



## **О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы**

Указ Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года N 1438

В соответствии с подпунктом 8) статьи 44 Конституции Республики Казахстан, в целях создания эффективной системы оказания медицинской помощи, улучшения основных показателей здоровья населения Республики Казахстан постановляю:

1. Утвердить прилагаемую Государственную программу реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 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. Контроль и координацию обеспечения выполнения Программы возложить на Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

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

6. Настоящий Указ вступает в силу со дня подписания.

*П р е з и д е н т*

*Республики Казахстан*

*У т в е р ж д е н а  
Указом Президента  
Республики Казахстан*

от 13 сентября 2004 года N 1438

## **Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы**

### **1. Паспорт Программы**

Наименование	Государственная программа реформирования и программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы		
Основание для	Послание Президента народу Казахстана от 19 марта 2004 года "К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации"		
Разработчик	Министерство здравоохранения Республики Казахстан		
Цель	Создание эффективной системы оказания медицинской помощи, основанной на принципах солидарной ответственности за охрану здоровья между государством и человеком, приоритетном развитии первичной медико-санитарной помощи, направленной на улучшение здоровья населения		
Задачи	<p>Разделение ответственности за охрану здоровья между государством и человеком;</p> <p>переход на международные принципы организации оказания медицинской помощи с переносом центра тяжести на первичную медико-санитарную помощь (далее - ПМСП);</p> <p>создание новой модели управления здравоохранением и единой информационной системы отрасли;</p> <p>укрепление здоровья матери и ребенка, улучшение медико-демографической ситуации;</p> <p>ежегодное снижение уровня социально значимых заболеваний;</p> <p>реформирование медицинского образования</p>		
Сроки реализации	2005-2010	годы	
	первый этап:	2005-2007	годы
	второй этап:	2008-2010	годы
Необходимые ресурсы и источники финансирования	<p>На реализацию Программы в 2005-2007 годы будут направлены средства республиканского и местных бюджетов, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.</p> <p>Общие затраты из государственного бюджета на реализацию Программы составят 165 658,5 млн.</p>		

тенге, в том числе из средств республиканского бюджета 134 609,9 млн. тенге, из средств местных бюджетов 31 048,6 млн. тенге.

	По годам ский бюджет	Всего бюджет	Республикан-	Местный
2005 г.		42877,8	32766,2	10111,6
2006 г.		65330,5	54974,5	10356 0
2007 г.	57450,2	46869,2	10581,0	

В 2008-2010 годы предполагается ежегодное увеличение объема финансирования отрасли с доведением его до 4% к ВВП в 2010 году

Ожидаемые  
результаты

В результате реализации Программы: будет создана оптимальная модель здравоохранения, удовлетворяющая потребности населения, отрасли и государства; существенно повысится уровень обеспеченности населения услугами здравоохранения, будут внедрены стимулы для охраны человеком собственного здоровья; будет обеспечен равный доступ граждан к медицинской помощи и реализован принцип солидарной ответственности государства и граждан за охрану здоровья; увеличится объем профилактических, оздоровительных мероприятий, повысится эффективность и качество диспансеризации больных, снизится уровень временной и стойкой утраты трудоспособности за счет расширения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на уровне ПМСП; будут устранены диспропорции в оказании медицинской помощи на основе перераспределения части объемов из стационарного сектора в амбулаторный, эффективного использования стационарозамещающих технологий; будет внедрена эффективная система управления качеством медицинских услуг; повысится доступность, эффективность и преемственность медицинской помощи на всех

этапах ее оказания ;  
будут усовершенствована система финансирования,  
устранен дефицит финансирования гарантированного  
объема бесплатной медицинской помощи, внедрены  
механизмы взаиморасчетов между субъектами  
о т р а с л и ;  
повысится эффективность использования средств  
государственного бюджета и населения на  
здравоохранение, при этом существенно снизится  
уровень неформальных платежей ;  
будет создана единая информационная система  
з д р а в о о х р а н е н и я ;  
повысится индекс здоровья женщин репродуктивного  
возраста и детей, стабильно снизятся показатели  
материнской и младенческой смертности ;  
стабилизируется ситуация по социально значимым  
заболеваниям, снизится уровень инфекционных и  
неинфекционных заболеваний ;  
повысится эффективность государственного  
регулирования в сфере обращения лекарственных  
с р е д с т в ;  
увеличится объем производства отечественной  
конкурентоспособной фармацевтической и  
медицинской продукции ;  
будут внедрены современные методы диагностики и  
международные стандарты лечения ;  
будет проведена гармонизация документов  
государственной системы  
санитарно-эпидемиологического нормирования с  
международными стандартами ;  
будет решена проблема кадровой обеспеченности  
отрасли к 2010 году путем реформирования всей  
уровней медицинского образования за счет  
внедрения механизмов закрепления кадров,  
увеличения приема в медицинские высшие учебные  
заведения (далее - вузы) и колледжи по  
государственному заказу ;  
будут расширены права и усилена ответственность

врача и медицинского работника, поднят их социальный статус и престиж в обществе

## 2. Введение

Состояние здоровья населения является интегральным показателем социальной ориентированности общества, социальных гарантий, характеризующих степень ответственности государства перед своими гражданами.

Казахстан, испытав в период становления государственности значительный экономический спад, провел серьезную оптимизацию в социальной сфере, в том числе и в системе здравоохранения, где созданная в советское время громоздкая сеть медицинских организаций была в основном ориентирована на количественные показатели работы.

В последние годы страна добилась значительного экономического роста, в результате чего было существенно увеличено финансирование отрасли здравоохранения (в два раза за последние три года), а также созданы перспективы ее дальнейшего развития. Будучи социально ориентированным, государство и дальше намерено уделять серьезное внимание развитию отрасли.

Несмотря на то, что по данным Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ) здоровье граждан только на 8-10% зависит от работы системы здравоохранения, усилия государства по сохранению общественного здоровья должны возрасти по мере экономического и социального прогресса.

В этой связи важно привлечь к охране здоровья самих граждан, работодателей и усилить межсекторальную координацию проводимых в сфере здравоохранения мероприятий.

Основные программные документы, по которым сегодня развивается отрасль, были адекватны требованиям на момент их разработки, однако в настоящее время они отстают от темпов перемен как в экономике, так и в других секторах. Отдельные мероприятия, обозначенные в этих документах, не были ориентированы на конечный результат, а структурные преобразования, в том числе изменения системы финансирования, не всегда носили последовательный характер. Сегодня нельзя утверждать, что состояние системы здравоохранения удовлетворяет в полной мере общество, государство и саму отрасль.

Накопившиеся проблемы требуют радикального пересмотра подходов к управлению отраслью здравоохранения. В Послании Главы государства на 2005 год указано, что в отрасли необходимо произвести серьезные изменения в части совершенствования систем управления, финансирования здравоохранения, организации предоставления медицинской помощи, нормативной базы системы здравоохранения, статистики и информатизации отрасли, оптимизации отчетности, а

также эффективности использования финансовых ресурсов и обязательной децентрализации закупок.

В качестве первоочередных задач обозначены:  
реальный перенос центра тяжести на ПМСП, перенос акцента со стационарного на амбулаторное лечение;  
системный переход на международные стандарты, новые технологии, современные методики лечения и медицинского обслуживания;  
укрепление здоровья матери и ребенка;  
создание системы независимой экспертизы с привлечением независимых экспертов;

подготовка менеджеров систем здравоохранения, управления ресурсами и финансирования отрасли;

профилактика, диагностика и лечение социально значимых заболеваний;  
укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения.

В целях реализации Стратегии развития Республики Казахстан на период до 2030 года, Послания Президента народу Казахстана от 19 марта 2004 года "К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации" разработана настоящая Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы (далее - Программа).

В Программе определена совокупность необходимых экономических, социальных, организационных и других мер, направленных на развитие доступной, качественной, социально ориентированной и экономически эффективной системы здравоохранения в Республике Казахстан.

### **3. Анализ современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения**

Состояние здоровья населения Республики Казахстан, санитарно-эпидемиологическая ситуация и развитие отрасли здравоохранения в последнее десятилетие характеризовались как позитивными, так и негативными показателями.

В последние годы удалось стабилизировать основные медико-демографические показатели - рождаемость, смертность и среднюю продолжительность предстоящей жизни. Снижена инфекционная заболеваемость. В отрасли здравоохранения был предпринят ряд реформ, часть из которых успешно реализована, а другие не достигли своего логического завершения. К последним можно отнести создание системы обязательного медицинского страхования, попытку перехода к модели семейной медицины. Среди положительных моментов можно отметить создание нормативной правовой базы отрасли, существенное увеличение финансирования здравоохранения,

что позволило осуществить строительство ряда современных клиник, произвести капитальный ремонт и улучшить материально-техническое оснащение медицинских организаций, внедрить новые медицинские технологии в лечебно-диагностический процесс. В результате улучшения качества медицинской помощи и повышения ее доступности были достигнуты положительные тенденции в состоянии здоровья населения, касающиеся ряда инфекционных и других заболеваний. Однако большая часть параметров состояния здоровья населения республики остается неудовлетворительной.

### **Медико-демографическая ситуация и заболеваемость**

В Казахстане за последние годы произошли определенные медико-демографические изменения. Численность населения в республике в 2003 году увеличилась по сравнению с 1999 годом на 49,6 тыс. человек и на начало 2004 года составила 14 951,2 тыс. человек.

Показатель рождаемости в 2003 году составил 17,2 на 1000 человек населения и в сравнении с 1999 годом увеличился в 1,2 раза. Тенденция к росту рождаемости отмечается в республике начиная с 1999 года.

За последние 5 лет естественный прирост населения увеличился в 1,6 раза, составив в 2003 году 6,7 на 1000 человек населения. С 1999 года наблюдается незначительный рост коэффициента смертности населения, который составил в 2003 году 10,5 на 1000 человек населения против 9,7 в 1999 году. За последние 5 лет у мужчин и женщин наибольший возрастной коэффициент смертности приходится на возраст 70 лет и старше, в 2002 году он составлял 104,51 и 79,98 соответственно на 1000 человек соответствующей возрастной группы. В структуре смертности населения ведущее место занимают сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, травматизм. Одним из факторов, искажающих показатели структуры смертности, является отсутствие эффективной системы экспертизы ее причин.

Средняя продолжительность предполагаемой жизни населения республики в течение последних 5 лет стабилизировалась и на конец 2003 года составила 65,9 лет: 60,5 лет у мужчин и 71,5 - у женщин.

Показатель общей заболеваемости населения Республики Казахстан в 2003 году в динамике возрос и составил 56413,9 на 100 тыс. человек населения против 47972,8 в 1999 году.

В структуре заболеваемости на 100 тыс. человек населения первое место занимают болезни органов дыхания (22160,6), второе - травмы и отравления (4003,7), третье - болезни мочеполовой системы (3948,6), четвертое - болезни кожи и подкожной клетчатки (3847,0), далее следуют болезни органов пищеварения (3688,7), глаза и его придаточного аппарата (2748,2), инфекционные и паразитарные заболевания (2482,1). Среди социально значимых заболеваний в 2003 году первое место занимали наркологические расстройства (424,7 на 100 тыс. человек населения), которые в 4 и

более раза превышали показатели других заболеваний.

Показатель младенческой смертности в республике имеет тенденцию к снижению, но остается в целом достаточно высоким по сравнению со странами Европы и составляет 15,3 на 1000 живорожденных в 2003 году. При этом необходимо отметить, что данный показатель рассчитан без учета рекомендаций ВОЗ.

Отмечается снижение показателя материнской смертности с 65,3 в 1999 году до 42,1 на 100 тыс. живорожденных в 2003 году. Одной из основных причин материнской смертности в республике является низкий индекс здоровья женщин, который составляет 20 - 30 % .

Вызывает настороженность состояние здоровья детского населения. Проведение массовых профилактических осмотров детей показало, что каждый второй ребенок болен, и это требует организации профилактической работы, адекватных оздоровительных и реабилитационных мероприятий, в первую очередь на амбулаторно-поликлиническом уровне. В соответствии с рекомендациями ВОЗ большинство заболеваний у детей до 5-летнего возраста можно эффективно лечить в амбулаторных условиях, в то время как в Казахстане более 60% детей такого возраста поступают на стационарное лечение. Одной из причин госпитализации детей является низкая экономическая доступность лекарственных средств на амбулаторном уровне.

