;

      снижение уровня холестерина на 1 % сможет снизить смертность от ишемической болезни сердца на 2-4 %;

      увеличение занятиями физической активностью и спортом снижает риск развития ишемической болезни сердца и инсульта, инсулиннезависимого диабета, рака ободочной кишки и остеопороза.

      В этой связи одной из важнейших задач, стоящих перед Казахстаном, является необходимость сокращения бремени заболеваемости хронической патологией и преждевременной смертности путем разработки и внедрения всеохватывающей и комплексной программы по популяризации принципов здорового образа жизни.

**Цель:** формирование здорового образа жизни путем системного и комплексного подхода к профилактике и усилению контроля за поведенческими факторами риска.

**Задачи:**

      1. Создание социально неприемлемого имиджа табакокурения в обществе.

      2. Активизация участия неправительственных организаций и бизнес-сообщества в формировании здорового образа.

      3. Повышение информированности населения о последствиях злоупотребления алкоголем, активного и пассивного курения и употребления наркотиков для здоровья.

      4. Снижение потребления табачных изделий и злоупотребления алкоголем.

      5. Увеличение охвата населения спортивно-массовыми мероприятиями.

**Целевые индикаторы:**

      снижение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний;

      увеличение доли лиц, ежедневно занимающихся физической культурой не менее 30 минут;

      снижение заболеваемости и смертности от онкопатологий;

      снижение распространенности употребления табака и алкоголя;

      снижение заболеваемости и смертности от травм и несчастных случаев.

**Пути достижения и соответствующие меры**

      1. Повышение информированности населения о ЗОЖ:

      консолидация усилий медицинских работников и журналистов для совершенствования медицинских программ (разработка тематик с учетом актуальности проблем, участие лидеров и знаменитых людей страны, видных деятелей здравоохранения, культуры, спорта, образования, популяризация новых технологий профилактики и лечения табакокурения, злоупотребления алкоголем и употребления наркотиков);

      выпуск медицинских теле- и радио программ, трансляция медицинских программ в наиболее удобное для просмотра время.

      2. Активизация участия неправительственных организаций и бизнес-сообщества в формировании здорового образа путем:

      активного вовлечения и стимулирования развития общественных движений и неправительственных организаций в формировании здорового образа жизни с предоставлением государственного социального заказа;

      повышение корпоративной социальной ответственности работодателей в вопросах охраны здоровья граждан, включая обеспечение работников предприятий и организаций физкультурно-оздоровительными и спортивными услугами.

      3. Снижение потребления табачных изделий

      3.1. путем применения экономических мер:

      поэтапное повышение акцизов на табачные изделия;

      совершенствование правил продажи табачных изделий (отзыв лицензий в случае нарушения правил продажи) по опыту развитых стран;

      запрет на косвенную рекламу со стороны табачной индустрии.

      3.2. путем обеспечения защиты прав некурящих на чистый воздух:

      расширение зоны запрета на курение в общественных местах (остановки общественного транспорта, открытые общественные места, предназначенные для массового отдыха);

      путем информирования населения о вреде табакокурения:

      увеличение объема площади предупредительной надписи на табачных изделиях;

      разработка и внедрение графических изображений и пиктограмм.

      3.3 путем усиления работы медицинских работников по профилактике курения среди населения, особенно на уровне ПМСП;

      поддержка желающих отказаться от потребления табачных изделий, в том числе организация системы медико-психологической помощи желающим бросить курить;

      организация региональных и национальной телефонных линий для желающих бросить курить.

      4. Снижение злоупотребления алкоголем и наркомании:

      4.1. путем применения экономических мер:

      поэтапное повышение налогов на алкогольную продукцию;

      приоритетная поддержка развития малого бизнеса по производству и реализации традиционных национальных напитков (кумыс, шубат и др.) по доступным ценам;

      4.2. путем совершенствования нормативной правовой базы по регулированию контроля и качества производимой алкогольной продукции и усилению контроля за ввозом контрабандных алкогольных изделий и незаконным производством алкогольной продукции на территории Республики Казахстан;

      4.3. путем обеспечения условий для систематического проведения антиалкогольной и антинаркотической пропаганды:

      создание в обществе атмосферы неприемлемого отношения к злоупотреблению алкогольных напитков и употребления наркотиков, включая СМИ;

      полного запрета рекламы алкогольных напитков, включая скрытую и косвенную ее виды;

      информирования населения о последствиях употребления алкоголя и наркотиков, обучение и формирование ответственного отношения к своему здоровью, особенно у детей, подростков и молодежи;

      разработка и внедрение профилактических антиалкогольных и антинаркотических программ;

      проведение информационно-методической работы с инспекторами по делам несовершеннолетних системы МВД;

      обучение сотрудников МВД (полицейских, участковых инспекторов) дифференцированным подходам к принимаемым мерам по отношению к лицам, находящимся в состоянии алкогольного (наркотического, токсического) опьянения.

      4.4. путем усиления роли ПМСП в проведении антиалкогольных профилактических вмешательств.

      5. Увеличение охвата населения спортивно-массовыми мероприятиями:

      5.1. путем развития инфраструктуры для занятия физической активностью, спортом и активного отдыха:

      создание доступных спортивно-оздоровительных объектов;

      улучшение состояния парков и игровых площадок;

      5.2. путем повышения мотивации населения к занятию физической культурой и спортом;

      информирование населения через размещение информационно-образовательных программ в СМИ;

      проведение традиционных спортивных мероприятий, национальных видов спорта и народных игр в масштабах республики с вовлечением всех слоев населения и привлечением СМИ;

      создание условий для развития спорта высших достижений, как фактора мотивации населения к занятиям физической культурой и спортом;

      5.3. стимулирование лиц и организаций, создающих условия и поощряющих физическую активность и занятия спортом среди всех слоев населения;

      повышение корпоративной социальной ответственности работодателей в вопросах охраны здоровья граждан, включая обеспечение работников предприятий и организаций физкультурно-оздоровительными и спортивными услугами.

*Здоровое питание*

      Национальными и региональными исследованиями выявлены существенные нарушения в питании большей части населения республики в виде недостаточного потребления белков животного происхождения, растительных масел, овощей и фруктов, пищевых волокон, витаминов, особенно А, С и группы В, а также минеральных веществ, особенно кальция, железа, йода, цинка, селена, а также избыточного потребления калорий, животных жиров, сладостей и соли. Это ведет к устойчивой тенденции роста случаев таких опасных заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, инсульт, отдельные формы рака, сахарный диабет, ожирение, остеопороз, железодефицитная анемия и др., в развитии которых фактор питания является решающим.

      Прямым следствием нарушений в питании женщин во время беременности является рождение детей с низкой массой тела. Известно, что у таких детей повышается риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в ходе последующей жизни.

      Распространенность хронической недостаточности питания среди детей до 5-летнего возраста составила 12,8 %, острой недостаточности питания (или гипотрофии) - 4 %, а исхудания (или истощения) - 3,8 % (в 2006 году).

      По данным национальных исследований питания населения Казахстана в 2008 году (НИП - 2008) распространенность анемии составила: 44,9 % среди детей в возрасте 6 месяцев - 14 лет; 45,3 % среди женщин в возрасте 15-59 лет; 28,1 % среди мужчин в возрасте 15-59; 41,9 % среди всего населения в среднем.

      Как правило, следствием высокого уровня анемии являются неудовлетворительные показатели материнской и детской смертности, частое отставание в физическом и умственном развитии, низкая устойчивость к диарейным заболеваниям и туберкулезу, недостаточная эффективность проводимой иммунизации, хронизация и осложненное течение инфекционных и неинфекционных заболеваний.

      В республике отсутствует собственная индустрия детского питания. Сеть маломощных, оснащенных устаревшим оборудованием с преимущественно ручным трудом и расположенных в приспособленных помещениях детских молочных кухонь, обеспечивает 10-12 % от общих потребностей в продуктах детского питания. Остальная потребность удовлетворяется за счет импортируемых детских смесей. Продукция молочных кухонь не отвечает современным требованиям по своему составу, качеству и безопасности.

      Новые проблемы в области здорового питания и безопасности пищевых продуктов возникают в связи с глобализацией торговли, загрязнением окружающей среды, широким применением в сельском хозяйстве пестицидов, гербицидов, антимикробных и гормональных препаратов, появлением новых продуктов, в том числе генетически модифицированных, получаемых с использованием новых технологий.

**Цель:** обеспечение здорового питания населения и профилактика заболеваний, зависимых от питания.

**Задачи:**

      1. Улучшение питания детей, женщин репродуктивного возраста, беременных и кормящих женщин.

      2. Обеспечение устойчивого снабжения населения безопасными и здоровыми пищевыми продуктами.

      3. Информирование населения о здоровом питании.

      4. Мониторинг, оценка и исследования питания населения.

**Целевые индикаторы:**

      снижение до 5 % низкой массы тела при рождении (гипотрофия);

      снижение распространенности железодефицитной анемии среди женщин репродуктивного возраста до 15,0 %, среди детей раннего возраста - до 10,0 %;

      снижение частоты отставания среди детей до 5-летнего возраста по росто-весовым показателям до 10 %;

      снижение распространенности избыточной массы тела до 30,0%.

**Пути достижения и соответствующие меры**

      1. Улучшение питания детей разного возраста, женщин репродуктивного возраста, беременных и кормящих женщин.

      1.1. Способствовать оптимальному питанию плода, обеспечивая адекватное питание будущих матерей до зачатия и в течение беременности.

      1.2. Обеспечивать защиту, пропаганду и поддержку грудного вскармливания и своевременное введение адекватного прикорма для младенцев и детей младшего возраста.

      1.3. Организация производств по выпуску детских и лечебно-профилактических продуктов питания с использованием местных сырьевых источников.

      1.4. Обеспечить здоровое питание и безопасность пищевых продуктов в детских домах, дошкольных учреждениях и школах.

      2. Обеспечение устойчивого снабжения населения безопасными и здоровыми пищевыми продуктами.

      2.1. Расширить выпуск продукции с низким содержанием насыщенных жиров и трансжирных кислот, простых сахаров и соли, с высоким уровнем витаминов, минералов, микроэлементов и пищевых волокон.

      2.2. Обеспечить соответствующее обогащение основных продуктов питания микронутриентами и разработку продуктов для дополнительного питания.

      2.3. Улучшить питательные качества и повысить безопасность пищевых продуктов в общественных и государственных учреждениях (система общественного питания, детское и школьное питание, больницы, военные учреждения и др.) путем усиления требований и совершенствования системы контроля безопасности пищевой продукции.

      2.4. Изучить возможности использования экономических методов (налогов, субсидий) для влияния на финансовую доступность продуктов питания и напитков, соответствующих рекомендуемым величинам потребления пищевых веществ.

      2.5. Учредить межотраслевые системы обеспечения безопасности пищевых продуктов, в которых используется принцип "от фермы до стола", и механизмы анализа рисков, соответствующие Codex Alimentarius.

      2.6. Гармонизация национальных стандартов на пищевые продукты и их производство, санитарных правил и норм, других нормативных документов по контролю безопасности пищевой продукции в соответствии с международными требованиями.

      3. Информирование населения о здоровом питании.

      3.1. Разработать рекомендации по потреблению пищевых продуктов для населения в целом и для уязвимых групп.

      3.2. Проведение многоуровневых общественных и коммуникационных кампаний, направленных на повышение уровня образования и информированности различных групп населения в области здорового питания, безопасности пищевых продуктов и прав потребителей с привлечением всех доступных средств массовой информации.

      3.3. Поощрять качественную маркировку пищевых продуктов для улучшения понимания характеристик продукта потребителями, поддержки здорового выбора и содействия безопасному хранению и приготовлению пищевых продуктов.

      4. Мониторинг, оценка и исследования питания населения.

      Создание государственной системы мониторинга состояния питания, доступности пищевых продуктов и их потребления, а также программ профилактики дефицита микронутриентов в различных возрастных и социально-экономических группах, в том числе мониторинга грудного вскармливания и прикорма у детей раннего возраста.

      Совершенствование систем надзора за пищевыми токсикоинфекциями и систем мониторинга микробиологических и химических рисков в разных звеньях продовольственной цепочки. Проведение на постоянной основе исследований полного рациона питания (Total diet study) для оценки его загрязненности чужеродными соединениями химической и биологической природы.

      Корректировка региональных норм физиологических потребностей в основных пищевых веществах и энергии для отдельных групп населения, с учетом состояния их здоровья, климато-географических, экологических и этнических особенностей региона.

      Разработка, реализация, мониторинг и оценка комплексных программ и стратегий, направленных на профилактику социально значимых алиментарно-зависимых заболеваний, снижение бремени болезней, обусловленных питанием и пищевыми продуктами.

*Здоровье школьников и подростков*

      Каждый пятый житель нашей республики - это ребенок, который в условиях современной школы проводит большую часть своего детства. Школьный возраст - время больших возможностей для формирования здорового образа жизни, что во многом определяет важность этой фазы жизненного цикла. При этом, психосоциальные факторы имеют такое же важное значение для здоровья школьников, как и биомедицинские.

      Проводимые исследования выявили серьезные проблемы, характеризующие здоровье школьников. По результатам скрининговых обследований детей в возрасте от 12 до 18 лет в структуре заболеваемости ведущее место занимают заболевания глаза и его придатков (19,5 %), костно-мышечной системы (15,1 %) и органов пищеварения (14,2 %). Неполноценное питание, избыток соли, жира и сахара в пищевых продуктах способствует росту болезней пищеварения (с 21,57 % в 2008 до 36,34 % в 2009). Растет заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами. На сегодняшний день из всех пациентов данной категории каждый четвертый - это ребенок школьного возраста.

      По данным национального исследования (2007 год) распространенность табакокурения среди детей в возрасте 11-14 лет составила 7,5 %, среди подростков 15-17 лет - 11 %, алкоголь употребляют 9,4 % детей и 21,3 % подростков. Показатель физической активности составил среди детей 11-14 лет - 39 %, подростков 15-17 лет - 37 %.

      В настоящее время Казахстан среди 24 стран Европейского региона занимает 2 место после России по смертности от внешних причин (травмы, суициды, отравления) среди подростков.

      Одной из серьезных проблем, является сохранение репродуктивного здоровья девушек-подростков. По данным Агентства РК по статистике ежегодно в республике регистрируется не менее 10 000 беременностей в этой возрастной группе. Из общего числа прерываний беременностей 4,3 % приходится на подростков в возрасте с 15 до 18 лет.

      Ситуация с заболеваемостью, в том числе и со смертностью детей и подростков, подростковой беременностью и абортами, а также инфекциями, передаваемыми половым путем, не имеющими тенденции к снижению, обусловлены низкой информированностью этой целевой группы и несформированными навыками ответственного поведения в вопросах охраны здоровья в целом.

      Недостаточная квалификация школьного медицинского персонала в вопросах здоровья детей и подростков, несоответствующая материально-техническая база школьных медицинских кабинетов, а так же отсутствие в рамках школьной медицины комплексной программы с участием шкальных психологов и социальных педагогов существенно затрудняют охрану здоровья учащихся на протяжении всего периода обучения. Вместе с этим, практически в каждой четвертой школе отсутствуют спортивные залы. Требуют замены учебной мебели 34,7 % школ.

      Все это диктует необходимость разработки в рамках развития школьной медицины комплексной программы по охране психологического и физического здоровья детей и подростков.

**Цель:** формирование физического и психического здоровья у детей и подростков.

**Основные задачи:**

      1. Обеспечить комплексный подход к проблемам психологического и физического здоровья детей, подростков и молодежи.

      2. Создать благоприятную и безопасную для здоровья окружающую среду в организациях образования.

      3. Создать условия и возможности для школьников к занятиям спортом.

      4. Развить целостную систему - службу школьной медицины (СШМ), направленную на сохранение физической среды, укрепление физического и психического здоровья ученика, на формирование мотивации к ведению здорового образа жизни, валеологической грамотности.

      5. Обеспечить эффективное противодействие распространению и употреблению наркотиков, табакокурения и алкоголя среди школьников и молодежи.

      6. Обеспечить детей и подростков сбалансированным и безопасным питанием.

**Целевые индикаторы:**

      снижение заболеваемости желудочно-кишечного тракта среди детей и подростков;

      снижение заболеваемости костно-мышечной системы среди детей и подростков;

      снижение заболеваемости инфекциями, передаваемые половым путем (далее - ИППП), среди подростков;

      снижение потребления наркотиков среди детей и подростков;

      снижение незапланированных беременностей и абортов среди девочек-подростков;

      снижение суицидов среди подростков;

      снижение числа курящих и злоупотребляющих алкоголем среди школьников.

**Пути достижения и соответствующие меры**

      1. Проведение анализа заболеваемости и смертности детей и подростков от управляемых причин для совершенствования существующих и вновь разработанных программ по формированию физического и психического здоровья школьников.

      2. Создать благоприятную для здоровья окружающую среду путем:

      надлежащей планировки помещений, игровых площадок и обеспечения современным школьным оборудованием, включая школьную мебель в соответствии с санитарными нормами и правил к общеобразовательным школам, а также со строительными нормами и правилами;

      создания для учащихся возможности по реализации их максимального физического, психического и социального потенциала и для повышения их чувства собственного достоинства, формирования личности учащихся;

      установления позитивной психологической атмосферы среди учащихся, между учащимися и школьным персоналом, а также между школой, домом и обществом;

      обеспечения знаний по выработке навыков для принятия позитивных решений по сохранению здоровья и окружающей среды.

      3. Развить целостную систему - службу школьной медицины (СШМ), направленную на сохранение физической среды, укрепление здоровья ученика и всего сообщества, на формирование мотивации к ведению здорового образа жизни, медицинской грамотности.

      разработка и внедрение в рамках школьной медицины комплексной программы для школьных психологов и социальных педагогов;

      разработка нормативных правовых документов, регламентирующих деятельность школьной медицины;

      развитие системы разноуровневого, дифференцированного обучения учащихся, педагогов и родителей для оптимизации процесса по сохранению физического, психического и социального здоровья каждого школьника.

      4. Обеспечить эффективное противодействие распространению и употреблению наркотиков, табакокурения и алкоголя среди школьников и молодежи путем:

      повышения уровня информированности детей, подростков, молодежи о необратимых последствиях, связанных с употреблением наркотиков;

      разработки и внедрения на межведомственном уровне программ по профилактике наркомании;

      дальнейшего развития волонтерского движения по принципу "равный-равному" (формирование у детей, подростков, молодежи навыков ответственного поведения, умения противостоять давлению сверстников, умения отказа от наркотиков, умения принимать правильное решение путем проведения интерактивного обучения на основе привития жизненных навыков);

      разработки методических и информационно-образовательных материалов;

      содействие обеспечению занятости свободного времени детей, подростков, молодежи посредством развития и доступности спортивных площадок, детских клубов, кружков, секций, дворовых клубов, летних лагерей; развития альтернативных движений (велосипеды, ролики, стритбол, скейтборды и др.);

      развивать и совершенствовать систему психосоциальной поддержки в преодолении личных и социальных проблем детей, подростков и молодежи;

      развитие центров здоровья и анонимных консультаций для молодежи, совершенствование работы телефонов доверия.

*Дорожно-транспортная безопасность*

      Анализ основных показателей аварийности свидетельствует о том, что уровень дорожно-транспортного травматизма в стране имеет тенденцию к снижению, но остается высоким.

      Так в 2009 году произошло 12534 ДТП против 13739 в 2008 году. Число погибших в 2009 году снизилось на 13,5 % (в 2008 г. - 3 351) и составило 2898 человек. При этом, 14788 человек получили увечья против 16400 пострадавших в 2008 году.

      На улично-дорожной сети населенных пунктов совершено 67,6 % или 8476 ДТП, в которых погибли 1070 и получили травмы 9505 человек.

      На автомобильных дорогах международного и республиканского значения произошло каждое пятое ДТП (или 2634), в которых 1321 человек погибли и 3453 получили травмы. ДТП на дорогах международного и республиканского значения характеризуются самой высокой тяжестью последствий, в 2009 году этот показатель составил 28 погибших на 100 пострадавших, что более чем в 2,5 раза превышает тяжесть последствий ДТП в населенных пунктах (10).