Остаются высокими показатели социально значимых заболеваний. Серьезными проблемами являются психические и наркологические расстройства, сахарный диабет, бронхолегочная, сердечно-сосудистая патология, туберкулез, инфекции, передаваемые преимущественно половым путем (далее - ИПППП), злокачественные новообразования . К сожалению, здравоохранение сегодня больше направлено на меры лечебного характера, нежели профилактику заболеваний, а само население в недостаточной степени ориентировано на охрану своего здоровья. Об этом, в частности, свидетельствуют рост выявления опухолевых заболеваний в запущенной форме, а также высокий показатель смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний. По данным ВОЗ, по показателю заболеваемости туберкулезом Казахстан занимает первые позиции среди стран СНГ: 141,0 на 100 тыс. человек населения в 1999 году и 160,4 в 2003 году .

В связи с пандемией ВИЧ/СПИДа нарастает его распространение в Казахстане, в том числе в системе пенитенциарных учреждений. В связи с этим в республике принята и реализуется Программа противодействия эпидемии СПИДа на 2001-2005 годы. Однако принимаемые меры позволили пока лишь замедлить темпы эпидемии.

В целом причинами неудовлетворительного состояния здоровья казахстанцев явились слабая профилактическая активность системы здравоохранения, недостаточная ответственность к своему здоровью со стороны населения, неэффективное межсекторальное взаимодействие в вопросах охраны здоровья, а также социально-экономические проблемы переходного периода.



## Система здравоохранения

За годы независимости Республики Казахстан предпринимались неоднократные попытки реформирования отрасли. Так, в 1996-1998 годах была внедрена бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения, которая позволила создать два принципиально новых элемента: возникновение отношений покупателя и продавца и дифференцированную оплату труда в зависимости от объема и качества медицинской помощи. С 1999 года было введено программное финансирование, которое позволяло ориентироваться на конечный результат в зависимости от выделяемых средств. В то же время, как показывает анализ, реформы не были нацелены на существенные преобразования, доведены до логического завершения и не смогли коренным образом изменить ситуацию в системе здравоохранения.

Среди изменений, произошедших в последние годы, в структуре управления отраслью следует отметить восстановление Министерства здравоохранения Республики Казахстан, создание Комитета фармации, фармацевтической и медицинской промышленности и его территориальных подразделений, а также Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора с разделением службы на государственные органы санитарно-эпидемиологического надзора, осуществляющие контрольно-надзорные функции, и государственные организации, проводящие санитарно-эпидемиологическую экспертизу и лабораторные исследования.

В настоящее время система здравоохранения республики, включая все ведомства, представлена сетью из 886 больничных и 3463 амбулаторно-поликлинических медицинских организаций. Сама система организации оказания медицинской помощи в регионах имеет различия по ряду параметров, таких, как:

уровень консолидации функций финансирования и управления;  
размер ресурсов, выделяемых на финансирование гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в расчете на одного жителя;  
используемые методы финансирования;  
с т р у к т у р а П М С П ;  
организационные формы медицинских организаций;  
система контроля качества медицинской помощи.

Подобное состояние дел значительно затрудняет проведение общегосударственной политики в области охраны здоровья граждан и получение ими государственных гарантий в равной степени.

Начиная с 2001 года наблюдается увеличение числа больничных организаций, которых в 2001 году насчитывалось 845, а в 2002 году - 860.

Показатель обеспеченности населения койками составляет 76,8 на 10 тыс. человек населения (общее количество коек - 114782). Это несколько выше средневропейского показателя, который, по данным ВОЗ, составляет 73,3 на 10 тыс. человек населения.

Величина данного показателя даже в развитых странах (Германия, Франция, Япония и др.) существенно различается, а высокие показатели в основном объясняются большой долей лиц пожилого возраста, являющихся основными потребителями медицинских услуг.

Количество врачей достигло 54,6 тыс. человек, средних медицинских работников - 115,0 тыс. человек, обеспеченность врачами составляет 36,5, средним медицинским персоналом - 76,9 на 10 000 тыс. человек населения. Несмотря на высокие усредненные показатели обеспеченности населения медицинским персоналом и коечным фондом, система здравоохранения в Казахстане функционирует недостаточно эффективно, особенно на уровне ПМСП.

В последние годы проводилась работа по восстановлению фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФП и ФАП), однако сложившаяся на сегодня ситуация характеризуется недостаточным вниманием к развитию и укреплению ПМСП, недооценкой реальных возможностей ее первичного звена, финансированием по остаточному принципу и отсталостью в технологическом плане. У медицинских работников ПМСП нет экономической мотивации к улучшению результатов труда, снижен их престиж в обществе.

В настоящее время объекты ПМСП не укомплектованы квалифицированными кадрами. Материально-техническая база лечебно-профилактических организаций, особенно сельских, продолжает оставаться в неудовлетворительном состоянии. Анализ показывает, что число фактических посещений в смену амбулаторно-поликлинических организаций ряда регионов превышает нормативные показатели более чем в 1,5 раза.

Медицинские организации в основном размещены в приспособленных, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям помещениях (на селе - более 70%). Оснащенность современным медицинским оборудованием, санитарным автотранспортом составляет менее 50%. Только 36% объектов ПМСП на селе телефонизированы. Не во всех объектах сельского здравоохранения организована реализация лекарственных средств. По данным паспортизации, проведенной Агентством Республики Казахстан по чрезвычайным ситуациям, среди существующих зданий и сооружений в сейсмоопасных регионах республики не соответствуют установленным нормам, подлежат усилению или сносу 447 организаций здравоохранения. Отсутствует эффективная система сервисного обслуживания медицинского оборудования.

Системного увеличения затрат на ПМСП, исходя из потребностей на осуществление возложенных функций, не производилось, что сказывается на эффективности деятельности данного звена. В настоящее время государственные медицинские организации, включая ПМСП, получают бюджетные средства по трем направлениям - оплата услуг, капитальный ремонт и приобретение медицинского и немедицинского оборудования, а сам подушевой норматив на ПМСП, как правило,

увеличивается пропорционально индексу потребительских цен и повышению заработной платы. В нынешнем виде подушевой норматив - это расходы на содержание старой сети ПМСП с учетом произведенной оптимизации. Действующая методика оплаты услуг значительно ограничивает конкурентоспособность частных медицинских организаций, так как они потенциально могут претендовать только на один источник - тариф, что сдерживает развитие данного сектора в системе здравоохранения. С учетом этого необходимо совершенствовать методику формирования тарифов (подушевой норматив, тарификатор, клинко-затратные группы (далее - КЗГ).

В сложившейся ситуации необходимо изменить отношение к ПМСП путем поднятия престижа медицинских работников, оснащения организаций необходимым медицинским оборудованием, внедрения новых технологий профилактики, диагностики, лечения, совершенствования системы бесплатного и льготного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне, реального наполнения подушевого финансирования.

До настоящего времени объем расходов на стационарную помощь в рамках оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на местном уровне в три раза превышает расходы на ПМСП, а сама система оказания медицинской помощи ориентирована преимущественно на стационарное лечение. С 2000 года отмечается неуклонный рост количества коек вследствие необоснованной госпитализации, превышения сроков пребывания. Одной из главных причин стремления граждан к госпитализации является отсутствие лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне, недостаточное качество оказываемых услуг первичного звена. Стационарная помощь пока еще не стандартизирована (за исключением республиканских организаций), система оценки ее качества не совершенна.

Для улучшения качества стационарной помощи необходимо предпринять комплекс мер, включающий повышение квалификации врачебного и среднего персонала, материально-техническое перевооружение больничных организаций, конкретизацию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на уровне стационара и стандартизацию медицинских услуг путем внедрения протоколов диагностики и лечения, основанных на принципах доказательной медицины. Для повышения качества оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи жителям отдаленных и труднодоступных населенных пунктов необходимо развивать санитарную авиацию, мобильную и телемедицину.

Важным инструментом управления медицинской помощью является **система оценки ее качества**, которая формировалась в республике начиная с 1996 года. При введении обязательного медицинского страхования были разработаны инструменты контроля качества медицинской помощи, система штрафных санкций, определены различные параметры оценки медицинской помощи. Впоследствии в силу объективных

причин система штрафных санкций, контроль за объемами оказанной медицинской помощи были заменены анализом и оценкой качества медицинских услуг по таким критериям, как определение соответствия оказанных медицинских услуг медицинским стандартам, проведение оценки качества медицинских услуг, изучение мнения п а ц и е н т о в .

К достигнутым результатам в системе управления качеством медицинских услуг можно отнести внедрение института оценки качества и гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, элементов программного сопровождения экспертизы качества, подготовку методологической основы для разработки критериев оценки качества с учетом международного опыта.

На данный момент в системе управления качеством медицинских услуг имеется ряд проблем. Меры административного взыскания, как правило, не мотивируют персонал и руководителей к улучшению профессиональной деятельности, предложения по устранению выявленных дефектов носят лишь рекомендательный характер и зачастую не исполняются, отсутствует связь внутреннего и внешнего контроля управления качеством медицинской помощи. Кроме того, из процедуры экспертизы исключены ведомственные медицинские организации, государственные учреждения, а также организации, не имеющие договоры на государственный закуп медицинских услуг.

**Санитарно-эпидемиологическая ситуация** оказывает существенное влияние на состояние здоровья населения, в первую очередь на уровень инфекционной, профессиональной и соматической заболеваемости, связанной с воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды, включая производственные и бытовые.

В последние годы в результате улучшения социально-экономической ситуации и проводимых профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в республике отмечается снижение инфекционной заболеваемости, в первую очередь кишечными и особо опасными заболеваниями, а также болезнями, управляемыми средствами специфической профилактики. Так, за последние пять лет в группе вакциноуправляемых инфекций произошло снижение заболеваемости корью в 58,2 раза, столбняком - в 5,0 раз, коклюшем - в 4,7 раза, дифтерией - в 3,6 раза. Страна признана ВОЗ территорией, свободной от полиомиелита. В группе кишечных инфекций снизилась заболеваемость брюшным тифом в 3,5 раза, бактериальной дизентерией - в 3,1 раза, сальмонеллезом - в 1,7 раза, острыми кишечными инфекциями и вирусным гепатитом "А" - в 1,6 раза. Особо опасные инфекции регистрируются в единичных случаях. Это стало возможным в результате восстановления нормативной и финансовой базы одного из наиболее эффективных мероприятий по профилактике и снижению инфекционной заболеваемости населения - плановой иммунизации.

В составе службы организована и укрепляется система подразделений по предупреждению завоза в республику особо опасных инфекций из зарубежных стран.

За последние годы на основных транспортных магистралях, в местах пересечения государственной границы создаются санитарно-карантинные пункты.

В целях профилактики и снижения внутрибольничных инфекций в деятельность лечебно-профилактических организаций поэтапно внедряется международный опыт - система "инфекционного контроля", которая позволяет сэкономить значительные финансовые ресурсы.

В республике отмечается тенденция ежегодного уменьшения числа не соответствующих санитарным требованиям и нормам подконтрольных объектов. Удельный вес объектов, не отвечающих санитарным требованиям, в том числе водопроводов, снизился с 31,1% в 1999 году до 15,1% в 2003 году, общеобразовательных школ - с 14,2% до 5,9%, детских дошкольных учреждений - с 7,6% до 2,7%, продовольственных рынков - с 42% до 18%, объектов общественного питания - с 22,2% до 10,5%, торговли - с 15,7% до 5,9%.

Несмотря на принимаемые меры, остается сложной ситуация по обеспечению населения доброкачественной питьевой водой, доступ к водопроводной питьевой воде имеет только 75,1% населения республики, в ряде регионов этот показатель не превышает 60,0%. В целом по стране остается высоким удельный вес неработающих (10,0%) и не отвечающих санитарным нормативам (15,1%) водопроводов. Неудовлетворительное состояние обеспечения населения питьевой водой гарантированного качества ежегодно приводит к осложнению эпидемиологической ситуации в ряде регионов.

Серьезной проблемой является наличие значительных площадей природных очагов особо опасных инфекций, в том числе чумы (территория 8 областей), туляремии (территория 11 областей), геморрагической лихорадки (территория 4 областей), клещевого весенне-летнего энцефалита (территория 6 областей), большого количества стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов (1767).