      В 2009 году по вине водителей совершено 10983 ДТП, что составляет 87,6 % от всех происшествий, в которых 2709 человек погибли и 13359 получили травмы.

      По вине водителей в состоянии опьянения совершено 363 ДТП, в которых погибли 94 человека и 481 получили травмы.

      Более трети всех пострадавших в ДТП людей составляли пешеходы. На их долю пришлось 30,3 % от общего числа погибших и 35,1 % - раненых. Всего с участием пешеходов было зарегистрировано 5720 ДТП, в которых 880 человек погибли и 5205 получили ранения.

      По вине пешеходов совершено 1269 ДТП, в которых погибли 152 и получили ранения 1158 человек.

      С участием детей зарегистрировано 1915 ДТП, в которых погибли 183 и травмированы 1910 детей.

      Анализ причин аварийности, показывает, что низкий уровень правового сознания и правовой культуры участников дорожного движения является одним из ключевых факторов в области обеспечения безопасности дорожного движения.

**Цель:** снижение дорожно-транспортного травматизма и смертности от него.

**Основная задача** создание комплексной системы профилактики и информационной работы с населением, направленной на формирование среди участников дорожного движения стереотипов законопослушного поведения и негативного отношения к правонарушениям в сфере дорожного движения.

**Целевые индикаторы:**

      снижение в 2015 году числа погибших в результате ДТП от уровня 2009 года (2898 чел.) на 14 %;

      сокращение в 2015 году количества ДТП с пострадавшими от уровня 2009 года (14788 чел.) на 10 %.

**Пути достижения и соответствующие меры**

      В целях повышения правового сознания и предупреждения опасного поведения участников дорожного движения планируется:

      повысить эффективность и обеспечить системность профилактики и информационной работы с населением в сфере обеспечения безопасности дорожного движения путем создания социальных роликов, информационно-аналитической телевизионной программы, издания республиканского журнала по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения;

      повышение уровня соблюдения норм и правил в сфере дорожного движения;

      совершенствование надзора за дорожным движением за счет внедрения автоматических систем фиксации нарушений Правил дорожного движения;

      устранение аварийно-опасных участков на дорогах;

      применение современных методов и средств организации дорожного движения;

      разработка и внедрение автоматизированной информационно-поисковой системы дорожно-транспортных происшествий (ДТП);

      оборудование дорог республиканского значения интеллектуальными транспортными системами управления дорожным движением.

      *Экстренная медико-спасательная помощь при ЧС*

      В настоящее время ситуации, в результате которых два или больше человека погибли, либо три или больше человека пострадали/заболели и находятся в тяжелом состоянии относятся к чрезвычайным ситуациям.

      По оперативным данным Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Казахстан за шесть месяцев текущего года на территории Республики Казахстан зарегистрировано 9362 чрезвычайных ситуаций и происшествий природного и техногенного характера, включая крупные дорожно-транспортные происшествия. При этом пострадали 2604 человека, из них погибли 917 человек (на 27,9 % больше, чем за аналогичный период 2009 г.).

      При этом число чрезвычайных ситуаций техногенного характера составляет 8032 случая (85,8 % от общего числа ЧС), из них 94,7 % (7609) составляют бытовые и производственные пожары. По сравнению с аналогичным периодом 2009 года число техногенных чрезвычайных ситуаций увеличилось на 759 случаев или на 10,4 %. Число пострадавших составило 1321 человек (на 1,7 % больше, чем за соответствующий период 2009 г.), из них 578 человек погибли (на 13,3 % больше, чем за аналогичный период 2009 г.).

      Число чрезвычайных ситуаций природного характера составило 1330 случаев или 14,2 % от общего числа ЧС. Это на 6 % больше, чем за этот же период 2009 года. При них пострадали 1283 (на 8,3 % меньше, чем за этот же период 2009 г.) человека, 339 человек (на 63,8 % больше, чем за этот же период 2009 г.) погибли, из которых 81,1 % погибли на воде.

      Увеличение количества безвозвратных потерь при чрезвычайных ситуациях диктует необходимость принятия мер по совершенствованию системы оказания экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

      **Цель:** снижение безвозвратных потерь среди пострадавших при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера.

      **Основные задачи**

      1. Совершенствование оказания экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера.

      2. Развитие службы оказания экстренной медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях на автотрассах.

      3. Максимальное приближение медицинской помощи к очагам массовых санитарных потерь при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера.

      4. Развитие системы оперативного прибытия специалистов медицины катастроф на место ЧС и эвакуации пострадавших из очага посредством специализированной авиации МЧС при разрушении наземной транспортной инфраструктуры и труднодоступности места происшествия.

      **Целевые индикаторы:**

      снижение числа погибших в результате ДТП на трассах в зоне оказания экстренной медико-спасательной помощи;

      сокращение времени прибытия и начала оказания экстренной медико-спасательной помощи до 30 минут с момента поступления сигнала о ДТП.

      **Пути достижения и соответствующие меры**

      Организация эффективной системы оказания экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях путем совершенствования материально-технического оснащения службы медицины катастроф, включая создание и оснащение профессиональных медицинских аварийно-спасательных формирований:

      создание 12 трассовых медико-спасательных пунктов (ТМСП) на трассе Алматы-Кокшетау и 28 ТМСП на казахстанском участке трассы "Западная Европа - Западный Китай";

      оснащение службы медицины катастроф аэромобильным госпиталем;

      оснащение службы медицины катастроф многопрофильным мобильным госпиталем;

      оснащение санитарными вертолетами и реанимобилями медицинских и спасательных структур службы ЧС.

      *Профилактика туберкулеза и ВИЧ/СПИД (УИС)*

      В уголовно-исполнительной системе страны противотуберкулезная помощь осужденным общего, строгого и особого режимов оказывается в 2 туберкулезных больницах и 5 специализированных противотуберкулезных учреждениях для содержания и амбулаторного лечения больных туберкулезом; в 20 следственных изоляторах, учреждениях для содержания несовершеннолетних, женщин и бывших сотрудников правоохранительных органов.

      Несмотря на стойкую тенденцию к улучшению ситуации по туберкулезу в уголовно-исполнительной системе, показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза осужденных остаются высокими.

      Так, показатель заболеваемости в 2009 г. составил 643,9 (в 2008 г. - 767,6) на 100 тыс. тюремного населения по республике. Темп снижения составил в сравнении с 2008 г. 16,1 %.

      Показатель смертности осужденных от туберкулеза в 2009 г. составил 107,7 на 100 тыс. тюремного населения и по сравнению с 2008 г. показатель смертности снизился на 7,1 % (в 2008 г. 115,9 на 100 тыс. населения).

      Нарастающим итогом в пенитенциарной системе выявлено 3981 ВИЧ-инфицированных, что в структуре регистрации всех случаев по республике составляет 29 %. В динамике по годам отмечается регистрация новых случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в местах лишения свободы. Так в 2009 году в пенитенциарных учреждениях республики зарегистрировано 502 новых случаев ВИЧ-инфекции (26 %) против 687 (29 %) - в 2008 году.

      **Цель:** снижение уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза и ВИЧ/СПИД в пенитенциарной системе.

      **Основные задачи**

      1. Совершенствование оказания медицинской помощи больным туберкулезом и ВИЧ/СПИД в учреждениях УИС.

      2. Повышение информированности контингента пенитенциарной системы по вопросам распространения туберкулеза и ВИЧ/СПИД.

      **Целевые индикаторы:**

      снижение заболеваемости туберкулезом среди осужденных в расчете на 100 тыс. тюремного населения в 2015 году до 758,3 (2008 год - 767,6);

      снижение общей смертности среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, в 2015 году - 3,28 на 1000 человек (2008 год - 3,46);

      к 2015 году уровень распространенности ВИЧ-инфицированных среди заключенных не должен превышать 5 %.

      **Пути достижения и соответствующие меры**

      С целью координации мероприятий по улучшению медицинского обеспечения подследственных и осужденных лиц планируется создание межведомственной рабочей группы высокого уровня с включением в его состав депутатов Парламента Республики Казахстан, первых руководителей заинтересованных министерств и ведомств (МЮ, МТСЗН, МЗ, МВД, Генеральная прокуратура, Акимы областей, городов Астаны, Алматы).

      Для улучшения оказания медицинской помощи больным туберкулезом и ВИЧ/СПИД в учреждениях УИС планируется:

      повышение уровня материально-технической оснащенности лечебно-профилактических учреждений УИС путем приобретения необходимого медицинского оборудования;

      проведение капитального ремонта противотуберкулезных учреждений пенитенциарной системы;

      разработка профессиональных стандартов для специалистов медицинского и немедицинского профиля, задействованных в медицинской службе УИС.

      Для информационно-разъяснительной работы среди лиц, находящихся в пенитенциарной системе, по вопросам распространения туберкулеза, ВИЧ/СПИД планируется:

      издание и распространение информационных материалов по предупреждению распространения туберкулеза и ВИЧ/СПИД;

      обеспечение информационно-методического сопровождения для специалистов медицинского и немедицинского профиля, задействованных в медицинской службе УИС;

      привлечение НПО с целью профилактики распространения социально-значимых заболеваний среди лиц, находящихся в пенитенциарной системе.

      Помимо этого планируется:

      реализация программ профилактики ВИЧ/СПИД в местах заключения и проведение программ социального сопровождения для лиц, освобождающихся из мест лишения свободы;

      разработка нормативных правовых актов, регулирующих механизмы поиска и продолжения лечения освобожденных из мест лишения свободы лиц, больных туберкулезом с незавершенным лечением;

      создание системы мониторинга и оценки наркологической ситуации в уголовно-исполнительной системе Республики Казахстан.

      *Профилактика особо опасных инфекций* (Конго-Крымская геморрагическая лихорадка)

      Ежегодно в республике регистрируется от 5 до нескольких десятков случаев заболевания населения Конго-Крымской геморрагической лихорадкой (далее - ККГЛ), при этом до 30 % заболеваний заканчиваются летальным исходом. В 2009 году зарегистрировано 26 случаев заболевания, за 6 месяцев 2010 года 12 случаев заболевания.