Сложной остается ситуация и на рынке продуктов питания. Из-за отсутствия надлежащего взаимодействия контролирующих органов в республику завозится большое количество некачественных, в том числе не безопасных для здоровья населения, продуктов питания. Проблемой стало отсутствие должного производственного контроля на отечественных предприятиях пищевой промышленности и объектах общественного питания, что приводит к выпуску и реализации недоброкачественной пищевой продукции.

В числе проблемных вопросов в области санитарно-эпидемиологического благополучия можно отметить:

низкую интегрированность санитарно-эпидемиологической службы в ПМСП, что ослабляет профилактическое звено медицинской помощи населению;

неадекватность лабораторного сопровождения санитарно-эпидемиологическому надзору по уровню оснащения, срокам проведения, гармонизации с международными

с т а н д а р т а м и

и с с л е д о в а н и й ;

осуществление санитарно-эпидемиологического надзора и лабораторных исследований на областном и республиканском уровнях при значительном ослаблении деятельности организаций районного звена;

отсутствие координации в реализации ряда функций и полномочий между санитарно-эпидемиологической службой и другими надзорными и контролирующими органами (ветеринарный надзор, государственный стандарт, охрана окружающей среды).

**В фармацевтической отрасли** реформирование было начато с приватизации.

В настоящее время в сфере обращения лекарственных средств функционирует свыше 7,5 тысячи фармацевтических объектов, из которых лишь 370 (менее 5%) являются объектами государственной формы собственности.

В течение последних 5 лет кроме приватизации были осуществлены другие важные преобразования. Фармацевтическая отрасль была полностью адаптирована к условиям рыночной экономики. Одобрена Концепция лекарственной политики Республики Казахстан, отражающая направления развития фармацевтической отрасли. Разработаны основные нормативные правовые акты, регулирующие сферу обращения лекарственных средств. Восстановлена вертикаль государственного регулирования фармацевтической отрасли. Упорядочена деятельность по обеспечению контроля качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. Обеспечен ежегодный прирост номенклатуры и объемов фармацевтической продукции отечественного производства. Наряду с этим реформирование фармацевтического сектора имело и определенные отрицательные последствия, в первую очередь ухудшение доступности лекарственных средств для социально уязвимых групп населения.

Кроме того, до настоящего времени не разработаны механизмы проведения фармакоэкономических исследований, не на должном уровне ведется мониторинг побочных эффектов, контроля качества, использования, цен и доступности лекарственных средств. Материально-техническая база испытательных лабораторий не соответствует современным требованиям организации контроля качества лекарственных средств, отсутствует лаборатория для проведения иммунобиологических исследований. Нарастают проблемы фальсификации лекарственных средств, фармакотерроризма, агрессивной рекламы лекарственных средств и биологически активных добавок. Ситуация осложняется тем, что специфика фармацевтического рынка порождает недостаточную осведомленность населения в отношении применения лекарственных средств, эффективных мер государственного контроля за их рецептурным отпуском. В целом в фармацевтической и медицинской промышленности республики нет субъектов, соответствующих международным стандартам производства.

Казахстан унаследовал советскую систему **подготовки и переподготовки кадров** и в течение последних лет кардинальных изменений в данной сфере не произошло.

Концепцией развития образования в Республике Казахстан до 2015 года предусмотрено изменение принципиальных подходов к подготовке специалистов с высшим профессиональным образованием и научных кадров.

В сфере медицинского образования, как части государственной образовательной системы, с 2003 года внедрены новые государственные общеобязательные стандарты медицинского и фармацевтического образования, предполагающие преемственность между последовательными уровнями образования. В настоящее время в системе медицинского, фармацевтического образования и науки сформирован квалифицированный научно-педагогический потенциал, предпринимаются меры по созданию эффективно действующей системы профессионального образования и медицинской науки, направленной на удовлетворение долгосрочных стратегических потребностей отрасли здравоохранения, сохранение и улучшение здоровья населения.

Вместе с тем существует проблема качества подготовки и переподготовки медицинских кадров и недостаточного уровня научных исследований в республике. Одной из причин этого является несовершенная нормативная правовая база, регламентирующая условия приема, подготовки и контроля качества в системе медицинского и фармацевтического образования, при разработке которой не учитывалась медицинская специфика, в результате чего к подготовке будущих врачей применяется система общих подходов.

На качество подготовки медицинских кадров и уровень научных исследований влияет также материально-техническая база медицинских организаций образования и науки, которая практически не обновляется, что делает эту сферу неконкурентоспособной на международном рынке.

Медицинские вузы и организации науки не имеют достаточно оснащенных учебных и клинических баз, не располагают необходимым современным оборудованием для выполнения научных исследований. Одной из причин этого является недостаточное финансирование, предусмотренное на обучение студентов по государственному образовательному заказу в медицинских вузах, которое не позволяет использовать в полной мере современные технологии, закупать необходимое оборудование и наглядные пособия. Руководители медицинских организаций образования вынуждены решать проблему нехватки финансовых средств за счет приема на договорную форму обучения студентов зачастую с низким уровнем знаний. Средний балл при поступлении по государственному образовательному гранту в медицинские вузы составляет в среднем 80, тогда как для поступления на платную форму обучения достаточно набрать 40 баллов.

Вызывает беспокойство ежегодный рост приема студентов на платной основе. Если в 1999 году он составлял 1059 человек (прием по государственному заказу - 1245),

то в 2001 году на договорной основе было принято почти в 2 раза больше (1345 - грант, 2190 - договор). Все это отражается на уровне подготовки выпускников вузов и влияет на качество оказываемой медицинской помощи.

Сохраняется проблема обеспечения квалифицированными кадрами объектов ПМСП, особенно в отдаленных и сельских регионах. Во многом это связано с тем, что существующий дефицит медицинских работников не восполняется выпускниками - специалистами медицинских организаций образования. Несмотря на то, что прием в медицинские вузы по государственному гранту и кредиту, начиная с 1999 года, ежегодно возрастает приблизительно на 10%, а ежегодный выпуск составляет в среднем 2000 человек, потребность в кадрах сохраняется.

Отсутствие механизмов закрепления кадров (наличие материальных стимулов, обеспечение необходимых социально-бытовых условий, предоставление льгот) приводит к тому, что в среднем только около 50% выпускников медицинских вузов прибывают к месту распределения.

Вместе с тем существует дефицит кадров по некоторым направлениям узкой квалификации, нет специалистов в области менеджмента и экономики здравоохранения.

**В системе финансирования здравоохранения** приняты важные решения в рамках проведенного в течение 2002-2004 годов разграничения функций и полномочий между уровнями государственного управления.

В последние годы объем государственных расходов на систему здравоохранения, включая медицинское образование, увеличился не только в абсолютном исчислении (в 2001 году - 63,9 млрд. тенге, в 2002 году - 73,0 млрд. тенге, в 2003 году - 92,4 млрд. тенге, в 2004 году - 133,7 млрд. тенге), но и, что важно, в процентах к ВВП (в 2001 году - 1,97%, в 2002 году - 1,93%, в 2003 году - 2,08%, в 2004 году - 2,63%) несмотря на значительные темпы его роста. При этом самый низкий процент к ВВП отмечается в 2002 году - 1,93%. По рекомендациям ВОЗ, минимальный уровень государственных расходов на здравоохранение должен составлять не менее 4% от ВВП.

Расходы на душу населения за последние годы в динамике имеют определенный рост (в 2001 году - 4308 тенге (29 USD), в 2002 году - 4911 тенге (32 USD), в 2003 году - 6201 тенге (41 USD), в 2004 году - 8797 тенге (63,6 USD)).

Следует отметить, что увеличение финансирования в 2002-2003 годы не дало ожидаемого результата, кроме увеличения количества пролеченных больных в стационарах на 5-7% в год. Несмотря на неоднократное увеличение заработной платы медицинским работникам (только в 2004 году - на 20%), официальная среднемесячная заработная плата в отрасли в два раза меньше, чем в среднем по республике.

Проблемой остается то, что взятые на себя государством обязательства по предоставлению гражданам гарантированного объема бесплатной медицинской помощи не имеют адекватной финансовой обеспеченности. Присутствует замещение



бесплатной медицинской помощи платными услугами. Из-за отсутствия четкого разграничения между гарантированным объемом и медицинскими услугами, оказываемыми на платной основе, сохраняется высокий уровень неформальных платежей со стороны населения в пользу медицинских работников. Не налажен должным образом учет потребления медицинской помощи, предоставляемой в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, что способствует росту теневой экономики.

Отсутствует комплексная отраслевая политика ресурсосбережения.

Разделение на покупателей и поставщиков медицинских услуг, существующее сегодня, - условное, так как практически все поставщики являются государственными организациями, административно и экономически подчиненными органам здравоохранения. В регионах развитие здравоохранения не является приоритетом в социально-экономической политике.

Таким образом, в отрасли можно выделить ряд негативных тенденций, требующих принятия управленческих решений.

Во-первых, нарушается важнейший принцип организации системы здравоохранения - этапность оказания медицинской помощи.

Во-вторых, наблюдается неравенство между территориями в пределах области по объему и качеству оказания медицинской помощи, показателям развития здравоохранения в целом.

В-третьих, недостаточно сформированы обязательные компоненты системы управления - мониторинг и оценка деятельности организаций и системы здравоохранения в целом. Отсутствие скоординированной политики в области информационного обеспечения здравоохранения приводит к снижению достоверности собираемой в отрасли информации, несвоевременному поступлению информации с мест на областной и республиканский уровень, невозможности сопоставления данных, поступающих из отдельных подсистем. Это, в конечном счете, приводит к снижению эффективности принимаемых на основе этой информации решений и нерациональному использованию ресурсов здравоохранения.

В-четвертых, отсутствие единых подходов и стандартов при закупках лекарственных средств приводит к удорожанию закупаемой продукции и проблемам с ее качеством.

В-пятых, слабая координация деятельности органов управления здравоохранением с другими субъектами государственного управления, прямо или косвенно влияющими на уровень состояния здоровья населения (органами труда и социальной защиты, экологии, образования, культуры и другими). Эта координация является важным инструментом формирования здорового образа жизни и, в конечном счете, ведет к снижению потребности в оказании медицинских услуг.

В-шестых, ПМСП, являясь центральным звеном системы здравоохранения, должна

осуществлять главную функцию качественного улучшения показателей здоровья населения. От ее состояния зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем, возникающих на уровне семьи и у социально не защищенных групп населения: детей, инвалидов и лиц пожилого возраста . Сегодня у врача ПМСП стали преобладать "диспетчерские функции": частота направлений амбулаторных больных на консультации к узким специалистам чрезмерно в ы с о к а .

В-седьмых, виден существенный перекос в объемах финансирования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи в сторону последней, что не позволяет внедрить современные ресурсосберегающие технологии оказания медицинской помощи на до- и постгоспитальном этапах. Это приводит к расширению показаний к стационарному лечению, ежегодному росту количества коек, а следовательно, удорожанию медицинской помощи.

В-восьмых, государственная система здравоохранения пространственно не отделена от частной: на площадях государственных организаций здравоохранения размещаются частные структуры, оказывающие медицинскую помощь на платной основе.

В-девятых, отсутствие подготовленных, квалифицированных менеджеров в отрасли привело к снижению управляемости и неэффективному использованию выделяемых ресурсов. Сегодня руководитель медицинской организации является управленцем, администратором, главным врачом, заведующим хозяйством, практикующим клиницистом и так далее .

В-десятых, деятельность системы здравоохранения в современных условиях не может ограничиваться только лишь внутриотраслевыми проблемами. Интегральный характер состояния здоровья населения требует усиления межотраслевой координации, особенно в вопросах формирования здорового образа жизни и улучшения качества социальной, психологической и экологической среды. При этом население недостаточно информировано и не принимает активного участия в управлении с и с т е м о й з д р а в о о х р а н е н и я .

В связи с этим необходим выбор ясной, понятной для населения, управляемой, эффективной модели оказания медицинской помощи.

#### **4. Цель и задачи Программы**

Целью Программы является создание эффективной системы оказания медицинской помощи, основанной на принципах солидарной ответственности за охрану здоровья между государством и человеком, приоритетном развитии первичной медико-санитарной помощи, направленной на улучшение здоровья населения.

Основными задачами Программы являются:

1. Разделение ответственности за охрану здоровья между государством и человеком.
2. Переход на международные принципы организации оказания медицинской помощи с переносом центра тяжести на первичную медико-санитарную помощь.
3. Создание новой модели управления здравоохранением и единой информационной системы отрасли.
4. Укрепление здоровья матери и ребенка, улучшение медико-демографической ситуации.
5. Стабильное снижение уровня социально значимых заболеваний.
6. Реформирование медицинского образования.

Масштабы проблем, решаемых в рамках Программы, необходимость координации разрабатываемых мер с возможностями республиканского и местных бюджетов обуславливают ее реализацию в два этапа.

**На первом этапе (2005-2007 гг.) предполагается решение следующих задач:**

разделение солидарной ответственности государства и граждан за охрану здоровья;  
установление минимальных стандартов по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи;

работа с населением по формированию здорового образа жизни;  
перенос акцента со стационарной на первичную медико-санитарную помощь;  
финансово-административное отделение ПМСП от стационаров;  
укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения, в первую очередь ПМСП;

рационализация службы стационарной и скорой медицинской помощи;  
проведение мероприятий по укреплению здоровья матери и ребенка;  
усиление профилактических, диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий в области социально значимых заболеваний;  
обеспечение качества медицинских услуг путем создания системы независимой медицинской экспертизы;

внедрение экономических отношений между медицинскими организациями;  
подготовка менеджеров и совершенствование управления ресурсами системы здравоохранения;

качественное изменение системы подготовки и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров для работы в новой системе ПМСП;  
совершенствование нормативной правовой базы системы здравоохранения;  
осуществление мероприятий по переходу к международным стандартам в здравоохранении;

разработка и внедрение современных информационных технологий.

## **На втором этапе (2008-2010 гг.) будут осуществлены:**

преобразование ПМСП путем системного поэтапного укрепления и развития института врача общей практики;  
реорганизация и укрепление стационарной и скорой медицинской помощи, усиление преемственности на этапах оказания медицинской помощи;  
повышение качества оказываемых медицинских услуг путем внедрения международных стандартов и создания конкуренции между медицинскими организациями;  
коренное реформирование медицинского образования;  
реальное смещение акцента от лечения сформировавшихся болезней к профилактическим мероприятиям и укреплению здоровья "здоровых";  
обеспечение солидарной ответственности граждан, работодателей и государства за охрану и укрепление индивидуального и общественного здоровья.

## **5. Основные направления и механизмы реализации Программы**

Реализация Программы будет осуществляться по следующим направлениям:

1. Солидарная и совместная ответственность государства и человека за его здоровье
2. Реформирование и развитие системы организации медицинской помощи населению:
  - реформирование ПМСП - основа эффективности функционирования системы здравоохранения;
  - развитие здравоохранения на селе;
  - обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия;
  - формирование здорового образа жизни и профилактика заболеваний;
  - межсекторальный подход к охране здоровья населения.
3. Совершенствование системы управления здравоохранением:
  - рациональное разграничение функций и полномочий;
  - совершенствование системы управления качеством медицинских услуг;
  - развитие конкуренции в системе здравоохранения;
  - основные подходы к совершенствованию системы финансирования;
  - повышение эффективности государственного регулирования сферы обращения лекарственных средств;
  - единая информационная система здравоохранения.
4. Охрана здоровья матери и ребенка.

5. Совершенствование профилактики, диагностики, лечения и реабилитации социально значимых заболеваний; развитие медицинской науки.

6. Подготовка и переподготовка кадров здравоохранения.

## **5.1. Солидарная и совместная ответственность государства и человека за его здоровье**

Государство должно обеспечить реализацию конституционных прав граждан на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств государственного бюджета.

В рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи будут предоставляться необходимые медицинские услуги по минимальным стандартам (услуги врачей и медперсонала, необходимые исследования, основные жизненно важные лекарственные средства, лечебное питание). Формирование пакета услуг, предоставляемых в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи,

будет осуществляться на следующих принципах:

соответствия финансовым возможностям государства;

социальной справедливости в доступности медицинской помощи;

транспарентности;

динамичности;

разделения ответственности государства, работодателя и самих граждан за сохранение и укрепление здоровья.

По мере расширения финансовых возможностей государства гарантированный объем бесплатной медицинской помощи будет расширяться и утверждаться один раз в два года.

Помимо оказания лечебной помощи, в рамках гарантированного объема будут проводиться также следующие мероприятия:

проведение периодических профилактических медицинских осмотров населения с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением;

обеспечение населения достоверной, объективной и доступной информацией, касающейся охраны здоровья, принципов рационального питания, привития навыков по предупреждению болезней;

реализация программ и мероприятий по борьбе с наркоманией, алкоголизмом, табакокурением;

санитарно-просветительская работа по укреплению и сохранению здоровья в дошкольных учреждениях, общеобразовательных школах, высших и средних профессиональных учебных заведениях.

Будет определена ответственность за своевременное прохождение периодических медицинских осмотров.

Предоставление медицинской помощи сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи будет осуществляться:  
за счет собственных средств граждан;  
в рамках системы добровольного медицинского страхования;  
за счет средств работодателя и других источников, не запрещенных законодательством Республики Казахстан.

Дополнительно получаемые средства медицинские организации будут направлять на увеличение оплаты труда, возмещение понесенных затрат, укрепление материально-технической базы, переподготовку кадров. Порядок использования указанных средств будет определен законодательством Республики Казахстан.

## **5.2. Реформирование и развитие системы организации медицинской помощи населению**

### **5.2.1. Реформирование ПМСП - основа эффективности функционирования системы здравоохранения**

Опыт развитых стран показывает, что медицинскую помощь большинство взрослого и детского населения получает в организациях ПМСП, в том числе у врачей общей практики.

Предлагаемая модель ПМСП в Республике Казахстан будет основана на принципах общей врачебной практики и состоять из центров ПМСП, получающих государственный заказ от местных органов управления здравоохранением. Данная модель будет основана на принципах свободного выбора врача и экономических методов управления, включая введение двухкомпонентного подушевого норматива со "стимулирующей" составляющей. Это позволит обеспечить доступность и улучшить качество оказываемых медицинских услуг, повысить заинтересованность медицинских работников в конечных результатах своего труда.

Реформирование и развитие ПМСП будет осуществляться в 2 этапа.

На первом этапе (2005-2007 годы) будет сохранена и развита существующая сеть амбулаторно-поликлинических организаций, в том числе функционирующих на принципах общей врачебной практики. Укрепится их материально-техническая база, что позволит внедрить новые лечебно-диагностические технологии. Улучшится бесплатное или льготное лекарственное обеспечение по видам заболеваний и отдельных категорий граждан при амбулаторном лечении.

Поэтапное реформирование ПМСП будет ориентировано на эволюционное внедрение принципа общей врачебной практики. В 2005-2007 годы будет проведена реструктуризация амбулаторно-поликлинической помощи в городской местности с созданием поликлиник смешанного типа, предоставляющих услуги врачей общей

практики и специализированную помощь. Специализированная помощь в поликлиниках районных центров и городов, а также плановая госпитализация в стационары будет оказываться гражданам только по направлению врачей ПМСП.

Будет проводиться политика целевого инвестирования капитального строительства, реконструкции и ремонта объектов ПМСП, в первую очередь в регионах, испытывающих недостаток мощностей амбулаторной службы, для реализации принципа выравнивания и укрепления материально-технической базы.

В связи с усилением роли и расширением функций ПМСП потребуются совершенствование нормативной правовой базы ее деятельности, внедрение протоколов диагностики и лечения заболеваний, разработка инструктивных документов по вопросам диспансеризации, санитарно-эпидемиологического нормирования и лекарственного обеспечения населения.

На первом этапе реформирования ПМСП будут осуществляться следующие организационные и лечебно-профилактические мероприятия:

финансовое и юридическое отделение амбулаторно-поликлинических структур от стационаров ;

межсекторальное взаимодействие с органами социальной защиты и другими заинтересованными службами, а также неправительственными организациями;

изучение структуры заболеваемости прикрепленного населения, разработка и реализация мер по ее снижению и предупреждению;

профилактические осмотры отдельных категорий граждан;  
иммунопрофилактика ;

расширение объема профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий для состоящих на диспансерном учете, а также больных с социально значимыми заболеваниями;

внедрение и развитие стационарозамещающих технологий с лекарственным обеспечением больных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи ;

введение льготного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне отдельных категорий населения, а также больных по определенному перечню заболеваний ;

дальнейшее укрепление лабораторной службы, включая внедрение методов экспресс-диагностики ;

повышение качества услуг на уровне ПМСП с переходом от системы контроля лечебно-диагностического процесса к оценке деятельности по конечному результату;

участие населения в деятельности организаций ПМСП на основе принципа свободного выбора врача .

Реализация указанных мероприятий приведет к существенному увеличению доли амбулаторных медицинских услуг в общей структуре оказания медицинской помощи и

снижению уровня госпитализации. По мере расширения объема и повышения качества медицинской помощи на уровне ПМСП, начиная с 2005 года будет увеличиваться размер подушевого норматива.

На втором этапе (2008-2010 годы) начнется переход системы ПМСП на принцип общей врачебной практики. Будут созданы самостоятельные центры ПМСП. Финансирование указанных организаций в рамках государственного заказа будет производиться на основе метода подушевого финансирования с элементами фондодержания. Объем услуг, оказываемых центрами ПМСП, будет существенно расширяться, а их материально-техническая база (здания, коммуникации, оборудование) приведена в соответствие новым требованиям. Персонал центров должен будет повышать квалификацию и проходить переподготовку не реже 1 раза в 5 лет.

В целях повышения качества оказываемой медицинской помощи на регулярной основе будет осуществляться аккредитация организаций ПМСП, и каждые 3 года - аттестация медицинских кадров на профессиональную компетентность при участии независимых экспертов.

Объем финансирования ПМСП к 2010 году составит не менее 40% от общего объема средств, выделяемых на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.

Реформирование первичного звена предусматривает одновременные преобразования в организации службы скорой медицинской помощи как неотъемлемого компонента ПМСП.

Развитие данной службы будет осуществляться по следующим направлениям: снижение объемов скорой медицинской помощи за счет сокращения числа необоснованных вызовов и переадресации пациентов, нуждающихся в неотложной (а не в экстренной) помощи, в организации амбулаторного звена, а также путем расширения диапазона деятельности и доступности первичного уровня; материально-техническое обеспечение службы в соответствии с утвержденными нормативами;

координация действий по оказанию первой медицинской помощи персонала служб жизнеобеспечения (полиция, дорожная полиция, пожарная служба) и водителей транспортных средств.

На втором этапе реформирования ПМСП организации, оказывающие скорую медицинскую помощь, должны стать самостоятельными.

Следствием проводимых реформ по усилению профилактической направленности и укреплению ПМСП станут рационализация службы стационарной медицинской помощи, отход от ориентации на койко-место. В перспективе будут создаваться многопрофильные больницы со специализированными отделениями. Противотуберкулезные диспансеры, инфекционные и другие больницы будут усиливаться и функционировать отдельно ввиду их специфики.



Строительство новых и реконструкция имеющихся лечебных организаций будут проводиться с учетом необходимости развития таких форм стационарной помощи и приоритетности организаций ПМСП.

При этом будут максимально четко определены критерии к госпитализации пациентов с учетом принципов этапности и преемственности оказания медицинской помощи.

Таким образом, приоритетным направлением совершенствования организации медицинской помощи в Республике Казахстан будет создание новой модели ПМСП, основанной на принципах общей врачебной практики, наряду с рационализацией деятельности службы скорой помощи и стационаров. Данная модель будет в полной мере отвечать потребностям населения, основываться на взаимной ответственности медицинских работников и граждан за охрану здоровья. Это позволит сместить акценты с затратной стационарной на амбулаторно-поликлиническую помощь, обеспечив преемственность и этапность в оказании медицинской помощи населению.