      Высокая заболеваемость связана с расширением ареала распространения переносчика заболевания, активизацией хозяйственной деятельности и снижением объемов и площадей проведения противоклещевых обработок на эндемичных территориях.

      Это диктует необходимость разработки комплекса мер по организации и проведению эффективных профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости Конго-Крымской геморрагической лихорадкой населения.

      **Цель:** снижение заболеваемости населения ККГЛ.

      **Основная задача:** планомерное и своевременное проведение комплекса противоклещевых мероприятий.

      **Целевой индикатор:**

      Уровень заболеваемости ККГЛ в 2015 г. до 0,2 на 100 тыс. населения.

      **Пути достижения и соответствующие меры**

      1. Проведение анализа заболеваемости ККГЛ и совершенствование комплекса профилактических мер, направленных на снижение заболеваемости населения.

      2. Создание безопасной для здоровья окружающей среды путем:

      проведения противоклещевой обработки поголовья скота эндемичных регионов;

      проведения противоклещевой обработки скотопомещений эндемичных регионов;

      создания санитарно-защитных зон вокруг неблагополучных по ККГЛ населенных пунктов.

      3. Разработка единой методологии проведения противоклещевой обработки на эндемичной по Конго-Крымской геморрагической лихорадке территории республики.

      4. Усиление санитарно-разъяснительной работы среди населения о путях заражения и мерах профилактики ККГЛ.

      **5.2. Усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний**

      В рамках программы планируется дальнейшее развитие перинатальной медицины, улучшения взаимодействия между акушерско-гинекологической и педиатрической службами, продолжение оснащения организаций родовспоможения и детства современной лечебно-диагностической аппаратурой, улучшение обеспечения лекарственными средствами, совершенствование системы подготовки кадров, активное внедрение неонатальных технологий.

      Так же будет разработан и внедрен комплекс Национальных скрининговых программ для целевых групп населения, основанных на их возрастных физиологических особенностях и рекомендациях ВОЗ, позволяющих обеспечить раннее выявление наследственных и приобретенных заболеваний, их своевременное лечение, остановить развитие тяжелых проявлений заболеваний, ведущих к осложнениям, инвалидизации и смертности.

      В рамках данной программы будут совершенствованы методы диагностики, лечения и реабилитации основных социально-значимых заболеваний и травм. В число основных социально-значимых заболеваний включены: сердечно-сосудистые заболевания, онкопатологии, туберкулез, ВИЧ, психиатрические болезни, эндокринные заболевания (диабет), а так же травмы (дорожные и производственные травмы, ожоги). Указанные заболевания были включены ввиду того, что они характеризуются:

      высокой и быстро увеличивающейся распространенностью, занимают первые места в структуре заболеваемости по обращаемости;

      существенной долей в структуре причин смерти и выхода на инвалидность;

      тяжестью течения (снижают качество жизни больных, ограничивают функциональную активность) и высокой вероятностью неблагоприятного исхода;

      значительным влиянием на Глобальный индекс конкурентоспособности.

      Так же, с учетом ожидаемой тенденции заметного повышения доли пожилых людей в общей численности населения будет усовершенствована геронтологическая и гериатрическая медицинская помощь.

      **Цель:** дальнейшее укрепление здоровья населения и снижение уровня основных социально значимых заболеваний и травм.

      **Основные задачи**

      1. Укрепление репродуктивного здоровья граждан и охраны здоровья матери и ребенка.

      2. Совершенствование подходов к профилактике заболеваний, в том числе инвалидности, развитие скрининговых исследований и стимулирование ЗОЖ.

      3. Совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально-значимых заболеваний и травм.

      4. Совершенствование медицинской помощи, оказываемой людям пожилого возраста (геронтологической и гериатрической помощи).

      **Пути достижения и соответствующие меры:**

      2.1. Укрепление репродуктивного здоровья граждан и охраны здоровья матери и ребенка предусматривающее:

      2.1.1 повышение доступности, качества, преемственности медицинской помощи, оказываемой на уровне ПМСП и специализированной помощи женщинам и детям организациями службы ОЗМиР в соответствии с международными стандартами ВОЗ:

      совершенствование скрининговых программ диагностики врожденных и наследственных заболеваний плода и новорожденного с использованием современных технологий;

      внедрение международных стандартов ВОЗ и протоколов диагностики и лечения по акушерству, неонаталогии и педиатрии (включая врожденные аномалии развития), разработанных на основе научной доказательной медицины;

      совершенствование антенатального ухода и наблюдения за детьми раннего возраста (включая детей с врожденными аномалиями развития) на уровне ПМСП в соответствии с международными стандартами ВОЗ для обеспечения здоровья и полноценного роста, развития и профилактики заболеваний;

      разработка и внедрение современных методик непрерывного повышения качества в деятельность организаций ОЗМиР;

      совершенствование механизмов мониторинга, оценки и преемственности медицинской помощи в организациях службы ОЗМиР;

      повышение профессионального уровня медицинских работников амбулаторно-поликлинических организаций и акушерских, детских стационаров в соответствии с внедряемыми эффективными технологиями ВОЗ;

      оснащение детских и родовспомогательных организаций современным медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения в соответствии с внедряемыми эффективными технологиями ВОЗ;

      повышение знаний населения по обеспечению оптимального ухода для роста и развития детей раннего возраста в семье;

      улучшение организации и оказания медицинской помощи детям школьного возраста, особенно в сельской местности;

      развитие подростковой службы, сочетающей медицинскую помощь с психологической поддержкой, конфиденциальностью и правовой консультацией подростков;

      совершенствование информационного обеспечения службы ОЗМиР;

      2.1.2. разработка и внедрение эффективных подходов по укреплению репродуктивного здоровья в соответствии с международными стандартами:

      создание эффективной системы оказания услуг по планированию семьи, в том числе предгравидарной (до беременности) подготовки женщин, безопасного материнства, безопасного полового поведения подростков и молодых людей, включающее разработку национального руководства по планированию семьи (на основе руководства ВОЗ) и обучение медицинского персонала ПМСП и всех уровней специализированной помощи навыкам консультирования по планированию семьи;

      разработка и внедрение эффективных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний репродуктивной системы на основе доказательной медицины, включая развитие андрологии (укрепление здоровья мужчин);

      совершенствование статистического учета тендерных показателей здоровья.

      2.2. Развитие системы профилактики заболеваний, в том числе инвалидности, скрининговых исследований и стимулирование к ведению ЗОЖ предполагает:

      2.2.1. разработку и внедрение стандартизированных, инновационных подходов к профилактическим осмотрам:

      разработка и внедрение комплекса Национальных скрининговых программ для целевых групп населения,

      разработка и внедрение механизмов стимулирования ЗОЖ на уровне первичной медико-санитарной помощи.

      2.2.2. обеспечение доступности и качества профилактических мероприятий:

      внедрение эффективных международных методик доврачебного (SCORE) и врачебного скрининга;

      разработка и внедрение протоколов и стандартов ведения профилактических осмотров согласно специфике целевых групп;

      оснащение амбулаторно-поликлинических организаций приборами для экспресс диагностики с обучением специалистов ПМСП вопросам профилактики и скрининга.

      2.2.3. внедрение международных стандартов и эффективных подходов к диспансерному наблюдению:

      разработка и внедрение протоколов и стандартов диспансерного наблюдения, основанных на доказательной медицине;

      совершенствование методик диспансерного наблюдения за больными с хроническими заболеваниями, в том числе за инвалидами.

      2.2.4. внедрение системы оценки эффективности профилактических мероприятий:

      разработка и внедрение системы целевых индикаторов оценки эффективности проводимых профилактических мероприятий;

      разработка и внедрение системы оценки эффективности затрат.

      2.3. Совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально-значимых заболеваний и травм.

      2.3.1. разработка и внедрение комплексных программ диагностики и лечения:

      внедрение международных стандартов, протоколов и методик диагностики и лечения основных социально значимых заболеваний, в том числе:

      1) сердечно-сосудистые болезни;

      2) травмы (дорожные и производственные травмы, ожоги);

      3) онкопатология;

      4) туберкулез;

      5) ВИЧ;

      6) психиатрические болезни, в том числе поведенческие

         расстройства (алкоголизм, наркомания);

      7) эндокринные болезни.

      поэтапное расширение перечня предоставляемых медицинских услуг в рамках ГОМБП;

      расширение перечня лекарственных средств, входящих в ГОМБП;

      разработка и внедрение целевых индикаторов, отражающих эффективность проводимых мероприятий по диагностике и лечению основных социально значимых заболеваний;

      внедрение стандартов и индикаторов специальной социальной работы в систему здравоохранения;

      совершенствование мониторинга пациентов с основными социально значимыми заболеваниями и координация деятельности государственных органов в ведении данного контингента больных, в том числе инвалидов;

      создание единой информационной базы данного контингента больных.

      2.3.2. совершенствование реабилитации основных социально значимых заболеваний:

      внедрение международных стандартов и методик реабилитации пациентов с основными социально значимыми заболеваниями (медицинская, социальная, психологическая реабилитация), в том числе инвалидов;

      разработка и внедрение целевых индикаторов, отражающих эффективность проводимых мероприятий по реабилитации больных.

      2.3.3. совершенствование паллиативной помощи больным:

      разработка стандартов и протоколов лечения больных, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу, в соответствии с международными требованиями;

      разработка и внедрение программы обучения по паллиативной помощи для врачей и среднего медицинского персонала по паллиативной помощи.

      2.4. Совершенствование медицинской помощи, оказываемой людям пожилого возраста (геронтологическая и гериатрическая помощь).

      2.4.1. комплексное решение медико-биологических, социальных, психологических аспектов пожилого возраста включающее:

      разработку и совершенствование нормативной правовой базы;

      разработку и совершенствование протоколов диагностики, лечения и реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста на основе доказательной медицины;

      разработку квалификационных стандартов, нормативов нагрузки на медицинский персонал, в том числе для социальных работников с учетом уровня организаций;

      разработку и внедрение системы оценки (индикаторов) эффективности геронтологической и гериатрической помощи.