### **5.2.2. Развитие здравоохранения на селе**

В рамках Государственной и региональных программ развития сельских территорий Республики Казахстан в 2004-2010 годы будет улучшена материально-техническая база сельского здравоохранения. Строительство, реконструкция, капитальный ремонт объектов здравоохранения и полное оснащение объектов ПМСП медицинским оборудованием и санитарным автотранспортом будут осуществляться в соответствии с установленными нормативами, а также согласно методике определения потребности в развитии сети приоритетных организаций здравоохранения и источников финансирования их строительства и реконструкции, разрабатываемой Министерством здравоохранения Республики Казахстан.

В 2005-2007 годы должны быть построены 90 объектов здравоохранения и отремонтированы 450. При этом должны быть полностью обеспечены все потребности населения в лечении туберкулеза и родовспоможении.

Будет продолжено распространение мобильной и телемедицины.

На селе будет сохранена существующая система оказания ПМСП.

Основным направлением совершенствования организации медицинской помощи будет повышение роли и расширение деятельности врача общей практики. На него будет возложено руководство персоналом ФП и ФАПов (фельдшерами, акушерками, медсестрами), а также координация деятельности с социальными работниками. Для выполнения поставленных задач предусматривается углубленная подготовка фельдшерско-акушерского персонала по общей практике.

В 2005-2006 годы будет завершен перевод СВА, СУБ/СБ и районных поликлиник в статус государственных учреждений.

В связи с новой схемой финансирования и четким разделением функций районные поликлиники будут финансово и юридически отделены от центральных районных б о л ь н и ц .

На втором этапе будет рассмотрен вопрос об изменении организационно-правовой формы медицинских организаций.

Особая роль на селе будет отводиться центральным районным (районным) б о л ь н и ц а м .

В целях обеспечения объектов сельского здравоохранения квалифицированными медицинскими и фармацевтическими кадрами будут разработаны действенные механизмы закрепления на селе специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием, такие, как предоставление служебного жилья, выплата единовременных пособий, погашение государственных образовательных кредитов при условии трехлетней работы в сельской местности.

Областным исполнительным органам будет предоставлено право выделения целевых грантов за счет средств соответствующих местных бюджетов на подготовку специалистов с условием их дальнейшей работы на селе в течение трех лет.

### **5.2.3. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия**

В целях улучшения санитарно-эпидемиологической ситуации, в том числе профилактики и снижения инфекционной, профессиональной и неинфекционной заболеваемости, уменьшения вредного воздействия неблагоприятных факторов среды обитания на здоровье населения будут решаться следующие задачи:

интеграция государственной санитарно-эпидемиологической службы с ПМСП, особенно в части усиления мер, направленных на санитарно-профилактическую работу с р е д и н а с е л е н и я ;

обеспечение общей координации мероприятий по снижению инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза, инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ/СПИДа, государственными органами санитарно-эпидемиологической службы;

создание оптимальных условий, позволяющих проведение лабораторной диагностики инфекционных заболеваний, и их централизация в государственных организациях, осуществляющих санитарно-эпидемиологическую экспертизу на р а й о н н о м у р о в н е ;

проведение поэтапной модернизации лабораторий санитарно-эпидемиологической с л у ж б ы ;

дальнейшее совершенствование проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по борьбе с инфекциями, санитарной охране территорий и ликвидации последствий биологического терроризма;

обеспечение научного обоснования и сопровождения документов государственной системы санитарно-эпидемиологического нормирования;

совместное участие с заинтересованными государственными органами в мероприятиях по ликвидации медицинских последствий природных и техногенных катастроф .

В целях усиления профилактической направленности деятельности органов санитарно-эпидемиологического надзора на уровне ПМСП будут реализованы следующие мероприятия :

перенос акцента с надзорных и административных на обучающие и стимулирующие меры безопасного производства товаров и услуг;

передача ряда функций и полномочий с республиканского на областной и с областного на городской и районный уровни управления.

Модернизация лабораторной сети санитарно-эпидемиологической службы будет предусматривать, в первую очередь, переход на качественно новый уровень санитарно-эпидемиологической экспертизы, основанной на использовании современных стандартов исследований и установлении причинно-следственных связей воздействия неблагоприятных факторов среды обитания на здоровье населения.

Для этого предполагается разграничение целей, объемов и номенклатуры проводимых лабораторных исследований по соответствующим уровням ( республиканский, областной и районный) наряду с модернизацией лабораторной службы на всех уровнях, которая будет осуществлена в 3 этапа ( I - республиканский уровень - 2005 год; II - областной уровень - 2006-2007 годы; III - районный уровень - 2007 - 2009 годы ) .

Будет создана централизованная, многофункциональная лабораторная служба на основе сети референс-лабораторий, что обеспечит существенное повышение качества лабораторных исследований .

Борьба с особо опасными инфекциями, санитарная охрана территорий и ликвидация последствий биологического терроризма будут направлены на профилактику и недопущение заболеваемости населения особо опасными инфекциями.

Будут приняты меры по укреплению санитарно-карантинных пунктов в местах пересечения государственной границы в целях недопущения завоза на территорию страны особо опасных инфекций и не безопасной для здоровья населения продукции.

В области санитарно-эпидемиологического нормирования будет обеспечено создание научно обоснованной нормативной базы, соответствующей международным стандартам по санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, в том числе требованиям Всемирной торговой организации.

#### **5.2.4. Формирование здорового образа жизни и профилактика заболеваний**

Отход от системы здравоохранения, ориентированной на лечение заболеваний и внедрение интегрированного медицинского обслуживания, предполагает многостороннюю деятельность, направленную на решение комплекса проблем, связанных со здоровьем человека.

Реализация принципа солидарной ответственности граждан и государства за охрану здоровья будет осуществляться путем проведения профилактических мероприятий и формирования здорового образа жизни, обеспечения населения периодическими профилактическими медицинскими осмотрами с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением.

Будут разработаны и реализованы программы общественного здравоохранения, такие, как пропаганда здоровья, профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний, укрепление здоровья матери и ребенка, внедрение принципов рационального питания, усиление физической активности, планирование семьи, профилактика наркомании, травм и несчастных случаев, ВИЧ/СПИДа, ИППП, борьба с курением и злоупотреблением алкоголя. Реализация данных программ будет осуществляться при взаимодействии ПМСП, организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, и санитарно-эпидемиологической службы.

Будут также разработаны целевые программы профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний, таких, как артериальная гипертония, диабет и другие. При этом с развитием новой модели здравоохранения финансирование программ пропаганды здорового образа жизни и профилактики болезней может быть передано на районный уровень в целях более эффективного охвата населения.

На базе организаций ПМСП будут внедряться программы обучения населения здоровому образу жизни, реабилитации, проводиться школы для больных хроническими заболеваниями. Численность среднего медицинского персонала, ответственного за патронажную службу, пропаганду здорового образа жизни и санитарно-эпидемиологическое благополучие, будет увеличена путем пересмотра штатных нормативов для усиления профилактической направленности работы на каждом территориальном участке ПМСП. Особое внимание будет уделено проведению медицинских осмотров детей дошкольного и школьного возраста, учащихся и студентов. Для этого будет восстановлена сеть медицинских пунктов во всех образовательных организациях.

## 5.2.5. Межсекторальный подход к охране здоровья населения

По данным ВОЗ, здоровье человека во многом зависит от образа жизни, генетических факторов, окружающей среды и системы здравоохранения. Одной из основных задач в вопросах совершенствования управления здравоохранением является координация деятельности субъектов здравоохранения и межсекторальный подход к охране здоровья населения.

В этих целях предполагается скоординировать работу различных государственных органов, ведомств и организаций, чья деятельность прямо или косвенно влияет на состояние здоровья населения и функционирование служб здравоохранения. Для успешного выполнения поставленных задач Программы будут объединены усилия заинтересованных ведомств для реализации отдельных приоритетных направлений государственной политики в области охраны здоровья и создан Национальный координационный совет по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан, а также координационные советы при местных исполнительных органах.

Должны быть реализованы следующие элементы межсекторального сотрудничества :

проведение активной демографической политики и регулирование демографических процессов при тесном сотрудничестве с органами по демографии и миграции ;

взаимодействие с органами труда и социальной защиты населения по основным направлениям оказания профилактической, медико-социальной и реабилитационной помощи гражданам, а также по вопросам дифференцированной оплаты труда медицинских работников ;

принятие совместных мер по вопросам охраны окружающей среды с соответствующими государственными органами ;

взаимодействие в вопросах воспитания, обучения и охраны здоровья детей и подростков с государственными органами образования, внутренних дел, спорта, обороны, культуры и информации ;

решение вопросов по обеспечению сельского населения питьевой водой, средствами телекоммуникаций, дорогами, санитарным транспортом, медицинским обслуживанием и проведению мероприятий по санитарно-эпидемиологическому благополучию во взаимодействии с соответствующими центральными и местными исполнительными органами ;

дальнейшая интеграция противотуберкулезной службы с правоохранительными и другими государственными органами ;

усиление мер по развитию физической культуры и спорта среди широких слоев населения, координации деятельности с организациями физической культуры, спорта,

туризма, мотивации и созданию условий для ведения здорового образа жизни и занятий спортом ;

широкое использование средств массовой информации для пропаганды здорового образа жизни и предупреждения заболеваний;

координация действий со службами по чрезвычайным ситуациям при возможном возникновении стихийных бедствий природного и техногенного характера, а также вспышек инфекционных заболеваний;

развитие службы реабилитации и паллиативной помощи, включая организацию хосписов, больниц сестринского ухода, с привлечением заинтересованных министерств и ведомств, а также с участием международных и неправительственных организаций;

усиление сотрудничества со службами транспортно-коммуникационного комплекса по проблемам обеспечения безопасности движения, улучшения экологической обстановки .

В рамках данной Программы предусматривается тесное сотрудничество с международными организациями с целью использования позитивного опыта стран дальнего и ближнего зарубежья для последующей адаптации к национальной системе здравоохранения.

### **5.3. Совершенствование системы управления здравоохранением**

Существующая система управления здравоохранением предполагает управление в основном административными методами, вследствие чего на уровне Министерства здравоохранения централизованы практически все основные функции, включая лицензирование, аккредитацию, государственные закупки и ряд других, что в целом предопределяет неэффективность управления отраслью.

Одним из приоритетов Программы на первом этапе является изменение централизованного административного управления посредством перехода на экономические методы с четким разграничением функций между центральным, местными органами управления и медицинскими организациями и создания соответствующей нормативной правовой базы.

На втором этапе управление здравоохранением будет осуществляться путем внедрения системы контроля качества медицинских услуг и других критериев эффективности работы отрасли с учетом международных требований и на основе современных информационных технологий.

#### **5.3.1. Рациональное разграничение функций и полномочий**

Основным направлением совершенствования управления отраслью является переход от административного регулирования к системе экономических стимулов. С этой целью с 2005 года в соответствии с Бюджетным кодексом Республики Казахстан будут перераспределены функции между центральным, местными органами здравоохранения и медицинскими организациями в сторону большей самостоятельности последних.

К компетенции центрального исполнительного органа будут отнесены: функции обеспечения проведения единой государственной политики в области здравоохранения ;

исполнительные функции (реализация мер по обеспечению равнодоступности предоставления по всей территории страны базовых услуг в области здравоохранения, гарантированных Конституцией Республики Казахстан, установление стандартов их предоставления, планирование развития отрасли, разработка нормативной базы);

регулирующие функции (осуществление контроля за реализацией политики в области здравоохранения, контроль за выполнением государственных, отраслевых программ, аккредитация организаций здравоохранения, контрольно-надзорные функции).

На местный уровень, помимо функции контроля предоставления прямых услуг общего характера населению, будут переданы процедуры лицензирования по отдельным видам медицинской, фармацевтической деятельности, а также деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в отрасли здравоохранения, приобретение вакцин, иммунобиологических и других медицинских препаратов.

С целью недопущения снижения качества предоставляемых на местах медицинских услуг в результате децентрализации большинства функций на первом этапе реформирования будет законодательно введена процедура согласования с Министерством здравоохранения качественных параметров медицинской помощи, а дополнительные средства (на амбулаторное лекарственное обеспечение и т.д.) будут выделяться в виде целевых трансфертов. Далее будет осуществлен переход на самостоятельное использование местными исполнительными органами выделяемых средств.

В связи с консолидацией бюджета здравоохранения на областном уровне будет разработан механизм усиления ответственности исполнительных органов всех уровней по вопросам охраны здоровья населения.

С целью обеспечения населения безопасными, эффективными и качественными лекарственными средствами в законодательство Республики Казахстан о государственных закупках будут внесены изменения, устанавливающие обязательность осуществления государственных закупок на местном уровне местными органами здравоохранения с учетом качества препарата.

С 2006 года будет начато организационное и финансовое отделение служб ПМСП от стационаров, что позволит упорядочить бюджетные потоки и максимально исключить необоснованную госпитализацию.

В целях мотивации труда работников здравоохранения будут приняты меры по совершенствованию системы оплаты труда, введен принцип дифференцированной оплаты по конечному результату в соответствии с квалификацией, качеством и объемом выполненной работы, пересмотрены квалификационные требования к руководителям государственных организаций здравоохранения в части обязательного наличия квалификации менеджера здравоохранения.

По мере кадрового обеспечения будет пересмотрена структура управления организациями здравоохранения путем передачи вопросов менеджмента подготовленным специалистам.

Будет оказываться всемерное содействие развитию профессиональных ассоциаций и союзов, осуществляться привлечение их к аттестации медицинских кадров, экспертизе качества медицинских услуг.

### **5.3.2. Совершенствование системы управления качеством медицинских услуг**

Контроль качества медицинских услуг в мировой практике является одним из главных механизмов управления отраслью здравоохранения.

Создание системы управления качеством медицинской помощи предусматривает стандартизацию, внедрение новых (зарекомендовавших себя положительно в международной практике и рекомендуемых ВОЗ) методов диагностики и лечения заболеваний.

Совершенствование качества медицинских услуг будет осуществляться на основе:

- обеспечения поставщиков медицинских услуг необходимыми ресурсами;
- повышения профессионального уровня медицинских работников, в том числе внедрение в образовательные программы курсов доказательной медицины;

- внедрения в медицинских организациях систем управления качеством в соответствии с требованиями международного стандарта;

- определения приоритетов с целью эффективного использования выделяемых ресурсов;

- лицензирования, аккредитации, внешней и внутренней экспертизы поставщиков медицинских услуг;

- внедрения методов дифференцированной оплаты в зависимости от качества оказанных медицинских услуг;

- освещения в средствах массовой информации рейтингов поставщиков медицинских услуг;



создания единой информационной системы;  
применения необходимых административных, финансовых санкций.

Для реализации задач по управлению качеством медицинской помощи в 2005 году будет создан государственный орган по контролю качества медицинских услуг. При проведении контрольных проверок государственным органом при необходимости будут привлекаться независимые эксперты. Для этого будет сформирован банк данных независимых экспертов из числа специалистов различных профилей.

Одной из первоочередных задач управления качеством медицинской помощи является совершенствование протоколов диагностики и лечения заболеваний на всех уровнях оказания медицинской помощи. Качество данных протоколов будет обеспечено путем приведения их в соответствие с требованиями доказательной медицины. Протоколы диагностики и лечения заболеваний, а также индикаторы качества медицинской помощи будут совершенствоваться и обновляться в соответствии с требованиями международных стандартов.

Экспертиза качества на первом этапе будет осуществляться на основе разработанных индикаторов оценки деятельности стационара и организаций ПМСП. При этом будет проводиться мониторинг наиболее часто встречающихся заболеваний. Экспертиза качества в медицинских организациях будет осуществляться выборочно, а в отдельных случаях (смерть на дому, выявление запущенных случаев рака, туберкулеза и другие) проводиться обязательная экспертиза.

Осуществление контроля качества медицинской помощи будет основано на анализе соответствия проведенного обследования и лечения периодическим протоколам диагностики и лечения, обоснованности и своевременности назначения диагностических исследований и лечения, направления на госпитализацию, ошибок, допущенных в ходе диагностики и лечения.

В целях осуществления надлежащей экспертизы медицинских услуг будет разработана комплексная система управления качеством, включающая в себя индикаторы для каждого уровня медицинской помощи, механизмы экономической м о т и в а ц и и .

В 2005 году будет внедрена усовершенствованная технология изучения мнения граждан о качестве оказанных им медицинских услуг.

Начиная с 2006 года будут применяться меры гражданско-правовой ответственности к субъектам здравоохранения за ошибки в диагностике и лечении, разработаны законодательные нормы, регламентирующие права пациентов.

В 2005-2007 годы будут проводиться мероприятия по поддержке неправительственных организаций (ассоциаций медицинских организаций, профессиональных ассоциаций врачей, пациентов) и осуществляться привлечение их при необходимости к независимой экспертизе медицинских услуг, аккредитации, а т т е с т а ц и и с п е ц и а л и с т о в .

В течение 2008-2010 годов будет осуществляться дальнейшее совершенствование протоколов диагностики и лечения заболеваний и индикаторов качества медицинской помощи в соответствии с международными стандартами.

Реализация поставленных задач позволит отойти от сугубо административных методов и создать комплексную систему управления качеством, направленную на улучшение медицинской помощи, эффективное использование бюджетных средств и повышение ответственности медицинских работников за предоставляемые услуги.

### **5.3.3. Развитие конкуренции в системе здравоохранения**

Постепенный переход на новые экономические отношения в системе здравоохранения является стратегически важной задачей в реформировании и развитии . Только элементы реальной конкуренции могут значительно повысить эффективность здравоохранения как отрасли, в том числе оптимизировать затраты бюджета и повысить качество предоставляемых услуг.

Государственные медицинские организации получают финансирование по трем основным направлениям - собственно тариф, капитальные затраты на приобретение оборудования и капитальный ремонт. Существующее "многоканальное бюджетное финансирование" сдерживает развитие конкуренции, так как частные медицинские организации могут претендовать только на один источник - текущий тариф.

Развитие конкуренции в системе невозможно без изменения тарифной политики. В 2007 году начнется внедрение новой системы формирования тарифов с включением в их состав затрат на обновление основных средств. На втором этапе реализации Программы, с достижением требуемого уровня материально-технической базы государственных организаций здравоохранения и тарифов, государство полностью отойдет от "многоканального" бюджетного финансирования, усилит механизмы амортизационного регулирования. Это обеспечит финансовую устойчивость медицинских организаций и создаст необходимые условия для развития частного сектора в сфере оказания медицинских услуг. При этом поставщики независимо от формы собственности или организационно-правовой формы будут иметь соответствующий уровень самостоятельности в вопросах укрепления материально-технической базы, распределения средств, сэкономленных в результате хозяйственной деятельности.

При получении дорогостоящих видов медицинского оборудования с целью их эффективного использования и обеспечения равных возможностей и равных конкурентных условий для государственных и частных организаций здравоохранения будут разработаны меры по расширению применения финансового лизинга.

Кроме того, развитие конкуренции в системе здравоохранения предполагает

решение ряда важных задач:

1) совершенствование системы договорных отношений между заказчиком (государственным органом) и поставщиком (медицинской организацией) в части применения экономических методов управления, четко определяющих права, обязанности и ответственность между ними.

Управленцы, формирующие и размещающие государственный заказ, в частности на местном уровне, в 2005-2006 годах пройдут необходимую подготовку, поскольку их квалификация и принимаемые ими решения будут оказывать существенное влияние на работу системы в целом.

Государственные и частные медицинские организации будут иметь равные условия для предоставления услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на базе общих стандартов, требований, ответственности и экономических условий. Для реализации данных условий необходимо усилить их самостоятельность в принятии управленческих решений путем предоставления возможности изменения статуса государственных организаций и реорганизации их в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения, товарищества с ограниченной ответственностью, акционерные общества. При этом не будут изменять статус отдельные специализированные организации, оказывающие медицинскую помощь по социально значимым заболеваниям, таким, как туберкулез, онкологические заболевания и др. В целях обеспечения условий для оказания качественной медицинской помощи будут введены предельные количественные и качественные показатели нагрузки на одного врача или одну медицинскую организацию;

2) постепенное наполнение подушевого норматива и переход на модель частичного фондодержания будут оказывать существенное влияние, на снижение неоправданно высокой затратности системы здравоохранения, в частности на рационализацию стационарного звена.

Государство будет поощрять увеличение доли частного сектора на уровне ПМСП, поскольку с точки зрения требований к фондовооруженности организаций и затратоемкости оно является наиболее привлекательным.

#### **5.3.4. Основные подходы к совершенствованию системы финансирования**

Для обеспечения устойчивого развития здравоохранения и введения в действие внутренних механизмов стимулирования повышения эффективности предусматривается поэтапное повышение государственных расходов на здравоохранение до 4% от ВВП к 2010 году.

На первом этапе будут реализованы ранее принятые решения в системе финансирования отрасли, а также разработана политика финансирования,

направленная на эффективное использование средств, привлечение инвестиций в систему и межрегиональное выравнивание.

В соответствии с Бюджетным кодексом Республики Казахстан функцию единого плательщика будет выполнять областной орган управления здравоохранением, который обеспечит выравнивание подушевых нормативов на ПМСП и тарифов за лечение в стационарах внутри регионов и повысит контроль за качеством медицинских услуг. Министерство здравоохранения передаст полномочия по централизованному закупу товаров и услуг на нижестоящий уровень.

Подушевой норматив для организаций ПМСП будет определяться с учетом необходимого объема медицинской помощи на данном уровне, половозрастного состава прикрепленных жителей и других факторов, отражающих региональные особенности. С целью обеспечения наполняемости размера подушевого норматива будет осуществляться ежегодное его увеличение с доведением в 2010 году до оптимального уровня. Поэтапно, по мере роста объема помощи, оказываемого на уровне ПМСП, будет повышаться доля средств, направляемых на оказание ПМСП, в том числе путем бесплатного и льготного лекарственного обеспечения больных на амбулаторном уровне по видам заболеваний и отдельных категорий населения. Часть средств, выделенных в рамках дополнительных затрат на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в 2005 году в размере 15 млрд. тенге, будет направлена на финансирование организаций ПМСП.

В 2005 году будет разработана и с 2006 года внедрена национальная система мониторинга качества и эффективности использования ресурсов, построенная на основе системы показателей и индикаторов, позволяющих производить оценку результативности и задействовать финансовые компоненты стимулирования и наказания.

Методы финансирования поставщиков медицинской помощи должны обеспечивать правильные стимулы для поставщиков различных уровней: для стационаров (клинико-затратные группы - КЗГ) - оплачивать услуги, а не мощности, для ПМСП - стимулировать профилактическую направленность деятельности медицинских организаций (подушевой норматив).

Методы финансирования будут периодически совершенствоваться. Так, весовые коэффициенты КЗГ и структура групп будут пересмотрены по мере разработки периодических протоколов диагностики и лечения, основанных на принципах доказательной медицины.

В течение 2005 года будут разработаны финансовые механизмы развития высокоспециализированной медицинской помощи и внедрения новых технологий.

Начиная с 2006 года все принимаемые решения по осуществлению инвестиций в систему здравоохранения или принятию государством дополнительных обязательств должны основываться на достижении конкретных результатов и эффекта. Будет

выработана и утверждена соответствующая методика.

Постоянно будет осуществляться мониторинг медицинского оборудования в организациях здравоохранения, его технического состояния и эффективного использования, в том числе будет налажена система учета работы дорогостоящего оборудования.

В течение 2005 года будут разработаны меры по совершенствованию системы оплаты труда медицинских работников, введению принципа оплаты по конечному результату. Оплата труда работников государственных медицинских организаций должна быть дифференцированной, адекватной уровню квалификации, качеству и объему оказанной помощи, в том числе на платной основе, что позволит снизить уровень прямых неформальных платежей. С 2006 года будет осуществляться поэтапное повышение заработной платы медицинским работникам.

В течение 2005 года будет разработана система мер по обеспечению прозрачности использования медицинскими организациями средств, выделяемых из государственного бюджета на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Будет усовершенствована система учета средств, получаемых медицинскими организациями за счет различных источников, в том числе за оказание медицинских услуг на платной основе.

Будет обеспечена персонификация потребления медицинских услуг и товаров, а также введена система контроля оказываемых услуг со стороны пациентов.

Данная работа будет сопровождаться широким информированием населения о перечне и объемах бесплатных медицинских услуг, постоянным мониторингом происходящих процессов. Население получит необходимую информацию о том, сколько и за что оно должно будет платить.