      **5.3. Совершенствование санитарно-эпидемиологической службы**

      В рамках Программы планируется осуществление мероприятий по дальнейшему совершенствованию управления системой государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Будет продолжена работа по совершенствованию и дальнейшему внедрению системы прогнозирования, оценки и управления рисками в части оптимизации и сокращения проверок субъектов частного предпринимательства, гармонизации стандартов деятельности, а также нормативных правовых актов в области санитарно-эпидемиологического благополучия, в соответствии с современными международными требованиями и требованиями таможенного союза.

      Будут продолжены мероприятия по совершенствованию системы контроля за инфекционными заболеваниями, внедрению в деятельность организаций санитарно-эпидемиологической службы экспресс исследований по определению микробиологических показателей и химических веществ.

      Продолжится дальнейшее совершенствование национального календаря профилактических прививок населению, в который будет включена вакцинация детей от пневмококковой инфекции.

      В рамках Программы будет создана эффективная система лабораторного контроля за безопасностью продуктов питания, объектов окружающей среды, соответствующая международным стандартам. Для повышения качества диагностики инфекционных заболеваний, в том числе особо опасных, на базе существующих областных центров санитарно-эпидемиологической экспертизы будут организованы зональные вирусологические лаборатории и сеть специализированных лабораторий по диагностике Конго-Крымской геморрагической лихорадки, сибирской язвы, туляремии, бруцеллеза.

      Впервые в рамках программы в деятельность санитарно-эпидемиологической службы планируется внедрение инновационных проектов и методов.

      **Цель:** обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения в соответствии с международными стандартами.

      **Основные задачи**

      1. Совершенствование управления системой государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

      2. Повышение эффективности государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

      3. Развитие инновационной направленности санитарно-эпидемиологической службы.

      **Пути достижения и соответствующие меры**

      3.1. В рамках совершенствования управления системой государственного санитарно-эпидемиологического надзора предусматривается:

      3.1.1. проведение реорганизации органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы на транспорте, предусматривающую оптимизацию органов и организаций государственного санитарно-эпидемиологического надзора на транспорте;

      3.1.2. проведение реорганизации организаций санитарно-эпидемиологической службы на городском и районном уровне, предусматривающую оптимизацию организаций санитарно-эпидемиологической службы;

      3.1.3. продолжение работы по дальнейшему внедрению и развитию системы прогнозирования, оценки и управления рисками в части оптимизации и сокращения проверок субъектов частного предпринимательства;

      3.1.4. гармонизация стандартов деятельности, в области санитарно-эпидемиологического благополучия в соответствии с требованиями таможенного союза;

      3.1.5. приведение стандартов в соответствие с современными международными требованиями (санитарные правила, гигиенические нормативы, технические регламенты);

      3.1.6. совершенствование механизмов стандартизации службы (разработка, утверждение, мониторинг, внедрение, оценка эффективности).

      3.2. В целях повышения эффективности государственного санитарно-эпидемиологического надзора планируется:

      3.2.1. совершенствование системы контроля за инфекционными заболеваниями, которое предполагает:

      совместное внедрение в деятельность организаций здравоохранения международных стандартов системы инфекционного контроля;

      совершенствование алгоритмов проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий и алгоритмов расследования случаев (вспышек) инфекционных заболеваний и отравлений на основе международных стандартов;

      совершенствование календаря прививок (введение вакцинации детей от пневмококковой инфекции);

      3.2.2. организация на базе существующих областных центров санитарно-эпидемиологической экспертизы 5 зональных вирусологических лабораторий и сети специализированных лабораторий по диагностике Конго-Крымской геморрагической лихорадки, сибирской язвы, туляремии, бруцеллеза;

      3.2.3. совершенствование системы контроля за неинфекционными заболеваниями, включающее:

      формирование Государственного регистра профессиональных заболеваний населения;

      дальнейшее развитие профпатологической службы;

      внедрение системы контроля лучевых нагрузок пациентов при прохождении медицинских процедур.

      3.2.4. обеспечение безопасности продукции, предполагающее:

      внедрение международных стандартов контроля безопасности продукции в соответствии с международными требованиями;

      развитие лабораторной службы по контролю безопасности пищевой продукции, в том числе:

      создание специализированных лабораторий по контролю безопасности пищевой продукции, отвечающих требованиям ВТО;

      оснащение лаборатории при республиканской санитарно-эпидемиологической службе оборудованием по токсикологическому контролю за безопасностью реализуемых в стране табачных изделий;

      внедрение в деятельность организаций санитарно-эпидемиологической службы экспресс-исследований по определению микробиологических показателей и химических веществ.

      3.3. Для развития инновационной направленности санитарно-эпидемиологической службы планируется:

      3.3.1. расширение и модернизация производства медицинских иммунобиологических препаратов на базе организаций санитарно-эпидемиологической службы;

      3.3.2. развитие международного сотрудничества в сфере разработки и внедрения современных технологий санитарно-эпидемиологического нормирования и стандартизации;

      3.3.3. внедрение инновационных методов санитарно-эпидемиологической экспертизы предполагающее:

      разработку стандартов лабораторных исследований в соответствии с международными требованиями;

      проведение мероприятий по международной аккредитации лабораторий в области санитарно-эпидемиологической экспертизы;

      внедрение в деятельность лабораторий санитарно-эпидемиологической службы системы внешней оценки качества.

      **5.4. Совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения**

      **Цель:** создание эффективной и доступной системы оказания медицинской помощи.

      **Основные задачи**

      1. Формирование эффективной системы здравоохранения, основанной на приоритетном развитии социально ориентированной первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

      2. Совершенствование системы управления и менеджмента в здравоохранении.

      3. Совершенствование механизмов финансирования здравоохранения.

      4. Обеспечение высокого качества и доступности медицинской помощи.

      **Пути достижения и соответствующие меры**

      **4.1. Меры по формированию эффективной системы здравоохранения, основанной на приоритетном развитии социально ориентированной ПМСП, будут сконцентрированы на следующих направлениях:**

      **4.1.1. Совершенствование ПМСП:**

      Подъем здравоохранения на качественно новый уровень развития может быть достигнут только путем коренного изменения технологии оказания услуг, и, прежде всего, это касается услуг ПМСП. В целях повышения доступности, эффективности, качества и развития ПМСП планируется комплексное совершенствование, включая разработку и внедрение рациональных форм и методов оказания ПМСП на базе общеврачебной практики. Предусматривается развитие медико-социальной направленности путем внедрения института социальной работы.

      Для стимулирования профилактической направленности и расширения спектра оказываемых услуг, обеспечения рационального и эффективного использования средств, а также повышения мотивации медицинских работников ПМСП планируется внедрение частичного фондодержания и дополнительного компонента к тарифу ПМСП.

      Предполагается пересмотр организационной структуры поликлиники путем разделения ее на три подразделения, базирующихся на распределении функциональных обязанностей и схемах финансирования.

      Первое подразделение: Центр семейного здоровья, в состав которого будут входить кабинеты доврачебного приема, смотровой кабинет (акушерка), процедурный кабинет, прививочный кабинет, кабинет забора мокроты и химизатора, кабинет здорового ребенка, кабинеты профилактики и ЗОЖ, а также кабинеты участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики. Наряду с этим в данном подразделении предусматривается наличие социально-психологической службы, состоящей из социального работника и психолога, а также центров укрепления здоровья и молодежного центра здоровья. Финансирование первого подразделения планируется по тарифу и дополнительному компоненту к тарифу с учетом оценки результатов их деятельности.

      Второе подразделение: вспомогательно-диагностическое отделение, состоящее из регистратуры, информационного бюро, кабинета статистики и анализа, дневного стационара, кабинета функциональной диагностики, физиотерапевтических кабинетов, клинико-биохимической лаборатории, ультразвуковой диагностики, рентген- и флюорографического кабинета и кабинета эндоскопии. Финансирование - по количеству оказанных медицинских услуг.

      Третье подразделение: консультативно-диагностическое отделение, состоящее из профильных специалистов (хирург, окулист, ЛОР-врач и другие). Финансирование - по амбулаторно-поликлиническому тарификатору на медицинские услуги.

      Наряду с этим по мере готовности регионов в качестве пилотных проектов предполагается создание четырех самостоятельных центров семейного здоровья на базе действующих, как отдельных юридических лиц. Оснащение данных пилотных проектов планируется за счет средств республиканского бюджета, функционирование - по тарифу для ПМСП с дополнительным компонентом.

      В рамках дальнейшего развития (согласно действующей концепции "Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан") ЕНСЗ будет обеспечен равный доступ к медицинской помощи, а так же свободный выбор поликлиники и врача.

      Таким образом, для развития ПМСП в рамках Программы планируется:

      пересмотр нормативных документов в части четкого разграничения функций, полномочий и финансирования ПМСП и специализированной помощи;

      внедрение дополнительного компонента к тарифу с учетом оценки результатов их деятельности и модели частичного фондодержания, включая разработку нормативной базы по регулированию взаимоотношений между амбулаторно-поликлиническими организациями и другими поставщиками медицинских услуг и подготовку специально обученных кадров;

      совершенствование механизмов повышения мотивации медицинского персонала;

      делегирование части полномочий от врача к медицинским сестрам, с доведением соотношения врачей и среднего медицинского персонала до оптимального уровня;

      усиление роли и потенциала среднего медицинского персонала в соответствии с международными требованиями в целях создания позитивного профессионального имиджа и улучшения качества медицинских услуг;

      организация и внедрение института социальных работников в систему здравоохранения;

      увеличение количества врачей по специальности "Общая врачебная практика" от общего числа врачей ПМСП, в том числе за счет переподготовки;

      совершенствование протоколов и стандартов оказания ПМСП на основе принципов доказательной медицины;

      внедрение системы управления качеством медицинской помощи (CQI);

      укрепление материально-технической базы амбулаторно-поликлинических организаций, оказывающих ПМСП;

      совершенствование механизмов амбулаторного лекарственного обеспечения;

      подготовка врачей, медицинских сестер, психологов и социальных работников первичного звена в соответствии с международными стандартами обучения (формирование необходимых знаний, умений и навыков в области семейной медицины, социальной работы, психологии, доказательной медицины, эффективных методов профилактики заболеваний и работы с населением);

      совершенствование службы активного патронажа, в том числе оснащение необходимым инструментарием и оборудованием;

      разработка целевых индикаторов, отражающих эффективность ПМСП (доля здоровых лиц среди прикрепленного населения, удельный вес заболеваний, выявленных на ранних стадиях, уровень госпитализации, уровень обращений к узким специалистам, уровень обращаемости за скорой медицинской помощью);

      дальнейшее развитие и совершенствование системы оказания ПМСП на селе, включая:

      дальнейшее повышение мотивации медицинских работников села;

      укрепление материально-технической базы;

      формирование мобильных медицинских бригад для сельских труднодоступных регионов.