С целью обеспечения дополнительного притока средств в отрасль будут приняты меры по стимулированию добровольного медицинского страхования как со стороны работодателей, так и со стороны самого населения, внесены соответствующие изменения и дополнения в действующее законодательство Республики Казахстан. Добровольное медицинское страхование будет взаимовыгодным как для страховщика, так и для страхователя с учетом решения проблемы избирательности риска.

С 2005 года будут проведены подготовительные мероприятия по: введению в 2006-2007 годах национальных счетов здравоохранения, что позволит иметь полную информацию о финансовых потоках во всей отрасли, в том числе и в частном секторе.

На втором этапе будет внедрена новая политика финансирования отрасли, направленная на эффективное использование средств, привлечение инвестиций в систему и межрегиональное выравнивание, что позволит придать ей устойчивость и создаст условия для дальнейшего поступательного развития и повышения конкурентоспособности.

Для обеспечения населению различных регионов равного доступа к получению

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи к 2010 году будет завершено межрегиональное выравнивание тарифов за аналогичные медицинские услуги с учетом структуры заболеваемости и других объективных факторов.

Для создания условий более эффективного администрирования финансовых ресурсов, повышения структурной эффективности здравоохранения, установления взаимосвязи между различными уровнями оказания медицинской помощи, реинвестирования в случаях рационализации бюджетных расходов необходимо провести максимальную программную консолидацию.

К 2008 году по мере улучшения социально-экономического развития страны и роста доходов граждан будет рассмотрен вопрос возможности введения системы обязательного медицинского страхования.

### **5.3.5. Повышение эффективности государственного регулирования сферы обращения лекарственных средств**

Лекарственное обеспечение населения Республики Казахстан является одной из важнейших задач государства. Применение лекарственных средств играет ключевую роль в профилактической медицине и лечении болезней. Вместе с тем существующая структура государственного регулирования сферы обращения лекарственных средств требует принятия дополнительных мер в части обеспечения качества и доступности.

В этих целях предстоит решить следующие задачи:

обеспечение равноправного физического и экономического доступа населения к основным жизненно важным лекарственным средствам;

введение рецептурного отпуска лекарственных средств в розничной аптечной сети по списку, определяемому уполномоченным органом;

принятие мер по обеспечению качества и безопасности лекарственных средств;

рациональное использование лекарственных средств;

дальнейшее развитие фармацевтической и медицинской промышленности в рамках Стратегии индустриально-инновационного развития Республики Казахстан на 2003-2015 годы.

Решение поставленных задач предусматривается осуществить в два этапа.

На первом этапе в течение 2005-2007 годов следует:

повысить доступность для населения основных (жизненно важных) лекарственных средств и обеспечить внедрение формулярной системы в организациях здравоохранения всех уровней, особенно в сельской местности;

провести подготовительные работы по внедрению международных стандартов в отечественную фармацевтическую отрасль;

приступить к внедрению с 2007 года в отечественную фармацевтическую отрасль международных стандартов (GLP, GCP, GPP, GDP, GMP);

повысить эффективность государственных закупок путем внесения изменений и дополнений в законодательство Республики Казахстан о государственных закупках, гарантирующих качество закупаемых лекарственных средств;

проводить мониторинг побочных эффектов применяемых лекарственных средств;

создать структуры для организации и проведения научных исследований в сфере обращения лекарственных средств на базе республиканского государственного предприятия "Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники" Министерства здравоохранения;

создать и оснастить иммунобиологическую и четыре межрегиональные лаборатории для осуществления контроля качества лекарственных средств в соответствии с требованиями международного стандарта "Надлежащая лабораторная практика" ;

повысить эффективность государственного контроля в сфере обращения лекарственных средств с целью предотвращения проникновения на фармацевтический рынок контрафактной продукции, снижения угрозы фармотерроризма;

организовать обучение системе управления качеством, международным стандартам специалистов государственного органа в сфере обращения лекарственных средств и его территориальных подразделений, а также специалистов испытательных центров;

обеспечить условия подготовки специалистов для субъектов фармацевтического сектора по вопросам управления качеством лекарственных средств;

разработать методологию организации сбора и переработки информации в сфере обращения лекарственных средств в рамках создаваемой единой информационной системы здравоохранения .

На втором этапе в 2008-2010 годы предусматривается осуществлений плана поэтапного перехода фармацевтического сектора к международным стандартам качества в сфере обращения лекарственных средств. Будет завершена аккредитация испытательных лабораторий в сфере обращения лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения в соответствии с международными стандартами, создана система управления качеством лекарственных средств, разработана методика информирования населения по вопросам безопасности и эффективности использования лекарственных средств.

### **5.3.6. Единая информационная система здравоохранения**

В рамках информатизации Республики Казахстан в 2005-2007 годы будет создана единая информационная система здравоохранения (далее - ЕИСЗ), основными направлениями которой будут :

разработка единой методики сбора, обработки и хранения информации о состоянии

здоровья граждан, получении медицинской и лекарственной помощи; анализ, обобщение и предоставление информации организация здравоохранения и государственным органам;

создание информационно-справочной системы, центрального банка данных, позволяющих получать необходимую информацию от каждой лечебно-профилактической организации и органа государственного управления здравоохранением;

создание электронного паспорта здоровья граждан, электронной истории болезни, позволяющих осуществлять эффективный мониторинг комплекса медико-демографических показателей и объема потребления медицинской помощи гражданами;

применение единого идентификационного кода физического лица для персонифицированного учета больных, позволяющего обеспечить преемственность оказания медицинской помощи на уровне ПМСП, поликлиник, стационаров, а также учитывать в едином формате медицинские аспекты, социальные льготы и пособия, соблюдая конфиденциальность медицинской информации, в рамках государственной базы данных "Физические лица".

С 2007 года в отдельных регионах республики будут внедрены пилотные проекты по использованию медицинских электронных карт пациентов, обеспечивающих персонифицированный учет потребления медицинской помощи.

Для развития ЕИСЗ в период до 2010 года будут решаться следующие задачи: автоматизация процесса принятия управленческих решений и управления качеством оказания медицинской помощи всех уровней на основе информации, накопленной в ЕИСЗ;

модернизация и объединение существующих ведомственных информационных систем и их материально-техническое сопровождение;

разработка и внедрение ведомственных, статистических и медико-технологических информационных систем и их материально-техническое сопровождение; внедрение медицинских электронных карт пациентов.

В целях развития информационного обеспечения здравоохранения будет создан информационно-аналитический центр (далее - ИАЦ), подведомственный уполномоченному органу в области здравоохранения. Силами ИАЦ будет создана информационная модель отрасли, соответствующая поставленным задачам, которая послужит основой для разработки базовых стандартизированных, терминологически согласованных информационно-справочных классификаторов параметров деятельности организаций здравоохранения и показателей здоровья населения. На базе разработанных классификаторов будут пересмотрены существующие в здравоохранении системы учета и отчетности с целью дальнейшего внедрения автоматизированной обработки информации и исключения дублирования учета. В



результате будет разработана методология сбора и обработки данных на каждом этапе внедрения информационных систем в здравоохранении на всех уровнях, начиная с органов управления и заканчивая медицинским персоналом, непосредственно занимающимся оказанием медицинской помощи населению, а также методология анализа собранной информации и принятия управленческих решений. Существующая система учета и отчетности будет приведена в соответствие с клиническими и медико-экономическими аспектами деятельности организаций здравоохранения.

Единая информационная система будет отвечать потребностям всех физических и юридических лиц в информации о состоянии здоровья населения, потреблении медицинских услуг и о других параметрах.

#### **5.4. Охрана здоровья матери и ребенка**

Одним из главных приоритетов развития Республики Казахстан является улучшение медико-демографической ситуации, которая, в первую очередь, связана с охраной здоровья матери и ребенка (далее - ОЗМиР).

Несмотря на проводимые мероприятия, связанные с усилением службы материнства и детства, эффективность используемых ресурсов продолжает оставаться низкой. Медленно увеличивается рождаемость, низкими темпами снижается перинатальная, младенческая и материнская смертность, неудовлетворительными остаются показатели физического и психического здоровья детей.

Основными направлениями службы ОЗМиР являются создание эффективно действующей системы, интегрированной с ПМСП и другими заинтересованными службами, для сохранения и укрепления здоровья матери и ребенка, снижение уровня материнской, младенческой и детской смертности.

В целях совершенствования службы ОЗМиР будут приняты следующие меры:

- обеспечение оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста и детям в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- проведение ежегодных медицинских осмотров, диспансеризации и оздоровления детей и женщин репродуктивного возраста;
- завершение строительства в 2005 году в г. Астане Республиканского центра материнства и детства, отвечающего мировым стандартам, и укомплектование его высококвалифицированными кадрами;
- обеспечение лекарственными средствами с 2005 года беременных женщин для лечения заболеваний, влияющих на репродуктивное здоровье и здоровье ребенка, а также отдельных категорий детей при амбулаторном лечении (детей до 5 лет - с 2005 года, детей, состоящих на диспансерном учете, - с 2006 года);
- завершение к 2007 году укомплектования детских и родовспомогательных лечебно-профилактических организаций необходимыми специалистами;

финансирование научно-технических программ в области ОЗМиР с последующим внедрением результатов исследований в практическое здравоохранение;

полное оснащение к 2008 году детских и родовспомогательных лечебно-профилактических организаций современным медицинским оборудованием в соответствии с утвержденными нормативами;

обеспечение к 2007 году раннего охвата беременных диспансерным наблюдением в соответствии с международными стандартами;

усовершенствование и внедрение к 2008 году вспомогательных репродуктивных методов и технологий, в том числе скрининговых программ дородовой диагностики врожденных и наследственных заболеваний плода с использованием современных технологий генетического анализа и планирования семьи;

дальнейшее развитие службы высокоспециализированной медицинской помощи детям в области трансплантологии (включая пересадку костного мозга), нейрохирургии, хирургии, реанимации новорожденных, кардиохирургии, неврологии;

реализация мероприятий по планированию семьи и формированию здорового образа жизни, включая профилактику алкоголизма, наркомании, табакокурения среди детей, подростков и женщин, с привлечением средств массовой информации;

активизация работы по внедрению в общеобразовательных школах обучающих программ, рекомендованных ВОЗ, направленных на сохранение и укрепление здоровья школьников.

Реализация вышеуказанных мер позволит укрепить и совершенствовать систему ОЗМиР, снизить материнскую и младенческую смертность, улучшить демографические показатели населения.

## **5.5. Совершенствование профилактики, диагностики, лечения и реабилитации социально значимых заболеваний**

Социально значимые заболевания населения должны находиться под пристальным вниманием государства.

В целях повышения качества и продолжительности жизни населения будут проводиться мероприятия по профилактике, раннему выявлению, эффективному лечению и реабилитации больных социально значимыми заболеваниями. В этом направлении будут:

осуществлены целенаправленные меры по профилактике и дальнейшему снижению заболеваемости ИПППП при активном взаимодействии с заинтересованными ведомствами, международными и неправительственными организациями;

внедрены международные стандарты противовирусного лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;

разработаны и внедрены комплексные программы лечения и реабилитации больных

с психическими и поведенческими расстройствами;  
организованы региональные центры (отделения) медико-социальной реабилитации наркозависимых лиц, стационарные отделения в наркологических организациях для лечения и медико-социальной реабилитации наркозависимых несовершеннолетних;  
внедрены передовые технологии в области лечения и медицинской профилактики наркомании;

создана эффективная, скоординированная система противодействия распространению наркозависимости в Республике Казахстан;  
введены поэтапно с 2006 года должности врачей-эндокринологов в районных медицинских организациях для обеспечения ранней диагностики, лечения и повышения эффективности диспансеризации больных эндокринными заболеваниями, в первую очередь сахарным диабетом.

Особое внимание будет уделено усилению борьбы с туберкулезом, снижению заболеваемости и смертности. Лечебно-оздоровительные и профилактические мероприятия на всех этапах ведения больных туберкулезом будут осуществляться с широким привлечением организаций ПМСП. Будет усовершенствован национальный регистр больных туберкулезом, обеспечен контроль за соблюдением единых протоколов ведения больных и эффективностью проводимых мероприятий по борьбе с туберкулезом.

Поэтапно будут открыты специализированные отделения при областных противотуберкулезных диспансерах для лечения больных с хроническими формами туберкулеза с постоянным бацилловыделением. Специализированные отделения областных противотуберкулезных учреждений будут реорганизованы для принудительного лечения больных туберкулезом с заразными формами, уклоняющихся от лечения.