      *Совершенствование скорой медицинской помощи:*

      совершенствование деятельности диспетчерских служб скорой медицинской помощи;

      разработка и внедрение новых механизмов по снижению количества необоснованных вызовов и переадресации пациентов;

      пересмотр нормативов функционирования службы скорой медицинской помощи; введение института парамедиков;

      доукомплектование службы скорой медицинской помощи подготовленными медицинскими кадрами, в том числе парамедиками;

      оптимизация маршрутов доставки больных в стационар в зависимости от вида патологии, тяжести состояния больного;

      внедрение протоколов догоспитального ведения больных с разными видами патологий;

      укрепление материально-технической базы скорой помощи;

      внедрение системы рациональной сортировки пациентов (triage);

      внедрение системы управления качеством медицинской помощи (CQI);

      внедрение целевых показателей работы скорой медицинской помощи (время приезда на вызов, время транспортировки в стационар, догоспитальная летальность);

      развитие авиационной транспортировки больных, в том числе на дальние расстояния;

      развитие системы оказания экстренной медицинской помощи и спасательных работ при дорожно-транспортных происшествиях на автодорогах республиканского значения;

      координация действия персонала служб: скорой помощи и санитарной авиации, ЧС, полиции, дорожной полиции, пожарной службы и водителей транспортных средств по оказанию первой медицинской помощи.

      **4.1.2. развитие специализированной медицинской помощи:**

      совершенствование деятельности организаций, оказывающих консультативно-диагностическую и стационарную помощь, в том числе высокоспециализированную медицинскую помощь (далее - ВСМП):

      развитие многопрофильных больниц со специализированными отделениями, в том числе за счет реструктуризации больничного сектора;

      укрепление материально-технической базы медицинских организаций, оказывающих консультативно-диагностическую и стационарную помощь, в том числе ВСМП;

      разработка и внедрение клинических протоколов и стандартов медицинской помощи на основе доказательной медицины в деятельность организаций, оказывающих консультативно-диагностическую и стационарную помощь, в том числе ВСМП;

      развитие и внедрение новых видов высокотехнологичной помощи, в том числе при неотложных состояниях; передача и внедрение высоких технологий на местный уровень;

      внедрение системы управления качеством медицинской помощи (CQI);

      повышение эффективности работы (интенсификация) стационарной койки за счет внедрения стационарозамещающих технологий;

      совершенствование и расширение системы стационарозамещающих диагностических и лечебных технологий;

      четкое определение критериев к госпитализации пациентов с учетом принципов этапности и преемственности оказания медицинской помощи;

      создание и внедрение регистров стационарных больных;

      развитие оказания дистанционной консультативно-диагностической помощи посредством телемедицины;

      совершенствование системы целевых показателей качества работы организаций, оказывающих стационарную и консультативно-диагностическую помощь, в том числе ВСМП;

      укрепление партнерских взаимоотношений с зарубежными клиниками по диагностике и лечению пациентов.

      *Совершенствование системы поэтапного восстановительного лечения, медицинской реабилитации и паллиативной помощи:*

      создание сети организаций восстановительного лечения, медицинской реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода, в том числе за счет перепрофилизации части работающих стационаров и санаторно-курортных организаций;

      расширение сети дневных стационаров и стационаров на дому, оказывающих восстановительное лечение, медицинскую реабилитацию и паллиативную помощь;

      пересмотр штатных нормативов организаций поэтапного восстановительного лечения, медицинской реабилитации и паллиативной помощи;

      разработка программ обучения медицинского персонала по вопросам оказания паллиативной помощи;

      укомплектование организаций восстановительного лечения, медицинской реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода квалифицированными кадрами;

      внедрение высокотехнологичных реабилитационных технологий;

      разработка и внедрение в деятельность организаций восстановительного лечения, медицинской реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода протоколов ведения больных и стандартов оказания медицинской помощи;

      создание и внедрение регистров больных;

      внедрение системы управления качеством медицинской помощи (CQI);

      создание системы целевых показателей работы организаций восстановительного лечения, медицинской реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода, отражающих качество медицинской помощи.

      **4.1.3. развитие различных видов медицинской деятельности:**

      *Совершенствование судебно-медицинской экспертизы:*

      повышение качества проводимых судебно-медицинских экспертиз;

      повышение доступности, эффективности и преемственности судебно-медицинской экспертизы на всех этапах ее проведения;

      подготовка и переподготовка квалифицированных кадров;

      совершенствование материально-технической базы медицинской экспертизы;

      внедрение эффективной системы управления качеством судебно-медицинских услуг с созданием единой информационной системы;

      внедрение современных методов судебно-медицинской экспертизы (в том числе геномные и спектральные исследования) и международных стандартов судебной медицины;

      расширение прав и усиление ответственности судебно-медицинских работников, внедрение материальных стимулов;

      усиление межведомственного взаимодействия с органами прокуратуры, внутренних дел, обороны, ЧС и иными государственными органами;

      строительство зданий центра судебной медицины в г.Астане.

      *Совершенствование службы крови:*

      развитие системы управления качеством продуктов крови;

      открытие республиканской референс-лаборатории;

      развитие добровольного безвозмездного донорства крови и ее компонентов;

      развитие системы привлечения постоянных доноров;

      совершенствование материально-технического обеспечения;

      подготовка и переподготовка квалифицированных кадров;

      строительство завода по производству препаратов крови.

      *Совершенствование лабораторной службы:*

      оптимизация лабораторной службы путем ее централизации и развития экспресс-диагностики;

      развитие системы управления качеством лабораторных исследований;

      подготовка и переподготовка квалифицированных кадров;

      оснащение современным лабораторным оборудованием и реактивами;

      создание и внедрение системы целевых показателей деятельности лабораторной службы.

      **4.2. Совершенствование системы управления и менеджмента в отрасли здравоохранения**

      В целом, будет продолжена стратегия децентрализации исполнительных функций органов управления здравоохранением с поэтапной передачей их части государственным, негосударственным и общественным организациям с повышением автономии государственных поставщиков медицинских услуг. Одновременно будет обеспечена централизация некоторых функций: финансирования гарантированной государством медицинской помощи, обеспечения лекарственными средствами, контроля в сфере здравоохранения.

      Продолжится поэтапное внедрение института профессиональных менеджеров и транспарентных форм управления организациями здравоохранения, включая современные управленческие технологии.

      Так же большое внимание будет уделено современным и эффективным методикам использования ресурсов здравоохранения, включающим обязательное обучение служащих государственных органов управления здравоохранением по вопросам государственного управления, стратегического планирования, менеджмента и общественного здравоохранения.

      С целью создания системы оценки экономической эффективности отрасли будет проведено изучение и проведение анализа современного состояния системы здравоохранения на основе современных международных методологических подходов.

      Для повышения эффективности здравоохранения, разделения риска между государственными и частными инвесторами, внедрения современных технологий, соответствующих международным стандартам, на основе взаимообмена опытом, а также для сокращения нагрузки на государственный бюджет планируется привлечение частных компаний к управлению государственными и ведомственными медицинскими объектами и развитие частного сектора. Будет широко использовано государственно-частное партнерство, передача объектов, оборудования в аренду и доверительное управление частным компаниям. Будут устранены административные барьеры, поддержаны и стимулированы корпоративные медицинские организации и службы.

      Для повышения прозрачности деятельности государственных предприятий в сфере здравоохранения будет продолжено совершенствование нормативно правовой базы, предусматривающее внедрение элементов корпоративного управления. В целях совершенствования управления человеческого потенциала отрасли будет разработана Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения, начато системное привлечение специалистов с немедицинским образованием для оказания социально-психологической помощи населению.

      Для закрепления кадров, особенно в организациях здравоохранения, расположенных в сельских местностях, будет продолжена практика формирования целевых заказов местных исполнительных органов на подготовку специалистов здравоохранения, в том числе на основе соглашений путем привлечения частных инвестиций и спонсорских средств.

      Будет усовершенствована система оплаты труда медицинских работников. Но в связи с тем что, помимо материальных факторов, большую мотивационную роль играют уважение, самоуважение и признание особое внимание будет уделено поднятию социального статуса и престижа медицинских работников в обществе.

      Таким образом, в рамках Программы планируется следующее:

      **4.2.1. внедрение международных стандартов и принципов стратегического планирования, управления и бюджетирования:**

      внедрение системы прогнозирования, оценки и управления рисками;

      создание и внедрение информационной системы принятия управленческих решений;

      внедрение принципов корпоративного управления в медицинские организации, в том числе путем внедрения наблюдательных советов;

      внедрение методик экономического анализа деятельности системы здравоохранения (создание системы оценки эффективности отрасли);

      внедрение института менеджеров здравоохранения;

      переход на систему контроля, основанную на внедрении принципов непрерывного улучшения качества принятия управленческих решений (CQI -PDCA).

      **4.2.2. разработка и внедрение ресурсосберегающих технологий управления:**

      трансферт технологий в области больничного управления;

      оптимизация коечного фонда с дальнейшим перераспределением ресурсов для развития ПМСП;

      интенсификация работы стационарной койки за счет внедрения стационарозамещающих диагностических технологий на амбулаторно-поликлиническом уровне и организации поэтапного восстановительного лечения (патронажная служба, система долечивания и медицинской реабилитации);

      приведение основных показателей работы медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь (оборот койки, средняя продолжительность пребывания и другие), в соответствие с международными стандартами эффективности;

      совершенствование системы мониторинга медицинского оборудования в организациях здравоохранения, его технического состояния и эффективного использования, в том числе система учета использования дорогостоящего оборудования;

      внедрение системы управления поставками;

      пересмотр форм учетно-отчетной документации на соответствие полноты и актуальности информации с исключением дублирования отчетности;

      уменьшение бумажного документооборота в медицинских организациях за счет внедрения автоматизированной системы статистического учета и персонифицированного учета медицинских услуг;

      оптимизация системы ввода медицинской информации (сокращение времени на ввод первичных данных, внедрение шаблонов, обеспечение образовательных тренингов).

      **4.23. повышение эффективности деятельности организаций здравоохранения:**

      *Повышение автономности и самостоятельности организаций здравоохранения:*

      продолжение поэтапного перевода медицинских организаций в предприятия на праве хозяйственного ведения, в том числе поэтапное внедрение в организациях здравоохранения международных стандартов финансовой отчетности;

      предоставление государственным организациям здравоохранения большей самостоятельности в принятии управленческих решений;

      рациональное разграничение функций и полномочий между субъектами здравоохранения;

      разработка эффективного алгоритма взаимодействия организаций здравоохранения и социального обеспечения;

      обеспечение преемственности в ведении больного на всех этапах (этапность оказания медицинских услуг).

      *Стимулирование развития частного сектора:*

      планомерное совершенствование соответствующей нормативной и методологической базы для развития частного сектора в здравоохранении;

      устранение излишних административных барьеров;

      разработка и внедрение механизмов поддержки и развития социально ориентированных корпоративных медицинских сетей и организаций, заинтересованных в оказании ГОБМП, реализации государственных программ профилактики заболеваний и укрепления здорового образа жизни населения, в том числе принятие мер по привлечению частных поставщиков медицинских услуг к выполнению государственного заказа;

      поэтапная реализация программы государственно-частного партнерства в здравоохранении, включающую мероприятия по передаче основных средств (зданий, оборудования) в доверительное управление и долгосрочную аренду частным медицинским организациям.

      *Совершенствование кадровой политики в организациях здравоохранения:*

      разработка Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения, включающей планирование развития кадрового потенциала системы здравоохранения и механизмы повышения эффективности его использования;

      расширение практики формирования целевых заказов местных исполнительных органов на подготовку специалистов здравоохранения;

      обеспечение и создание нормативной базы по привлечению менеджеров с экономическим образованием в управление организациями здравоохранения и обучения их менеджменту в здравоохранении;

      совершенствование системы оплаты труда медицинских работников;

      повышение социального статуса и престижности профессии медицинских работников, в том числе массовые информационные кампании в поддержку и освещению профессиональной деятельности врачей;

      разработка республиканских и региональных программ профессионального развития врачей, включая развитие институтов профессиональной репутации и профессиональной конкуренции;

      повышение роли и поддержка профессиональных объединений медицинских работников (профессиональные НПО);

      разработка и внедрение механизмов по социальной защите медицинских работников, включающих составление социального пакета для медиков;

      разработка и внедрение системы профилактических мероприятий для медицинских работников при угрозе распространения карантинных и особо опасных инфекций.

      *Развитие информатизации в здравоохранении:*

      дальнейшее совершенствование единой информационной системы здравоохранения;

      реализация в ЕИСЗ клинических алгоритмов, протоколов и прочих стандартов;

      формирование регистров социально значимых заболеваний.

      **4.3. Совершенствование финансирования здравоохранения**

      В целях совершенствования финансирования будут увеличены расходы на здравоохранение с поэтапным сокращением разницы в расходах на ПМСП в рамках ГОБМП между регионами. Для стимулирования улучшения качества и увеличения объема медицинских услуг в организации ПМСП будут внедрены тариф с дополнительным компонентом и частичное фондодержание.

      Совершенствование ГОБМП будет осуществляться путем его конкретизации и оптимизации (на основе объективных критериев) и перераспределения финансирования между уровнями оказания медицинской помощи в сторону расширения объемов ПМСП и оптимизации объемов специализированной помощи. Так же планируется поэтапное расширение перечня предоставляемых медицинских услуг и лекарственных средств в рамках ГОМБП.

      Дальнейшее совершенствование медико-экономических тарифов предусматривает включение расходов на приобретение медицинского оборудования, что позволит производить оплату за фактически понесенные затраты, повысить эффективность использования основных средств и прозрачность процесса оказания медицинских услуг.

      В целях повышения ответственности граждан за свое здоровье и снижения объемов незаконных платежей и вознаграждений за услуги, входящие в ГОБМП планируется разработка и внедрение (в 2015 году) механизмов сооплаты стоимости некоторых видов медицинских услуг (входящих в ГОБМП).

      Большое значение будет уделяться целенаправленному инвестированию: в реконструкцию объектов здравоохранения, расположенных в аварийных и приспособленных помещениях, особенно на селе. Так же, в целях развития инфраструктуры здравоохранения в рамках дальнейшей реализации совместного с Всемирным Банком проекта "Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан" будет усовершенствована инвестиционная политика, разработаны национальные стандарты, регламентирующие инфраструктуры здравоохранения, в первую очередь, в сельской местности.

      Совершенствование финансирования будет реализовываться по следующим направлениям:

      **4.3.1. Совершенствование тарифной политики и механизмов финансирования:**

      дальнейшее совершенствование медико-экономических тарифов на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП с учетом включения в тариф расходов на приобретение медицинского оборудования;

      внедрение частичного фондодержания и дополнительного компонента к тарифу ПМСП;

      разработка механизмов перераспределения финансовых потоков в сторону сокращения расходов на стационарную помощь и увеличения расходов на службу ПМСП и профилактику заболеваний;

      усовершенствование системы мер по обеспечению прозрачности использования медицинскими организациями средств, выделяемых из государственного бюджета на оказание ГОБМП;

      обеспечение строгого подхода к сбору, каталогизированию и оценке потоков денежных средств;

      совершенствование системы учета средств, получаемых медицинскими организациями за счет различных источников, в том числе за оказание медицинских услуг на платной основе;

      совершенствование дифференцированной системы оплаты труда медицинских работников, ориентированной на конечный результат.

      **4.3.2. повышение солидарной ответственности граждан и дальнейшее развитие медицинского страхования:**

      разработка и внедрение механизмов сооплаты наряду с существующей системой ГОБМП;

      внедрение медицинского страхования иностранных граждан;

      развитие добровольного медицинского страхования на получение услуг сверх ГОБМП.

      **4.3.3. совершенствование инвестиционной политики здравоохранения:**

      разработка научно-обоснованной системы планирования инвестиций направленной в первую очередь в регионы, испытывающих недостаток мощностей амбулаторной службы, для реализации принципа выравнивания и укрепления материально-технической базы;

      внедрение системы мониторинга и оценки эффективности вклада в здравоохранение по приоритетным направлениям отрасли;

      разработка и внедрение механизмов привлечения инвестиций в здравоохранение:

      1) развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении;

      2) разработка и внедрение системы использования лизинговых схем поставок медицинской техники в порядке, определенном законодательством;

      3) привлечение иностранных инвестиций в здравоохранение.

      **4.4. Безопасность и качество медицинских услуг:**

      Для обеспечения качества и безопасности медицинской помощи будут внедрены современные технологии организации и оказания диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, эффективность и безопасность которых (при конкретных заболеваниях или патологических состояниях) подтверждена в соответствии с принципами доказательной медицины. Будет усовершенствована система управления качеством на уровне медицинской организации (внутренний аудит) и продолжена работа по повышению качества клинической практики и внедрению системы оценки медицинских технологий (на основе стандартизации, внедрения принципов доказательной медицины), развитию сервиса и пациент-ориентированных технологий. Будет усовершенствован внешний аудит качества медицинской помощи. Логическим продолжением внедрения современных технологий управления качеством будет продолжение аккредитации субъектов здравоохранения. Аккредитация медицинских организаций будет осуществляться на основе национальных стандартов, а в дальнейшем - на основе международных стандартов.

      Кроме того, будут усовершенствованы нормативно-правовые акты, обеспечивающие соблюдение международных и национальных стандартов качества медицинской помощи и регламентирующие права пациентов и медицинских работников.

      **4.4.1. совершенствование механизмов управления качеством и безопасностью медицинских услуг:**

      разработка и внедрение национальных стандартов здравоохранения;

      внедрение внутрибольничной системы управления качеством медицинских услуг, основанной на принципах непрерывного улучшения качества (CQI);

      совершенствование клинических руководств, протоколов диагностики и лечения, внедрение системы мониторинга эффективности их применения;

      развитие национальной аккредитации медицинских организаций, основанной на международных принципах;

      разработка и внедрение системы информирования населения об эффективности деятельности организаций здравоохранения;

      повышение потенциала и поощрение участия пациентов и сообщества в целом в процессе улучшения качества услуг здравоохранения;

      разработка системы рейтинговой оценки деятельности организаций здравоохранения на основе результатов внешнего и внутреннего аудита, с учетом отзывов пациентов;

      совершенствование системы подготовки независимых аккредитованных экспертов.

      **4.4.2. развитие института защиты прав пациентов, медицинской этики и деонтологии:**

      внедрение международных этических принципов и создание этических комитетов на всех уровнях;

      совершенствование нормативной правовой базы, регламентирующей права и обязанности пациентов и медицинских работников;

      создание и внедрение системы персонификации (определения) врачебных ошибок с их классификатором и уровнем тяжести нанесения ущерба здоровью пациентов;

      повысить доступ к информации регламентирующей права пациентов;

      информирование населения об эффективных методах лечения, профилактики различных заболеваний и возможностях, предоставляемых отечественной медициной, включая перечень услуг в рамках ГОБМП.