Лечебно-диагностические мероприятия будут предусматривать дальнейшую реализацию стратегии DOTS-плюс и внедрение эффективных схем антибактериальной терапии мультирезистентных форм туберкулеза.

В дальнейшем будут осуществляться меры по расширению социальной поддержки больных туберкулезом и медицинских работников противотуберкулезной службы.

В отношении онкопатологии акцент будет сделан на раннюю выявляемость злокачественных новообразований путем проведения профилактических осмотров целевых групп с использованием прогрессивных методов диагностики и лечения.

Будут разработаны и осуществлены мероприятия по профилактике и эффективному лечению бронхиальной астмы, артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и других сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе требующих хирургического лечения.

С целью установления достоверности причин смертности будет осуществлено техническое перевооружение органов судебно-медицинской экспертизы.

Для регулирования лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями будет пересмотрен перечень лекарственных средств, отпускаемых на бесплатной/льготной основе, с учетом современных подходов к лечению.

Принятые меры позволят стабилизировать ситуацию, снизить уровень распространения социально значимых болезней и уменьшить размеры наносимого ими ущерба здоровью населения и экономике страны.

### **5.5.1. Развитие медицинской науки**

Развитие медицинской науки предполагает разработку приоритетных направлений фундаментальных и прикладных исследований, проводимых с целью сохранения и улучшения здоровья граждан.

В процессе развития медицинской науки будет предусмотрено решение актуальных проблем практического здравоохранения путем внедрения инновационных эффективных ресурсосберегающих технологий.

Медицинская наука будет развиваться по следующим направлениям:  
приоритетная разработка и внедрение передовых технологий профилактики, раннего выявления, лечения и реабилитации социально значимых заболеваний;  
преемственность фундаментальной и прикладной медицинской науки с обеспечением участия Министерства здравоохранения в формировании основных направлений ее развития и администрировании программ фундаментальных медицинских исследований;

укрепление связи медицинской науки с производством и практикой, внедрение собственных и заимствованных научных разработок в практическое здравоохранение;

интеграция казахстанской медицинской науки с международными научно-исследовательскими организациями, развитие международного партнерства;

интеграция медицинской науки, образования и клинической практики;

научная оценка и обоснование экономической и социальной эффективности планируемых и предпринимаемых мер в области охраны здоровья граждан;  
внедрение принципов доказательной медицины в сфере медицинской науки.

### **5.6. Подготовка и переподготовка кадров здравоохранения**

В целях повышения качества медицинского и фармацевтического образования будут внесены серьезные изменения в систему подготовки и переподготовки медицинских кадров. С учетом медицинской специфики будет сформирована нормативная правовая база медицинского образования, направленная на создание эффективно действующей системы подготовки и переподготовки, ориентированной на стратегические направления развития здравоохранения.

Укрепление ПМСП требует наличия квалифицированных медицинских кадров, в том числе врачей общей практики и среднего медицинского персонала. Подготовка медицинских кадров будет строиться на основе долгосрочного планирования и исходить из стратегических потребностей отрасли.

В этой связи будет разработана и введена научно обоснованная методика определения долгосрочной потребности отрасли здравоохранения в кадрах.

Кадровое обеспечение организаций ПМСП врачами общей практики будет осуществляться как путем переподготовки врачей общей лечебной сети, так и подготовки врачей общей практики в медицинских вузах начиная с 2005 года на основе разработанных программ подготовки в субординатуре и интернатуре.

Совершенствование управления отраслью здравоохранения предусматривает подготовку профессиональных менеджеров и экономистов здравоохранения.

На первом этапе будут реализованы следующие меры:

внесены соответствующие изменения в систему осуществления лицензирования, государственной аттестации и с целью приближения к международным стандартам образования - государственной аккредитации организаций медицинского и фармацевтического образования независимо от форм собственности;

повышены требования к приему и обучению в медицинских организациях о б р а з о в а н и я ;

поэтапно увеличена стоимость обучения по медицинским и фармацевтическим с п е ц и а л ь н о с т я м ;

укреплена материально-техническая база медицинских организаций образования и созданы при государственных медицинских высших учебных заведениях клинические учебные центры, обеспечивающие реальную связь образования, науки и практики;

с учетом развития новой модели здравоохранения, необходимости введения новых специальностей, потребностей населения в медицинской помощи будут пересмотрены принципы и объемы подготовки медицинских кадров, увеличен прием в медицинские колледжи и медицинские вузы по государственному заказу;

пересмотрены программы подготовки кадров в медицинских вузах с акцентом на " проблемный" подход к обучению, углубленную практическую подготовку и изучение и н о с т р а н н ы х я з ы к о в ;

усовершенствованы программы подготовки врачей общей практики путем изменения государственных стандартов подготовки с введением практического обучения в интернатуре (резидентуре) с учетом международного опыта;

введена регулярная (раз в 5 лет) аттестация профессорско-преподавательского с о с т а в а м е д и ц и н с к и х в у з о в ;

разработаны и внедрены новые программы (стандарты) в области повышения квалификации и переподготовки кадров, в том числе врачей общей практики;

внедрены дистанционные формы обучения в рамках программы информатизации

з д р а в о о х р а н е н и я ;

выделены средства из местных бюджетов на повышение квалификации и переподготовку медицинских и фармацевтических кадров сельского звена з д р а в о о х р а н е н и я ;

начата с 2005 года подготовка менеджеров здравоохранения на основе базового экономического и медицинского образования преимущественно в вузах, осуществляющих подготовку специалистов экономического профиля, и в рамках программ повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения в организациях, реализующих соответствующие программы дополнительного о б р а з о в а н и я ;

с 2005 года к переподготовке кадров системы здравоохранения (в том числе органов управления) будут привлечены зарубежные специалисты, а также будет введена практика повышения квалификации в зарубежных медицинских центрах.

Н а в т о р о м э т а п е б у д у т :

пересмотрены программы подготовки врачей и начато обучение медицинских кадров с высшим медицинским образованием в бакалавриате, магистратуре;

подготовлены менеджеры и экономисты здравоохранения с базовым экономическим образованием в бакалавриате и магистратуре;

внедрена система независимого контроля качества медицинского образования.

## **5.7. Механизмы реализации Программы**

Выполнение Программы будет осуществляться посредством плана мероприятий по ее реализации, утверждаемого Правительством Республики Казахстан.

Комплексная реализация Программы подразумевает координацию деятельности центральных и местных органов государственного управления по реформированию и р а з в и т и ю з д р а в о о х р а н е н и я .

Контроль за ходом исполнения плана мероприятий и достижением планируемых показателей Программы будет осуществляться Правительством Республики Казахстан.

В 2005 году в составе центрального уполномоченного органа будет создано новое структурное подразделение, основными функциями которого должны стать:

мониторинг и анализ хода выполнения Программы;

организационно-методологическое сопровождение Программы;

разработка и использование передовых технологий сбора и анализа информации, позволяющих принимать оптимальные решения по вопросам реформирования и развития о т р а с л и з д р а в о о х р а н е н и я ;

оценка медицинской, экономической и социальной эффективности предпринимаемых мер по охране здоровья населения с учетом общепринятых в общественном з д р а в о о х р а н е н и и п о д х о д о в ;

координация разъяснительной работы по реформированию отрасли среди медицинской общественности и населения.

На первом этапе в соответствии с данной Программой будут внесены необходимые изменения и дополнения в действующую нормативную базу и разработаны нормативные правовые акты, регулирующие деятельность создаваемой модели здравоохранения, закрепляющие солидарную ответственность гражданина, работодателя и государства за охрану здоровья, направленные на сохранение и развитие государственной системы здравоохранения, поддержку частного, в том числе некоммерческого сектора, формирование рынка и конкурентоспособности медицинских услуг.

С привлечением отечественных и международных экспертов будет разработана программа мониторинга и оценки процесса реформирования и развития здравоохранения на основе индикаторов, отражающих показатели здоровья и деятельность системы здравоохранения.

На втором этапе в целях объединения и систематизации правовых норм, регулирующих общественные отношения в области охраны здоровья, будет принят Кодекс Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения в Республике Казахстан".

## **6. Необходимые ресурсы и источники финансирования**

На реализацию Программы в 2005-2007 годы 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 165658,5 млн. тенге, в том числе из средств республиканского бюджета (включая целевые трансферты местным бюджетам) 134609,9 млн. тенге, из средств местного бюджета 310486 млн. тенге.

Отдельные мероприятия будут реализованы на местном уровне за счет целевых трансфертов, выделяемых из средств республиканского бюджета.

В 2008-2010 годы предполагается ежегодное увеличение объема финансирования отрасли с доведением его до 4% к ВВП в 2010 году.

Объем финансирования Программы на 2005-2010 годы будет уточняться при формировании республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

## **7. Ожидаемые результаты от реализации и индикаторы Программы**

Реализация мероприятий Программы позволит создать систему, которая обеспечит повышение доступности медицинской помощи населению и качество ее оказания.

В результате реализации Программы:

будет создана оптимальная модель здравоохранения, удовлетворяющая потребности населения, отрасли и государства;

существенно повысится уровень обеспеченности населения услугами здравоохранения, будут внедрены стимулы для охраны человеком собственного з д о р о в ь я ;

будет обеспечен равный доступ граждан к медицинской помощи и реализован принцип солидарной ответственности государства и граждан за охрану здоровья;

увеличится объем профилактических, оздоровительных мероприятий, повысится эффективность и качество диспансеризации больных, снизится уровень временной и стойкой утраты трудоспособности за счет расширения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на уровне ПМСП;

снизится заболеваемость населения за счет проводимых профилактических мероприятий, повышения уровня информированности населения о влиянии факторов риска на состояние здоровья, что, приведет к поэтапному снижению госпитализации на 10-15% на первом этапе и на 25-30% - на втором;

будет снижено количество вызовов и повышено качество оказания скорой медицинской помощи за счет расширения объема помощи на уровне ПМСП;

к 2010 году организации ПМСП будут обеспечены квалифицированным врачебным и средним медицинским персоналом и оснащены оборудованием в соответствии с н о р м а т и в а м и ;

будут устранены диспропорции в оказании медицинской помощи на основе перераспределения части объемов из стационарного сектора в амбулаторный, эффективного использования стационарозамещающих технологий;

будет внедрена эффективная система управления качеством медицинских услуг; повысится доступность, эффективность и преемственность медицинской помощи на всех этапах ее оказания ;

будут усовершенствована система финансирования, устранен дефицит финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, внедрены механизмы взаиморасчетов между субъектами отрасли;

повысится эффективность использования средств государственного бюджета и населения на здравоохранение, при этом существенно снизится уровень неформальных платежей ;

будет создана единая информационная система здравоохранения;

повысится индекс здоровья женщин репродуктивного возраста и детей, стабильно снизятся показатели материнской и младенческой смертности, к 2010 году снизится материнская смертность с 42,1 в 2003 году до 30,0 на 100 тысяч живорожденных и



младенческая смертность с 15,3 в 2003 году до 10,0 на 1000 живорожденных (при существующей методике расчетов);

стабилизируется ситуация по социально значимым заболеваниям, снизится уровень инфекционных и неинфекционных заболеваний;

снизится заболеваемость туберкулезом с 160,4 в 2003 году до 150,0 к 2007 году, до 135,0 на 100 тыс. человек населения к 2010 году;

заболеваемость инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, будет ежегодно снижаться на 10%;

повысится эффективность государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств;

увеличится объем производства отечественной конкурентоспособной фармацевтической и медицинской продукции;

будут внедрены современные методы диагностики и международные стандарты лечения;

будет проведена гармонизация документов государственной системы санитарно-эпидемиологического нормирования с международными стандартами;

улучшится материально-техническая база организаций медицинского образования, будут усовершенствованы программы подготовки и переподготовки медицинских кадров, повысятся требования к обучению в медицинских высших учебных заведениях и колледжах. За счет внедрения механизмов закрепления кадров, увеличения приема в медицинские вузы и колледжи по государственному заказу будет решена проблема кадровой обеспеченности отрасли;

существенно повысится качество подготовки и переподготовки медицинских работников, будут расширены права и усилена ответственность врача и медицинского работника, поднят их социальный статус и престиж в обществе.