      **5.5. Совершенствование медицинского, фармацевтического образования, развитие и внедрение инновационных технологий в медицине**

      В рамках Программы планируется совершенствование системы додипломного, последипломного образования и непрерывного профессионального развития кадров здравоохранения, а также дальнейшее развитие науки и внедрение инновационных технологий в здравоохранении. Подготовка врачей в Медицинской школе на базе Нового университета будет проводиться по американской модели медицинского образования. В сравнении с казахстанской системой подготовки кадров, в рамках данной модели предусмотрено наличие обязательной допрофессиональной подготовки Premed, специальная процедура отбора для поступления в Медицинскую школу, а также сдача независимого экзамена для получения итоговой аттестации

      **Цель:** создание конкурентоспособного кадрового потенциала здравоохранения и развитие инновационных технологий.

      **Основные задачи**

      1. Совершенствование системы додипломного, последипломного образования и непрерывного профессионального развития кадров здравоохранения.

      2. Дальнейшее развитие науки и внедрение инновационных технологий в здравоохранении.

      **Пути достижения и соответствующие меры**

      **5.1. В рамках совершенствования системы додипломного, последипломного образования и непрерывного профессионального развития кадров здравоохранения планируется:**

      **5.1.1. внедрение новых принципов управления и финансирования системы подготовки кадров здравоохранения:**

      совершенствование системы организации и финансирования подготовки, переподготовки и повышения квалификации кадров здравоохранения на основе региональной потребности;

      внедрение института независимой оценки знаний и навыков выпускников медицинских вузов, колледжей и практикующих работников здравоохранения.

      **5.1.2. модернизация материально-технической базы:**

      строительство студенческих общежитий;

      дооснащение учебно-клинических центров и лабораторий медицинских ВУЗов современным оборудованием в соответствии с международными стандартами.

      **5.1.3. совершенствование системы медицинского и фармацевтического образования:**

      разработка и реализация Концепции развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011 - 2015 годы;

      внедрение инновационной системы подготовки врачей на базе Нового университета в соответствии с передовыми международными стандартами;

      аккредитация медицинских ВУЗов зарубежными аккредитационными органами;

      совершенствование образовательных программ медицинского образования с учетом лучшего зарубежного опыта;

      внедрение инновационных образовательных технологий, повышение потенциала ППС, привлечение лучшего зарубежного опыта;

      совершенствование системы непрерывного профессионального образования и развития медицинских работников.

      **5.2. Дальнейшее развитие науки и внедрение инновационных технологий в здравоохранении предполагает:**

      **5.2.1. внедрение новых принципов управления и финансирования медицинской науки:**

      развитие мультицентровых исследований, в том числе с ведущими мировыми научными центрами;

      развитие грантовой системы финансирования прикладных научных исследований в области здравоохранения;

      внедрение международных индикаторов оценки результатов научных исследований в области здравоохранения.

      **5.2.2. модернизация инфраструктуры медицинской науки:**

      создание научно-исследовательского комплекса "Центр наук о жизни" в городе Астана с центрами регенеративной медицины, молекулярной биологии и клеточных технологий;

      создание 2 научных центров коллективного пользования, оснащенных оборудованием, соответствующим лучшим мировым стандартам;

      повышение уровня и качества вузовской науки;

      подготовка высококвалифицированных научных кадров в области здравоохранения, в том числе совершенствование программ подготовки научно-педагогических кадров в рамках магистратуры и докторантуры PhD;

      организация стажировок молодых и перспективных ученых за рубежом и с приглашением всемирно признанных ученых.

      **5.6. Повышение доступности и качества лекарственных средств для населения**

      В целях повышения доступности и качества лекарственных средств будет проведено реформирование амбулаторного лекарственного обеспечения населения путем предоставления пациентам права выбора аптеки и лекарственного средства.

      Данный механизм позволит улучшить физическую доступность лекарственных средств населению путем привлечения большего количества субъектов фармацевтического рынка, в том числе и субъектов малого предпринимательства к амбулаторному лекарственному обеспечению.

      Планируемые мероприятия обеспечат равный доступ к качественным лекарственным средствам всему населению, позволят рационально использовать финансовые ресурсы, снизят ежегодный рост цен на лекарственные средства, расширят объем и перечень лекарственных средств, закупаемых в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, создадут условия для развития отечественной фармацевтической промышленности.

      **Цель:** обеспечение населения качественными лекарствами и достижение 50-% уровня удовлетворения потребности страны лекарственными препаратами отечественного производства.

      **Основные задачи**

      1. Совершенствование системы обеспечения населения качественными лекарственными средствами.

      2. Формирование системы оснащения организаций здравоохранения современной медицинской техникой и их сервисного обслуживания.

      3. Совершенствование системы контроля качества в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

      4. Содействие развитию производства отечественных лекарств изделий медицинского назначения и медицинской техники.

      **Пути достижения**

      **5.6.1. Совершенствование системы обеспечения населения качественными лекарственными средствами предполагает:**

      5.6.1.1. совершенствование системы амбулаторного лекарственного обеспечения и предоставление пациентам права выбора аптеки и лекарственных средств, путем увеличения числа аптечных организаций осуществляющих отпуск лекарственных средств в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по утвержденным ценам;

      5.6.1.2. внедрение принципов рациональной фармакотерапии (рациональное назначение и использование лекарственных средств) путем развития формулярной системы, обеспечение объективной и достоверной информацией пациентов и медицинских работников через национальный информационный лекарственный центр;

      5.6.1.3. совершенствование системы лекарственного обеспечения на селе, в том числе дальнейшее обеспечение физической доступности лекарственной помощи жителям села (не имеющих аптечные организации) через организации ПМСП и передвижные аптечные пункты;

      5.6.1.4. совершенствование системы Единой дистрибуции лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

      **5.6.2. В целях формирования системы оснащения организаций здравоохранения современной медицинской техникой и их сервисного обслуживания, планируется:**

      5.6.2.1. разработка и внедрение системы использования лизинговых схем поставок медицинской техники в порядке, определенном законодательством;

      5.6.2.2. внедрение системы контрактов постгарантийного сервисного обслуживания медицинской техники, в том числе дорогостоящего оборудования.

      **5.63. Для совершенствования системы контроля качества в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники планируется:**

      5.6.3.1. гармонизация нормативных правовых актов в сфере обращения лекарственных, изделий медицинского назначения и медицинской техники взаимное признание разрешительных документов, создание интегрированной системы инспектирования и контроля качества лекарственных средств в рамках Таможенного союза;

      5.6.3.2. совершенствование системы государственного контроля за качеством лекарственных средств, путем:

      совершенствования материально-технического обеспечения лабораторий РГП "Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники" (в том числе территориальных) современной лабораторной технологией и обучение персонала;

      разработку положения об аккредитации и системы аккредитации лабораторий на соответствие международным стандартам;

      проведение подготовительных мероприятий для вступления в Европейскую сеть официальных лабораторий по контролю качества лекарственных средств Европейской фармакопеи (OMCL);

      обучение специалистов государственного и экспертного органа для вступления в международную систему сотрудничества фармацевтических инспекций (PIC/S);

      проведение мероприятий по противодействию производства и распространения контрафактной и фальсифицированной продукции;

      обеспечение территориальных подразделений государственного органа по контролю качества медицинской и фармацевтической деятельности экспресс-оборудованием для выявления фальсифицированных лекарственных средств.

      **5.6.4. Содействие развитию производства отечественных лекарств, изделий медицинского назначения и медицинской техники путем:**

      поддержки создания новых производств, соответствующих международным стандартам;

      формирования долгосрочных заказов отечественным производителям на производство лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, в рамках гарантированного объема медицинской техники.

 **6. ЭТАПЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ**

      Реализация Программы будет осуществляться в два этапа.

      На первом этапе (2011 - 2012 годы) предполагается решение следующих задач:

      выработка единой национальной стратегии межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья;

      разработка и внедрение комплекса Национальных скрининговых программ для целевых групп населения;

      разработка системы целевых индикаторов оценки проводимых в рамках Программы мероприятий;

      совершенствование нормативной правовой базы системы здравоохранения, в том числе ее гармонизация в соответствии с требованиями Таможенного союза и ВТО;

      совершенствование управления системой государственного санитарно-эпидемиологического надзора;

      разработка методики внедрения института социальных работников в систему здравоохранения;

      разработка системы управления качеством медицинской помощи;

      дальнейшее совершенствование ЕИСЗ;

      разработка механизмов привлечения инвестиций в здравоохранение;

      внедрение новых принципов управления и финансирования медицинской науки;

      совершенствование Единой дистрибуции лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

      совершенствования системы контроля качества в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

      На втором этапе (2013 - 2015 годы) предполагается решение следующих задач:

      внедрение разработанных в течение первого этапа Программы стратегий и методик;

      внедрение международных стандартов, протоколов и методик диагностики и лечения основных социально значимых заболеваний и травм;

      реализация эффективного межведомственного и межсекторального взаимодействия государственных органов, общества, работодателей и граждан по снижению факторов риска для жизни и здоровья;

      внедрение солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за охрану и укрепление индивидуального и общественного здоровья;

      повышение эффективности государственного санитарно-эпидемиологического надзора и приведение стандартов в соответствие с современными международными требованиями (санитарные правила, гигиенические нормативы, технические регламенты);

      расширение перечня предоставляемых медицинских услуг и лекарственных средств в рамках ГОМБП;

      создание социальной ориентированной модели ПМСП;

      внедрение системы управления и финансирования здравоохранения, ориентированной на качество медицинских услуг;

      внедрение новых принципов управления и финансирования системы подготовки кадров здравоохранения;

      модернизация инфраструктуры медицинской науки;

      повышение мотивации и социального статуса медицинских работников;

      повышение доступности и качества лекарственных средств;

      формирование системы оснащения организаций здравоохранения передовой медицинской техникой и сервисного их обслуживания;

      развитие производства отечественных лекарств изделий медицинского назначения и медицинской техники путем создания новых производств, соответствующих международным стандартам.

 **7. НЕОБХОДИМЫЕ РЕСУРСЫ**

      На реализацию Программы в 2011 - 2015 годах будут направлены средства республиканского и местных бюджетов, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.

      Общие затраты из государственного бюджета на реализацию Программы составят 430 714,3 млн. тенге, в том числе из средств республиканского бюджета (включая целевые трансферты местным бюджетам) 427 968,3 млн.тенге, из средств местного бюджета 2 746,0 млн.тенге.

      Объем финансирования Программы на 2011 - 2015 годы будет уточняться при утверждении республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

 © 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан