Постановление Правительства Республики Казахстан

Астана, Үкімет Үйі от 15 октября 2018 года № 634

Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 –2019 годы

Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить прилагаемую Государственную программу развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы (далее – Программа).

2. Центральным и местным исполнительным органам, иным организациям (по согласованию), ответственным за реализацию Программы:

1) принять меры по реализации Программы;

2) представлять в Правительство Республики Казахстан информацию о ходе исполнения Программы в порядке и сроки, определенные постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 ноября 2017 года № 790 «Об утверждении Системы государственного планирования в Республике Казахстан».

3. Признать утратившим силу постановление Правительства Республики Казахстан от 16 марта 2016 года № 143 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы».

4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

5. Настоящее постановление вводится в действие со дня его подписания и подлежит официальному опубликованию.

Премьер-Министр
Республики Казахстан Б. САГИНТАЕВ

Утверждена
постановлением Правительства Республики Казахстан
от 15 октября 2018 года № 634

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 годы

Содержание

1. Паспорт Программы
2. Введение
3. Анализ текущей ситуации
4. Цели, задачи, целевые индикаторы и показатели результатов реализации Программы
5. Основные направления, пути достижения поставленных целей Программы и соответствующие меры
6. Необходимые ресурсы

1. Паспорт Программы

Наименование программы	Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 годы
Основания для разработки	Указ Президента Республики Казахстан от 15 февраля 2018 года № 636 «Об утверждении Стратегического плана развития Республики Казахстан до 2025 года и признании утратившими силу некоторых указов Президента Республики Казахстан»; Послание Президента Республики Казахстан Назарбаева Н. А. народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства»; Послание Президента Республики Казахстан Назарбаева Н. А. народу Казахстана от 11 ноября 2014 года «Нурлы жол – путь в будущее»; Послание Президента Республики Казахстан Назарбаева Н. А. народу Казахстана от 10 января 2018 года «Новые возможности развития в условиях четвертой промышленной революции»; Национальный план Президента Республики Казахстан Назарбаева Н. А. «100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ»
Государственный орган, ответственный за разработку Программы	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Государственные органы, ответственные за реализацию Программы	Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Министерство внутренних дел Республики Казахстан, Министерство культуры и спорта Республики Казахстан, Министерство национальной экономики Республики Казахстан, Министерство обороны Республики Казахстан, Министерство образования и науки Республики Казахстан, Министерство по инвестициям и развитию Республики Казахстан, Министерство сельского хозяйства Республики Казахстан, Министерство финансов Республики Казахстан, Министерство энергетики Республики Казахстан, Министерство информации и коммуникаций Республики Казахстан, Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан, Министерство юстиции Республики Казахстан, Министерство общественного развития Республики Казахстан, акиматы областей, городов Астана, Алматы и Шымкента
Цели Программы	– Укрепление здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны; – Внедрение новой политики по охране здоровья общества на основе интегрированного подхода к профилактике и управлению болезнями. – Модернизация национальной системы здравоохранения, ориентированной на эффективность, финансовую устойчивость и поддержку социально-экономического роста
Задачи	Развитие системы общественного здравоохранения; совершенствование профилактики и управления заболеваниями; повышение эффективности управления и финансирования системы здравоохранения повышение эффективности использования ресурсов и совершенствование инфраструктуры отрасли
Сроки реализации	2016–2019 годы
Целевые индикаторы	К 2020 году: – ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигнет 73,13 лет; – индекс здоровья составит 0,815; – уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи составит 48%.
Источники и объемы финансирования	На реализацию Программы в 2016–2019 годах будут направлены средства государственного бюджета и фонда обязательного социального медицинского страхования, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан. Общие затраты из государственного бюджета на реализацию Программы составят 944 998,8 млн тенге.

По годам	Всего	Республиканский бюджет	Местный бюджет	Другие источники (ФСМС, НФ)
2016 г.	128 034,8	92 389,3	34 945,5	700,0
2017 г.	408 080,9	69 309,9	19 035,9	319 735,0
2018 г.	207 276,4	196 079,0	11 197,4	0
2019 г.	201 606,8	192733,9	8 872,9	0
Итого:	944 998,8	550 512,1	74 051,7	320 435,0

Объем финансирования Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы (далее – текущая Государственная программа) будет уточняться при утверждении республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан и исходя из возможности доходной части республиканского и местных бюджетов, Фонда социального медицинского страхования, а также с привлечением других альтернативных источников.

2. Введение

Для достижения стратегической цели, поставленной Главой государства Назарбаевым Н. А. в Послании народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства», по дальнейшему развитию страны и вхождению в число 30-ти наиболее развитых стран мира к 2050 году следует преодолеть разрыв в развитии между странами Организации экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР) и Казахстаном.

В этой связи государство должно обеспечить поэтапное внедрение стандартов стран ОЭСР, направленных на улучшение качества и доступности предоставляемых медицинских услуг, повышение эффективности системы управления и финансирования системы здравоохранения, а также рациональное использование имеющихся ресурсов.

В ходе реализации предыдущих государственных программ был укреплен потенциал системы здравоохранения Казахстана, внедрены элементы рыночных механизмов и осуществлен трансферт современных медицинских технологий.

Текущая Государственная программа будет направлена на закрепление и развитие достигнутых результатов и решение проблем в вопросах охраны здоровья в соответствии с новыми вызовами, а также станет основой для планомерного развития отрасли до 2050 года.

Реализация текущей Государственной программы будет способствовать устойчивости и динамичному развитию социально-ориентированной национальной системы здравоохранения с соблюдением принципов всеобщего охвата населения, социальной справедливости, обеспечения качественной медицинской помощью и солидарной ответственности за здоровье в соответствии с ключевыми принципами политики Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) «Здоровье-2020».

3. Анализ текущей ситуации

Согласно отчету Глобального индекса конкурентоспособности (далее – ГИК) за 2017 год по индикатору «Здоровье и начальное образование» Казахстан занял 59-е место из 137 стран (в 2016–2017 годах – 94-е место из 138 стран). Так Казахстан улучшил показатели в социальном секторе: количество случаев туберкулеза (2016 г. – 92-е место, 2017 г. – 90-е место), уровень заболеваемости ВИЧ – первое место в 2016–2017 гг., детская смертность (2016 г. – 71-е место, 2017 г. – 70-е место), продолжительность жизни (2016 г. – 90-е место, 2017 г. – 88-е место).

Между тем отмечается существенное снижение позиций по сравнению с 2015 годом, когда страна занимала 42-е место среди 140 стран.

По индексу человеческого развития в 2015–2016 годах, опубликованному в марте 2017 года, республика входит в группу стран с высоким уровнем развития и занимает 56-е место из 187 стран, поднявшись на 14 мест по сравнению с 2014 годом (в 2014 году – 70-е место из 187 стран).

Медико-демографическая ситуация и заболеваемость

За 2016–2017 годы реализации текущей Государственной программы отмечены:

1) увеличение численности населения в республике с 17 417,7 (на 1 января 2015 года) до 18 157,0 тыс. человек (на 1 января 2018 года);

2) рост ожидаемой продолжительности жизни по сравнению с 2015 годом (71,62 лет) увеличился порядка на 8 месяцев и составил в 2017 году 72,41 лет;

3) снижение общей смертности населения на 4,9% (2015 год – 7,47 на 1 000 населения, 2017 год – 7,15);

4) снижение младенческой смертности на 15,3% (2015 год – 9, 37 на 1 000 родившихся живыми, 2017 год – 7,93);

5) снижение заболеваемости населения туберкулезом на 10,0% (2015 год – 58,5 на 100 000 населения, 2017 год – 52,2) и смертности более чем в 1,3 раза (2015 год – 4,1 на 1 000 населения, 2017 год – 3,0);

6) удержание распространенности вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (далее – ВИЧ/СПИД) на концентрированной стадии (2015 год – 0,22, 2017 год – 0,212).

Снижение показателей материнской, младенческой и детской смертности по подтверждению Межведомственной группы агентств Организации Объединенных Наций (далее – ООН) позволило Казахстану достичь 4-ой и 5-ой (детская и материнская смертность) Целей устойчивого развития.

Несмотря на позитивную динамику показателей здоровья населения, ожидаемая продолжительность жизни казахстанцев почти на 10 лет меньше, чем в странах – членах ОЭСР. Сохраняется значительная разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин (2015 год – 9,15 года), смертность у мужчин в трудоспособном возрасте на 24% выше, чем у женщин.

В структуре общей смертности ведущей причиной являются болезни системы кровообращения (22,3%), наиболее частые – ишемическая болезнь сердца, сосудистое поражение мозга, от которых ежегодно умирают около 30 тысяч человек. Рост первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения составляет почти на 16,4% (2015 год – 2 429,7).

Второй причиной является смертность от злокачественных новообразований (12,1%), от которых ежегодно умирают около 17 тысяч человек, из них 16,9% составляет рак легких. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями увеличился на 18% (2015 год – 207,7, 2017 год – 253,4).

На третьем месте – смертность от несчастных случаев, травм и отравлений (11,3%), от которых ежегодно умирает около 16 тысяч человек (2015 год – 82,5 на 100 000 населения, 2017 год – 69,38 на 100 000 населения). Ежегодно свыше 3000 человек погибают от преднамеренного самоповреждения, опережая смертность от дорожно-транспортных происшествий (далее – ДТП).

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

За последние годы сложилась неблагоприятная динамика уровня первичной инвалидности (интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность в республике в 2014 г. составил 28,1, в 2015 г. – 28,1, в 2016 г. – 29,4, в 2017 году – 28,9 на 10 тыс. населения), что указывает на необходимость строгого соблюдения мер техники безопасности труда на рабочем месте.

Вместе с тем сохраняется высокий уровень материнской и младенческой смертности. Так, по итогам 2017 года отмечается превышение показателя материнской смертности плановых значений на 2017 год по текущей Государственной программе (*план – 11,4; факт – 12,5 на 100 тыс. родившихся живыми*).

Уровень младенческой смертности в республике продолжает снижаться и по итогам 2017 года составил 7,93 на 1000 родившихся живыми. Однако уровень данного показателя выше среднего уровня в странах ОЭСР (*по итогам 2015 года средний показатель по странам ОЭСР – 3,71*).

Вместе с тем в целом сохраняется высокий уровень материнской и младенческой смертности. За последние три года целевые значения показателя материнской смертности не были достигнуты, находились на уровне 12,5 на 100 тыс. живорожденных в 2015 году (при плане 12,4), в 2016 году – 12,7 (при плане 11,5), в 2017 году – 12,5 (при плане в 11,4 соответственно).

Такая ситуация обусловлена рядом следующих причин:

1) снижением рождаемости (в 2014 году – 23,14 на 1 000 человек населения, 2015 году – 22,69, 2016 году – 22,52, 2017 году – 21,64), что связано со вступлением в репродуктивный возраст поколения 1990-ых годов, родившихся в период «второй демографической ямы», когда наблюдался низкий уровень рождаемости.

Снижение продолжится до 2026 года, после чего снова ожидается заметное увеличение числа рождений.

Так как расчет показателя материнской смертности производится на 100 тыс. живорожденных, на него напрямую влияет показатель рождаемости.

Вместе с тем в течение последних лет абсолютное число случаев материнской смертности остается примерно на одном уровне: в 2013 году – 51 женщина, в 2014 году – 47, 2015 году – 50, 2016 году – 51, в 2017 году – 49;

2) рост уровня внешней миграции.

С 2013 года количество трудовых мигрантов увеличилось на 44% (с 25566 – в 2013 году до 36792 – в 2016 году).

Среди прибывших много женщин с низким социальным статусом и индексом здоровья, для которых характерно позднее обращение за медицинской помощью;

3) низкий индекс здоровья женщин, вступивших в беременность, способствует повышению риска обострения хронических заболеваний и развития тяжелых осложнений беременности и родов.

В 2017 году из всех беременных, поступивших под наблюдение, доля здоровых составила 42%. Соответственно экстрагенитальной патологией в течение беременности страдали 58%. Из них анемией – 32% беременных, заболеваниями мочеполовой системы – 10%, органов кровообращения – 6%, заболеваниями эндокринной системы – 3,7%, органов дыхания – 3,2%, болезнями органов пищеварения – 1,7%.

За последние годы сложилась отрицательная динамика уровня первичной инвалидности (интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность в республике в 2014 году составил 28,1, в 2015 году– 28,1, в 2016 году– 29,4 на 10 тыс. населения), что также является свидетельством несоблюдения техники безопасности труда на рабочем месте.

Среди причин бремени хронических заболеваний в 87,5% являются 4 фактора риска (высокое артериальное давление, повышенный уровень холестерина, табакокурение и употребление алкоголя).

По данным ВОЗ, годовой уровень потребления алкоголя в Казахстане (в эквиваленте литров чистого спирта/душа населения в год) снизился незначительно: с 7,1 в 2007 году до 6,6 в 2012 году.

По результатам Глобального опроса населения о потреблении табака, проведенного в 2014 году, распространенность табакокурения в Казахстане (% курения табака в возрасте старше 15 лет), составила 22,4% (в странах ОЭСР – 20,65%).

С 2012 года по 2014 год на 15% снизилось количество зарегистрированных потребителей наркотиков.

Внедрена Программа управления хроническими заболеваниями (далее – ПУЗ). Она основана на активном ведении пациентов с такими заболеваниями, как сахарный диабет, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность (далее – ХСН). При этом пациент подписывает соглашение об участии в ПУЗ, его приглашают на периодической основе курирующий врач общей практики и специально обученная медсестра для проведения клинико-диагностических мероприятий, контроля приема лекарств и составления плана динамического наблюдения. Пациент ведет дневник по контролю самочувствия и приема лекарств. Таким образом, внедряется проактивный подход в лечении болезней и предупреждении осложнений как врачом, так и пациентом.

В 2017 году проект реализован во всех 16 регионах, в 2 раза с 3 до 7 тысяч увеличилось число пациентов, участвующих в проекте. В результате, у 75% участников стабилизировалось артериальное давление, у 65% пациентов с сахарным диабетом улучшились показатели крови. Госпитализация пациентов с ХСН снизилась в 2 раза.

По данным 6-го национального исследования (2015 год), распространенность ожирения среди взрослого населения Казахстана составила 9,2%, распространенность избыточной массы тела – 33,3%.

По прогнозам Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан численность населения страны к 2030 году превысит 21 млн. человек, доля пожилых людей увеличится с 7,7% ориентировочно до 11-13% (ОЭСР – 15,5%). Изменение демографической ситуации с ростом хронических заболеваний повлияет на спрос медицинских услуг.

В республике отмечается стабильная эпидемиологическая ситуация по большинству инфекционных болезней. Достигнут 95% охват иммунизацией против 11 вакциноуправляемых инфекций всего подлежащего детского населения. В 2012 году ВОЗ ресертифицировал Казахстан страной, свободной от полиомиелита и малярии.

Предпринимаемые усилия позволили сдержать эпидемию ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан на концентрированной стадии. В ГИК по показателю «Распространенность ВИЧ в возрастной группе 15–49 лет» Казахстан вошел в группу стран с низким показателем, занимающих 1-е место.

Несмотря на значительное снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза (снижение заболеваемости более чем на 9% ежегодно, смертности – более чем в 2,5 раза за 5 лет), по данным 2015 года Казахстан среди 18 стран Европейского региона с высоким уровнем распространенности туберкулеза занимает 7-е место, по уровню первичного устойчивого туберкулеза – 2-ое, а в ГИК по распространенности туберкулеза – 102-е место.

В санитарно-эпидемиологической службе внедрена система прогнозирования, оценки и управления рисками, организованы 5 зональных вирусологических лабораторий, созданы специализированные лаборатории по контролю безопасности пищевой продукции, отвечающие требованиям Всемирной торговой организации, в календарь прививок внесена вакцинация детей от пневмококковой инфекции.

Вместе с тем не определена концепция дальнейшего развития и совершенствования системы оценки рисков, предполагающая создание научно обоснованной оценки негативного воздействия факторов окружающей среды на состояние здоровья населения и связанных с этим потенциальных медико-биологических и экономических последствий.

Существующие информационные системы не обеспечивают оперативный обмен данными с другими базами данных заинтересованных государственных органов, ведомств и международных организаций. Отсутствует возможность проведения мониторинга санитарно-эпидемиологической ситуации в онлайн-режиме.

Существующая система лабораторного контроля с учетом развития технологий и решения задач по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения требует постоянного совершенствования и дооснащения.

Охрана здоровья и система здравоохранения

За период реализации текущей Госпрограммы проведена определенная работа по формированию единой национальной политики по вопросам охраны здоровья, усилению межсекторального и межведомственного взаимодействия.

В структуре уполномоченного органа и его территориальных подразделениях созданы структурные подразделения по охране общественного здоровья.

Начавший свое функционирование Национальный центр общественного здравоохранения будет способствовать созданию доступных и эффективных механизмов по профилактике болезней и укреплению здоровья.

Для обеспечения эффективного межсекторального сотрудничества разработан Алгоритм взаимодействия центральных и местных исполнительных органов по вопросам укрепления общественного здоровья.

Основы охраны общественного здоровья регламентированы Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и реализуются организациями здравоохранения, в том числе центрами формирования здорового образа жизни, организациями первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП), службами инфекционного контроля в медицинских организациях, а также другими государственными органами и организациями в рамках межведомственного взаимодействия.

Продолжается реализация мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Приняты меры по сокращению административных барьеров, улучшению условий для предпринимательской деятельности. Оптимизирована выдача санитарно-эпидемиологических заключений с четырех до одного вида. Впервые в Казахстане внедрены механизмы альтернативы проверкам (аудит, НАССР (анализ рисков и критические контрольные точки), мониторинг безопасности продукции посредством отбора проб и камерального контроля). Создан и функционирует обучающий Центрально-Азиатский центр по пищевой безопасности.

Совместно с ответственными государственными органами продолжается реализация мероприятий по обеспечению питания школьников, привитию навыков ведения здорового образа жизни, сокращению смертности от ДТП и травматизма, оказанию медицинской помощи больным туберкулезом в учреждениях уголовно-исполнительной системы, предупреждению и снижению последствий чрезвычайных ситуаций, обеспечению медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и развитию санитарной авиации. Также совместно с местными исполнительными органами проводятся мероприятия по пропаганде здорового образа жизни и профилактике особо опасных инфекций.

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

Внедрены программы по профилактике наркомании и поведенческих болезней в общеобразовательных учреждениях, в том числе путем обучения инспекторов по делам несовершеннолетних технологиям раннего выявления групп риска по наркологическому профилю среди детей и подростков, а также путем обучения сотрудников Министерства внутренних дел Республики Казахстан (полицейские, участковые инспектора) навыкам определения степени опьянения (алкогольного, наркотического, токсического).

В то же время мероприятия по своевременности выполнения обязательств участниками межведомственного и межсекторального взаимодействия малоэффективны, недостаточна координирующая роль Национального координационного совета, отсутствует эффективное взаимодействие секторов на первичном уровне. Недостаточно внимания уделяется управлению детерминантами причин неинфекционных заболеваний. Снижена эффективность профилактических и оздоровительных мероприятий среди школьников. В недостаточном объеме проводится фортификация муки по профилактике дефицита железа и фолиевой кислоты.

В целях усиления профилактической направленности на уровне первичного звена проведены следующие мероприятия:

1) в рамках интеграции специализированных служб с первичным звеном, в поликлиниках дополнительно были открыты противотуберкулёзные, онкологические, маммологические кабинеты, открыты кабинеты психического здоровья;

2) создан институт социальных работников (2014 год – 1,2 на 10 тысяч населения, в 2017 году – 7,4 на 10 тыс. населения);

3) увеличилось количество врачей общей практики (далее – ВОП) с 3 101 человек в 2014 году до 5 382 в 2017 году, т. е. более чем на 70%;

4) с 2014 года внедрен комплексный подушевой норматив (далее – КПН), который в 2017 году составил 683 тенге и вырос, по сравнению с 2014 годом, на 29,3%. Финансирование первичной медико-санитарной помощи в общем объеме финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) увеличилось с 33% в 2014 году до 37% в 2017 году. Выравнен уровень финансирования ПМСП между регионами с увеличением тарифа в расчете на 1 жителя (с 169 до 683 тенге).

В целях совершенствования оказания скорой медицинской помощи (далее – СМП) с 2017 года внедрена двухуровневая модель, объединяющая в единую сеть областные центры неотложной помощи и национальный центр координации оказания СМП.

Внедрены международные программы обучения сотрудников скорой и неотложной медицинской помощи (стандарты BLS, ACLS). Проведен редизайн санитарного транспорта, специализированной одежды сотрудников службы СМП. Приобретено 259 единиц санитарного транспорта, охват GPS-навигацией – 76%. Внедрен новый формат приемных отделений (Emergency department) многопрофильных стационаров.

Новый формат приемных отделений многопрофильных стационаров (триаж-система, пациенто-ориентированный подход, пересмотр кадрового и материально-технического оснащения приемных отделений) опробирован в пилотных режиме в гг. Астана, Алматы. На основе положительных результатов пилотного проекта данная модель транслирована на все регионы Казахстана.

Разработана новая модель ургентной телемедицины, которая будет реализована при соответствующем финансировании (предположительно в рамках финансирования Всемирного Банка).

Благодаря принятым мерам отмечается снижение темпа роста спроса на стационарные услуги, более дифференцированное направление пациентов на дополнительные обследования и консультации.

Однако приоритет ПМСП в части финансирования не достигнут. Объем финансирования ПМСП на 1 жителя составил в Казахстане 95 долларов США, Эстонии – 231, Словении – 369, ОЭСР – 558. Наблюдается медленный темп перехода организаций ПМСП на принцип семейной медицины. Не в полной мере обеспечена мотивация для формирования службы ВОП. Не разработаны механизмы экономической мотивации управления состоянием здоровья прикрепленного населения на уровне ПМСП, недостаточна работа по информированию населения о новой модели с более широкими компетенциями и функционалом ВОП.

Интеграция ПМСП и вертикальных профильных служб (туберкулез, онкология, ВИЧ/СПИД и др.) также недостаточна. Требуют решения вопросы улучшения преемственности между амбулаторно-поликлиническим, стационарным уровнем и службой скорой медицинской помощи. Сохраняется перепотребление консультативно-диагностических услуг. Недостаточно используется для этих целей потенциал стационаров, что вызывает неудовлетворенность населения в доступности и качестве медицинских услуг.

С внедрением Единой национальной системы здравоохранения (далее – ЕНСЗ) на стационарном уровне проведена консолидация средств ГОБМП на уровне республиканского бюджета, в результате уменьшилась разница в финансировании между регионами, внедрен принцип «деньги следуют за пациентом», финансирование по клинико-затратным группам (далее – КЗГ). Это способствовало интенсификации использования ресурсов стационара и развитию стационарозамещающих технологий, внедрению и развитию высоких медицинских технологий в регионах (по сравнению с 2010 годом средняя длительность пребывания в стационаре сократилась на 27%, количество пролеченных больных в условиях дневного стационара увеличилось на 23,5%, количество кардиохирургических вмешательств возросло с 7 000 до 85 000 в год).

Однако, несмотря на сокращение коечного фонда на 14 тыс. единиц, в Казахстане показатели обеспеченности больничными койками выше, чем в странах ОЭСР на 20% более продолжительная средняя длительность пребывания в стационаре (9,2 койко-дней (2015 год) против 6,0 в странах ОЭСР), недостаточна дифференциация коечного фонда по уровню интенсивности лечения, что создает финансовую нагрузку на бюджет здравоохранения: на долю стационаров приходится более 60% бюджета системы здравоохранения.

Результатом недостаточного уровня дифференциации, нехватки коек восстановительного лечения, реабилитации и длительного ухода стала низкая эффективность их работы. Не развиты стационары на дому и патронажная служба. Свыше 20% госпитализированных больных могли получить лечение на амбулаторном уровне.

Наиболее распространенные группы заболеваний (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт), злокачественные новообразования, травмы, роды) являются наиболее частыми причинами госпитализации и смертности. При этом недостаточно взаимодействие и интеграция на всех уровнях маршрута пациента, основанные на единых алгоритмах действий.

С целью внедрения интегрированной модели при уполномоченном органе созданы 5 Координационных советов по повышению эффективности службы родовспоможения и детства, оказанию медицинской помощи при остром инфаркте миокарда и управлению острыми инсультами, управлению онкологическими заболеваниями, оказанию медицинской помощи при травмах; утверждены их составы, Дорожные карты по внедрению интегрированной модели по 5 направлениям; из числа республиканских центров определены профильные медицинские организации по каждому из 5-ти направлений.

В отрасли формируется конкурентная среда среди поставщиков частной и государственной формы собственности медицинских услуг с обеспечением равных условий при оказании ГОБМП:

– разработаны новые правила закупа с учетом равных условий для частных поставщиков;
– отменены 29 СанПинов;
– пересмотрены – 8 СанПинов;
– сокращено количество проверок бизнеса в 2 раза;
– освобождены от проверок 34,5 тыс. объектов.

Все это позволило обеспечить рост доли частных поставщиков в оказании ГОБМП. В 2014 году данный показатель составлял 27,4%. В 2017 году – вырос до 40%, в 2018 году достиг 43%. При этом, за период 2017–2018 годы рост доли участия частных поставщиков в денежном выражении вырос на 5% (с 8% в 2017 году до 14% в 2018 году).

Государственные медицинские организации расширили самостоятельность путем перехода в статус организаций на праве хозяйственного ведения (далее – ПХВ) с наблюдательными советами. Внедрены новые методы оплаты, ориентированные на конечный результат в амбулаторном и стационарном секторах, в онкологической службе и медицинских организациях села – глобальный бюджет.

Объем финансирования отрасли вырос на 19% с 867,8 млрд. тенге в 2015 году до 1 трлн. 030 млрд. тенге в 2017 году.

Вместе с тем анализ макроэкономических показателей выявил существенное отставание размеров бюджетных инвестиций в здравоохранение в Казахстане от уровня развитых стран. Так, в 2016 году доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП в Казахстане составила 3,4% (в странах ОЭСР – 9%).

В Казахстане сохраняется высокий уровень частных расходов на получение медицинской помощи (республика – 41%). По данным ВОЗ уровень расходов населения свыше 20% является признаком низкой финансовой устойчивости системы здравоохранения и характеризует повышенный риск для населения, связанный с приближением их к черте бедности вследствие болезней, которые, в свою очередь, могут затронуть все сферы (способность получать образование, экономическая продуктивность, уменьшение спроса на медицинские услуги), а также привести к ухудшению здоровья и демографических показателей.

Кроме того, действующие механизмы финансирования, тарифная политика в системе здравоохранения недостаточно эффективны, не решены вопросы финансирования обновления основных средств. Требуют дальнейшего совершенствования механизмы эффективности использования средств ГОБМП. Так, отмечается низкая эффективность Национальной скрининговой программы (выявляемость составляет 3,4% среди взрослого населения, 16,4% – среди детского), эффективность скринингов не мониторируется на основе рекомендаций по эффективности раннего обнаружения раковых опухолей и их успешному лечению.

Существующая система финансирования ГОБМП не реализует главный принцип всей системы здравоохранения солидарной ответственности государства, работодателя и гражданина за свое здоровье.

В рамках развития системы обязательного социального медицинского страхования создан Фонд социального медицинского страхования (далее – ФСМС) и его 16 региональных филиалов. ФСМС аккумулирует отчисления и взносы на обязательное медицинское страхование от участников системы и выступает в качестве единого плательщика за оказание медицинских услуг.

С учетом появления новых технологий современная медицина становится все более ресурсоемкой.

Продолжается работа по стандартизации в соответствии с международными требованиями: совершенствуются протоколы диагностики и лечения, алгоритмы, стандарты профильных служб. Последовательно начали внедряться компоненты управления качеством: система аккредитации медицинских организаций, внутренний аудит, независимая оценка знаний и навыков.

Вместе с тем управление качеством медицинских услуг основано в большей степени на системе контроля, не завершен процесс стандартизации в здравоохранении, не привлекаются общественные организации и профессиональные сообщества в процесс управления качеством. Система сертификации медицинских работников слабо мотивирует обеспечение качества медицинских услуг. Не развит процесс доаккредитационной подготовки медицинских организаций.

Новым институциональным механизмом по повышению качества медицинских услуг стало создание консультативно-совещательного органа при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан – Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг (далее – ОКК), деятельность которой направлена на выработку рекомендаций по совершенствованию клинических протоколов, стандартов медицинского образования, лекарственного обеспечения, стандартов системы контроля качества и доступности услуг в области здравоохранения.

В рамках работы по обеспечению качества медицинских услуг создана Объединенная комиссия по качеству медицинских услуг. Количество представителей неправительственных организаций в ОКК составило 43%.

За 2016–2017 годы проведено 36 заседаний ОКК, на которых одобрено 462 клинических протоколов диагностики и лечения, рассмотрено 95 новых медицинских технологий, из них одобрено 75.

Продолжается дальнейшая аккредитация медицинских организаций. За 2016 год прошли национальную аккредитацию 169 медицинских организаций, за 2017 год – 152.

Впервые Центр аккредитации Республиканского центра развития здравоохранения получил международное признание по своей основной деятельности. На основании аудита соответствия системы аккредитации Казахстана требованиям высшего органа в мире по качеству и безопасности в здравоохранении – International Society for Quality in Health Care (Международное Общество по Качеству в Здравоохранении (далее – ISQua), Комиссия по аккредитации при Совете Директоров ISQua приняла решение об аккредитации сроком на четыре года до января 2021 года.

По итогам работы в 2017 году в республике осуществляли деятельность 247 тысяч медицинских работников, в том числе врачей – 72 134 человек, средних медицинских работников (далее – СМР) – 175 246 человек (все ведомства). Из них в системе здравоохранения работают всего 209 161 человек (врачей – 56 570 и СМР – 152 591).

Обеспеченность врачебными кадрами на 10 тысяч населения составила в среднем по республике – 39,7 (2016 год – 41,6); СМР – 96,5 (2016 г. – 95,3).

Общая обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом в расчете на 10 тысяч населения в целом стабильна.

Несмотря на это сохраняется потребность во врачах по отдельным специальностям. В разрезе регионов наблюдается неравномерное распределение кадровых ресурсов – межрегиональная разница более чем в 3,8 раза.

Ежегодный уровень потребности во врачебных кадрах складывается исходя из:

естественных причин (2,8%): убыль (выход на пенсию, смерть и др.), миграция, социальная миграция, переток в частные структуры и др.;

роста населения, расширения сети медицинских организаций, за счет новых;

неоднородности структуры потребности в кадрах в разрезе специальностей;

наличия незанятых штатных единиц (вакансий), складывающихся из разницы предусмотренных штатных единиц и занятых штатных единиц.

Укомплектованность врачебными кадрами в системе здравоохранения в целом за 2017 год составила 95%, что является достаточным для обеспечения качественной медицинской помощи населению. Средний коэффициент совместительства составил 1,32, при этом предельно допустимый коэффициент совместительства определен как 1,5.

Для обеспечения отрасли медицинскими кадрами:

1. Введена норма обязательной отработки выпускников, обучившихся за счет государственного образовательного заказа по медицинским специальностям.

2. Ведется ежегодный персонифицированный мониторинг закрепления выпускников на местах.

3. Утверждена Национальная политика управления кадровыми ресурсами здравоохранения.

4. Заключены меморандумы с акимами областей, городов Астаны, Алматы на 2016–2018 годы по достижению показателя «снижение дефицита врачебных кадров».

5. Выделяются целевые заказы местными исполнительными органами (далее – МИО) на подготовку кадров.

6. Внедряются корпоративные политики по управлению кадровым резервом здравоохранения и HR технологии в региональных медицинских организациях.

7. Обновлена методика статистического учета кадров (гармонизирована со стандартами ВОЗ, ЕвроСтат); закреплены нормы по допуску выпускников интернатуры (педиатрия, акушерство-гинекология) и выпускников интернатуры после переподготовки (неврология (взрослая), неврология (детская), профессиональная патология, фтизиатрия, в том числе детская, медицинская реабилитология, в том числе детская, клиническая фармакология, анестезиология и реаниматология (взрослая) на уровне амбулаторно-поликлинического звена и в сельском здравоохранении к работе без прохождения резидентуры.

Дефицит по клиническим незанятым штатным единицам в разрезе клинических специальностей в 2017 году составил 2 840 штатных единиц. При этом, с учетом нормативного коэффициента совместительства 1,5, то физических лиц потребуется меньше, в среднем около 1 893 человек.

Несмотря на внедрение стимулирующего компонента подушевого норматива, соотношение средней заработной платы ВОП в Казахстане к среднемесячной заработной плате в экономике составляет 1,0. Данный показатель в Великобритании – 1,9; Турции – 2,0; Словении – 2,5; Венгрии – 1,4; Эстонии – 1,7.

В этой связи ведется работа по переходу до конца 2018 года медицинских организаций в предприятия на праве хозяйственного ведения (далее – ПХВ). Сравнительный анализ показывает, что средняя зарплата врачей в медицинских организациях, перешедших на ПХВ выше, чем у коллег в государственных медицинских учреждениях и составляет 157 тыс. тенге, среднего персонала – 101 тыс. тенге.

В целях обеспечения качества обучения студентов-медиков начата модернизация медицинского образования через стратегическое партнерство медицинских ВУЗов страны с 6 ведущими зарубежными университетами: КазНМУ им. С. Асфендиярова и Университет Дьюка (США), Карагандинский государственный медицинский университет и Университет Лунда (Швеция), Государственный медицинский университет г. Семей и Университет Сент-Луиса (США), Медицинский университет Астана и Университет Рима «Ла Сапиенца» (Италия), Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия и Гданьский медицинский университет (Польша), Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова и Познаньский медицинский университет (Польша). Разработана модель университетской клиники, где медицинские организации интегрируются в состав университетов.

Продолжается работа по модернизации сестринского образования на основе финской модели прикладного бакалавриата, по которой обучается 312 человек в 6 пилотных колледжах.

Однако остаются низкими практическая направленность подготовки кадров, несовершенство образовательных программ, особенно по направлениям клиническая фармакология, менеджмент, экономика.

Продолжают оставаться актуальными вопросы низкой конкурентоспособности научных исследований, их неудовлетворительной практической значимости, недостаточного финансирования прикладных научных исследований в области здравоохранения и дефицита кадров с ученой степенью (более 650 специалистов).

На основе международного опыта создана Единая система дистрибуции лекарственных средств. Внедряются международные стандарты качества (GMP, GDP, GPP и др.), созданы фарминспекторат и государственный орган в сфере обращения лекарственных средств. Для обеспечения физической доступности лекарственной помощи жителям села организована реализация лекарственных средств через объекты ПМСП в более чем 3000 сельских населенных пунктах, не имеющих аптечных организаций.

Продолжены развитие и совершенствование формулярной системы путем внедрения и поддержания Казахстанского национального лекарственного формуляра (далее – КНФ).

Лекарственные формуляры организаций здравоохранения формируются на основе КНФ, постоянно совершенствуются на основе регулярного проведения мониторинга и оценки эффективности применения в отношении отдельных, наиболее дорогостоящих лекарственных средств.

В структуре расходов на лекарственное обеспечение в рамках ГОБМП доля стационарного лекарственного обеспечения составляет 45%, доля амбулаторного лекарственного обеспечения – 55%. На амбулаторном уровне более 2,5 млн. граждан республики получают лекарственные препараты более чем по 400 наименованиям лекарственных средств бесплатно за счет государства.

Республика Казахстан стала официальным наблюдателем Комиссии Европейской фармакопеи и полноправной страной-участницей Международной программы ВОЗ по мониторингу побочных действий лекарственных средств. В рамках Евразийского экономического союза подписаны соглашения государств-членов Евразийского экономического союза (Беларусь, Казахстан, Российская Федерация, Кыргызстан, Армения) о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств и медицинских изделий.

В целях информированности медицинских, фармацевтических работников и населения республики создан лекарственный информационно-аналитический центр с филиалами в регионах. Совершенствуются формулярная система, принципы рациональной фармакотерапии на основе доказательной медицины.

Однако всего 61% лекарственных средств из всех зарегистрированных в Казахстане имеют сертификат GMP, 7 из 42 отечественных производителей и 40% лекарственных средств из закупа единым дистрибьютором.

Сохраняются высокий уровень отпуска рецептурных лекарственных средств без рецептов врача, бесконтрольное использование антибиотиков, полипрагмазия, использование лекарственных средств с недоказанной клинической эффективностью, неэтическое продвижение лекарственных средств ассоциациями с привлечением пациентов, а также врачами при выписывании лекарственных препаратов конкретного производителя, также остается проблема с качеством лекарственных средств и присутствием на рынке контрафактной продукции.

Отсутствует система фармаконадзора за лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и медицинской техникой, поступающими на рынок Республики Казахстан. Требует усовершенствования система сбора, выявления побочных действий лекарственных средств, отсутствует интегрированная информационная система для всех участников мониторинга побочных действий.

Доклинические и клинические базы не аккредитованы в соответствии с международными требованиями. Медицинские организации недостаточно укомплектованы клиническими фармакологами.

В рамках реализации текущей Госпрограммы проводится работа по созданию базы данных (справочной системы) зарегистрированной в республике медицинской техники с указанием цен, технических характеристик и соответствия государственным стандартам.

Данная мера позволит эффективно использовать весь парк медицинской техники и своевременно выявлять случаи простоя.

Вместе с тем наблюдаются факты простоя и неэффективного использования медицинской техники, не разработаны стандарты оснащенности, основанные на доказательной медицине, не решены вопросы постгарантийного сервисного обслуживания.

Оснащенность медицинских организаций медицинской техникой снизилась на 4,65 процентных пункта (2015 – 69,9%, 2017 год – 65,25%). Начато внедрение механизмов финансового лизинга для обеспечения медицинской техникой.

С целью создания информационной структуры здравоохранения Республики Казахстан продолжается информатизация отрасли здравоохранения, разработаны и внедрены веб-приложения по актуальным направлениям (регистры социально значимых заболеваний, портал Бюро госпитализации, по кадрам и др.).

Однако имеющиеся базы данных разобщены и не интегрированы в единое информационное пространство, что осложняет взаимодействие различных уровней и служб здравоохранения, не обеспечивает преемственность информации, ограничивает возможности оперативного анализа. В медицинских организациях не внедряется система электронного документооборота.

Независимыми экспертами Международного Банка Реконструкции и Развития в декабре 2014 года опубликован отчет о результатах реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан», согласно которому реализация 6-ти основных направлений оценена международными экспертами следующим образом:

1-е направление «Повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья» – очень успешная;

2-е направление «Усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм» – довольно успешная;

3-е направление «Совершенствование санитарно-эпидемиологической службы» – довольно успешная;

4-е направление «Совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения» – очень успешная;

5-е направление «Совершенствование медицинского, фармацевтического образования, развитие и внедрение инновационных технологий в медицине» – успешная;

6-е направление «Повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой» – успешная.

На сегодняшний день здравоохранение, как государственный институт, находится в стадии активных институциональных преобразований, целью которых является качественное повышение эффективности и доступности системы оказания медицинской помощи, в приоритетном развитии общественного здоровья, профилактики заболеваний, управления основными хроническими заболеваниями, борьбы с онкологическими заболеваниями через высокоэффективную раннюю диагностику и лечение.

В этой связи необходимо провести законодательное закрепление институциональных инициатив, которые требуют проведение законотворческой деятельности в отрасли здравоохранения.

SWOT-анализ здравоохранения

Сильные стороны:

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

2) стабильная эпидемиологическая ситуация по большинству инфекционных болезней с высоким охватом иммунизацией детского населения;

3) эффективная система санитарной охраны границ от завоза и распространения особо опасных инфекционных заболеваний и опасных грузов;

4) развитая инфраструктура организаций, оказывающих медицинскую помощь;

5) успешный опыт трансферта современных медицинских технологий;

6) внедрение системы управления качеством медицинской помощи на основе стандартизации и аккредитации;

7) современная тарифная система финансирования здравоохранения;

8) создание условий для развития отечественных производителей лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Слабые стороны:

1) низкая ожидаемая продолжительность жизни, высокий уровень общей смертности в сравнении со средним уровнем стран ОЭСР;

2) низкий уровень финансирования здравоохранения;

3) высокий уровень частных расходов на здравоохранение;

4) недостаточный уровень финансирования ПМСП;

5) устаревшая инфраструктура системы здравоохранения;

6) недостаточное материально-техническое обеспечение органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы;

7) слабый уровень информатизации в отрасли;

8) отсутствие механизмов солидарной ответственности за здоровье;

9) недостаточное участие частного сектора в оказании ГОБМП;

10) недостаточный уровень качества подготовки кадров до и последипломного образования;

11) низкий уровень эффективности управления в системе здравоохранения;

12) низкая мотивация труда медицинского персонала;

13) недостаточное лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне.

Возможности:

1) положительная динамика основных демографических показателей;

2) создание единого рынка в рамках Евразийского экономического пространства;

3) привлечение прямых инвестиций (в том числе зарубежных) в здравоохранение и развитие государственно-частного партнерства;

4) локализация производства лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

5) внедрение социального медицинского страхования на основе внедренных рыночных механизмов (создан Единый плательщик, внедрены современные методы оплаты на основе конечного результата);

6) поддержка международных финансовых институтов;

7) повышение конкурентоспособности на региональном рынке здравоохранения;

8) трансферт технологий, знаний и лучшей практики через интенсивное сотрудничество с международными партнерами.

Угрозы:

1) дальнейшее ухудшение глобальной и региональной экономической ситуации;

2) возникновение новых и возврат ранее известных инфекционных заболеваний;

3) наличие природных очагов особо опасных инфекций на территории страны;

4) рост неинфекционных заболеваний;

5) повышение спроса на медицинские услуги;

6) рост импорта медицинских услуг и товаров;

7) растущие государственные и частные затраты на здравоохранение;

8) устаревшие малоэффективные технологии управления;

9) быстро изнашиваемая и устаревающая инфраструктура и медицинская техника;

10) неэффективное развитие и использование человеческих ресурсов отрасли;

11) рост разочарования и неудовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи.

4. Цель, задачи, целевые индикаторы и показатели результатов реализации текущей Государственной программы

Общая цель: укрепление здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны.

Достижение данной цели будет измеряться следующим целевым индикатором:

№ п/п	Целевой индикатор	ед. изм.	Источники информации	Ответственные за исполнение	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Количество лет	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ	МЗ, МВД, МОН, МНЭ, МСХ, МКС, МИО	71,62	71,7	71,8	72,2	73,04	73,13

Цель 1. Внедрение новой политики по охране здоровья общества на основе интегрированного подхода к профилактике и управлению болезнями.

Достижение данной цели будет измеряться следующим целевым индикатором:

№ п/п	Целевой индикатор	Ед. изм.	Источники информации	Ответственные за исполнение	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019
1	Индекс здоровья		Административные данные МЗ	МЗ, МВД, МОН, МНЭ, МСХ, МКС, МИО					0,814	0,815

Для решения поставленной цели предусматривается решение следующих задач:

Задача 1. Развитие системы общественного здравоохранения

Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

№ п/п	Показатели результатов	ед. изм.	Источники информации	Ответственные за исполнение	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Количество ДТП с пострадавшими	абс.	Административные данные МВД	МВД, МИО	20378	19970	19570	19178	16985	16952
2	Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений	на 100 000 нас.	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ	МЗ, МВД, МОН, МИО	87,8	87,5	84,9	82,3	70,1	70,0
3	Уровень суицидов среди детей от 15 до 17 лет	на 100 000 нас.	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ	МОН, МВД, МЗ	19,3	17,4	17,2	17,0	14,7	14,6
4	Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15–49 лет в пределах 0,2–0,6%	%	Административные данные МЗ	МЗ, МНЭ, МИО	0,168	0,21	0,26	0,33	0,31	0,41
5	Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, среди детей в возрасте 15–17 лет (маркер – сифилис)	на 100 000 нас.	Административные данные МЗ	МЗ, МОН, МИО	6,9	6,5	6,2	5,9	3,0	3,0
6	Заболеваемость туберкулезом	на 100 000 нас.	Административные данные МЗ	МЗ, МНЭ, МИО	66,4	64,7	63,1	61,5	52,1	52,0
7	Заболеваемость туберкулезом среди осужденных	на 100 000 осужденных	Административные данные МВД	МВД	799,0	790,0	780,0	770,0	428	422
8	Удержание показателя заболеваемости инфекционными и паразитарными заболеваниями на уровне не более 315,9	на 100 000 нас.	Административные данные МЗ	МЗ, МИО	295,6	315,9	315,9	315,9	315,9	315,9
9	Охват граждан, занимающихся физической культурой и спортом	%	Административные данные МКС	МКС, МЗ, МИО	25,1	26,0	27,0	28,0	29,0	30,0
10	Охват детей и подростков, занимающихся физической культурой и спортом на базе детско-юношеских спортивных школ	%	Административные данные МКС	МКС, МЗ, МИО	13,0	13,5	14,0	14,5	15,6	15,7
11	Распространенность ожирения	на 100 000 нас.	Административные данные МЗ	МЗ, МИО	278,3	270,0	256,5	243,6	231,4	220,0
12	Распространенность употребления табака	%	Данные социологического опроса	МЗ, МКС, МОН, МИО						22,2
13	Доля общеобразовательных учреждений, реализующих программы по профилактике наркомании и поведенческих болезней	%	Административные данные МОН	МОН, МЗ, МИО	50,0	64,0	78,0	85,0	90,0	100,0
14	Количество лиц, состоящих на наркологическом учете с пагубным потреблением и зависимостью от наркотиков	на 100 000 нас.	Административные данные МЗ	МЗ, МВД	194,3	193,0	192,0	191,0	136,3	135,2

Задача 2. Совершенствование профилактики и управления заболеваниями

Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

№ п/п	Показатели результатов	Ед. изм.	Источники информации	Ответственные за исполнение	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Общая смертность населения	на 1000 населения	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ	МЗ, МИО	7,57	7,57	7,56	6,97	7,2	7,1
2	Материнская смертность	на 100 000 родившихся живыми	Административные данные МЗ	МЗ, МИО	11,7	11,6	11,5	11,4	11,68	11,2
3	Младенческая смертность	на 1000 родившихся живыми	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ	МЗ, МИО	9,72	9,7	9,6	9,5	7,8	7,8
4	Смертность от болезней системы кровообращения (БСК)	На 100 000 нас.	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ	МЗ, МИО	207,7	204,5	203,1	201,7	175,5	174,5
5	Смертность от туберкулеза	на 100 000 нас.	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ	МЗ, МИО	4,9	4,7	4,5	4,3	3,14	3,10
6	Смертность от злокачественных новообразований	на 100 000 нас.	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ	МЗ, МИО	92,8	93,7	93,5	93,3	83,5	83,1
7	Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с раком молочной железы	%	Административные данные МЗ	МЗ, МИО					51,4	51,6
8	Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с раком шейки матки	%	Административные данные МЗ	МЗ, МИО					53,9	54,1
9	Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с колоректальным раком	%	Административные данные МЗ	МЗ, МИО					43,1	43,3
10	Ранняя выявляемость злокачественных новообразований (0–1 стадия)	%	Административные данные МЗ	МЗ, МИО					24,1	24,3
11	Число прикрепленного населения на 1 ВОП	чел.	Административные данные МЗ	МЗ, МИО	2303	2194	1954	1791	1750	1700
12	Доля финансирования ПМСП в рамках ГОБМП	%	Административные данные МЗ	МЗ, МИО	26	28	30	32,5	38,0	40,0
13	Уровень потребления стационарной помощи, финансируемой в рамках ГОБМП, кроме социально значимых заболеваний	Число койко-дней на 1000 населения	Административные данные МЗ	МЗ, МИО	1176	1172	1170	1160	1059,1	1058,5

Цель 2. Модернизация национальной системы здравоохранения, ориентированной на эффективность, финансовую устойчивость и поддержку социально-экономического роста.

Достижение данной цели будет измеряться следующим целевым индикатором:

№ п/п	Целевой индикатор	ед. изм.	Источники информации	Ответственные за исполнение	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019
1	Уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи	%	Данные социологического опроса населения (по усовершенствованной методике)	МЗ	-	-	40	42	47	48

Для решения поставленной цели предусматривается решение следующих задач:

Задача 1. Повышение эффективности управления и финансирования системы здравоохранения.

Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

№	Показатели результатов	ед. изм.	Источники информации	Ответственные за исполнение	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Доля населения, за которое ФСМС получены отчисления и взносы на СМС	%	Административные данные МЗ	МЗ, МФ, МИО	-	-	-	80	26	26
2	Соотношение средней заработной платы врачей к средней заработной плате в экономике		Административные данные МЗ	МЗ, МИО	1,0	0,9	1,0	0,9	0,9	1,1
3	Доля медицинских организаций, имеющих высокий рейтинг по уровню менеджмента	%	Административные данные МЗ	МЗ, МИО	6,5	6,8	7,1	7,4	7,7	8,0
4	Доля частных поставщиков медицинских услуг в рамках в рамках ГОБМП и в системе ОСМС	%	Административные данные МЗ	МЗ, МИО	27,4	28,5	29,3	30,5	40,5	41,0

Задача 2. Повышение эффективности использования ресурсов и совершенствование инфраструктуры отрасли.

Достижение данной задачи будет измеряться следующими показателями прямых результатов:

№ п/п	Показатели результатов	Ед. изм.	Источники информации	Ответственные за исполнение	2014 (факт)	2015 (оценка)	2016	2017	2018	2019
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Доля врачей ПМСП в общем числе врачей	%	Административные данные МЗ	МЗ, МИО	19,5	21,0	22,5	23,9	31,0	31,5
2	Доля выпускников резидентуры, успешно прошедших независимую экзаменацию с первого раза	%	Административные данные МЗ	МЗ	-	60	70	77	85	90

3	Доля доходов от научной деятельности в общем бюджете медицинских ВУЗов, НИИ и НЦ	%	Административные данные МЗ	МЗ					6	12
4	Количество статей в журналах, индексируемых в базах данных Scopus и Web of Science, по отношению к количеству производственного персонала мед. ВУЗов, НИИ и НЦ	%	Административные данные МЗ	МЗ					1:25	1:15
5	Доля амбулаторного лекарственного обеспечения в общем объеме лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП	%	Административные данные МЗ	МЗ, МИО	55	55	56	57	58	60
6	Обеспеченность амбулаторно-поликлиническими организациями	на 10 тыс. населения	Административные данные МЗ	МЗ, МИО	4,5	4,5	4,8	5,5	6,0	6,5
7	Охват населения электронными паспортами здоровья	%	Административные данные МЗ	МЗ, МИО	0	0	0	0	20	50
8	Количество реализуемых проектов государственно-частного партнерства, доверительного управления и приватизации в здравоохранении	ед.	Административные данные МЗ	МЗ, МИО	2	10	8	16	48	48

Цели, задачи и показатели результатов будут достигаться путем реализации Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 годы согласно приложению к Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 годы.

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

Основными направлениями данной Программы являются:

1) развитие общественного здравоохранения как основы охраны здоровья населения;

2) интеграция всех служб здравоохранения вокруг нужд населения на основе модернизации и приоритетного развития ПМСП;

3) обеспечение качества медицинских услуг;

4) реализация Национальной политики лекарственного обеспечения;

5) совершенствование системы здравоохранения на основе внедрения солидарности и повышения ее финансовой устойчивости;

6) повышение эффективности управления человеческими ресурсами в отрасли здравоохранения;

7) обеспечение дальнейшего развития инфраструктуры здравоохранения на основе государственно-частного партнерства и современных информационно-коммуникационных технологий.

5.1. Развитие общественного здравоохранения как основы охраны здоровья населения

5.1.1. Формирование службы общественного здоровья

Укрепление и охрана здоровья населения требуют не только развития соответствующих стратегий и мобилизации ресурсов в различных сферах жизнедеятельности, но и создания устойчивой и эффективной основы для обеспечения интеграции деятельности государства, общественности и населения в этом направлении. В соответствии с лучшим международным опытом основой дальнейшего развития системы здравоохранения станет формирование службы общественного здоровья (далее – СОЗ).

Будет сделан акцент на увеличение количества людей, ведущих здоровый образ жизни, правильно питающихся, занимающихся спортом. Создание условий для становления здоровой нации позволит увеличить продолжительность жизни, снизить расходы на здравоохранение, повысить удовлетворенность качеством жизни и уровень производительности труда.

Основными направлениями деятельности СОЗ станут управление общественным здоровьем, изменения в направлении поддержания здоровья и поведенческих стереотипов населения через просвещение, консультации, пропаганду, поощрение здорового образа жизни на основе межведомственного взаимодействия ПМСП с заинтересованными государственными органами (санитарно-эпидемиологической, экологической, ветеринарной служб).

Основными функциями СОЗ станут:

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

2) обеспечение эпидемиологического мониторинга за инфекционными и основными неинфекционными заболеваниями, в том числе нарушениями психического здоровья и травматизмом;

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

4) обеспечение контроля за соблюдением законодательства и других правовых норм в области охраны здоровья;

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

Деятельность СОЗ будет тесным образом интегрирована с системой оказания медицинской помощи населению, особенно с ПМСП, специализированными научно-исследовательскими организациями и программами.

На республиканском уровне будут осуществляться функции эпидемиологического мониторинга факторов риска инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также:

1) разработка и реализация государственной политики и межсекторальных программ, направленных на развитие общественного здравоохранения;

2) научные исследования в области общественного здравоохранения, в том числе мероприятий по формированию здорового образа жизни;

3) мониторинг состояния здоровья населения для установления проблем общественного здравоохранения и прогнозирования их динамики;

4) оценка эффективности, доступности и качества услуг и программ общественного здравоохранения.

В рамках СОЗ на местном уровне будут обеспечены разработка, планирование, реализация и мониторинг мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, в том числе скринингов и диспансеризации совместно с ПМСП.

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

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

Приоритетной задачей СОЗ станет активизация мероприятий по профилактике и мониторингу за основными социально значимыми неинфекционными заболеваниями (далее – НИЗ).

При этом борьба с НИЗ будет проводиться на основе международных апробированных технологий в соответствии с Глобальным планом действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013–2020 годы, Рамочной конвенцией ВОЗ и Европейской стратегией по борьбе против табака, Планом действий ВОЗ в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 годы. Будут разработаны единые стандарты по рациону школьного питания, усилена пропаганда потребления здоровых продуктов питания (свежих и экологичных, с низким содержанием жира, соли, сахара). Будет проводиться непрерывный мониторинг и надзор за факторами риска, снижения профессиональных, экологических и социальных рисков.

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

Система общественного здравоохранения в среднесрочном периоде станет основой межсекторального взаимодействия, направленного на охрану и укрепление здоровья населения.

5.1.2. Развитие межсекторального взаимодействия

В соответствии с международными стандартами межсекторальное взаимодействие различных государственных и общественных институтов должно быть нацелено на снижение факторов риска возникновения инфекционных и неинфекционных заболеваний и предусматривать комплексные меры, направленные на:

1) повышение уровня образованности населения, в том числе в вопросах ведения и формирования здорового образа жизни;

2) формирование новых поведенческих установок, снижающих распространенность факторов риска (табакокурение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность);

3) здоровое сбалансированное питание;

4) рост числа регулярно занятых физической культурой и спортом;

5) снижение дорожно-транспортных происшествий;

6) создание безопасных условий труда и быта;

7) обеспечение безопасных условий жилья;

8) обеспечение инвалидов равным доступом к услугам здравоохранения;

9) обеспечение постоянного доступа к питьевой воде, уменьшение загрязнения воздуха, воды и почвы, снижение уровня шума с учетом данных мониторинга их влияния на состояние заболеваемости населения.

Охрана и укрепление здоровья человека будут нацелены на профилактические мероприятия по снижению внешних и поведенческих факторов риска возникновения заболеваний и их последствий с учетом возрастных и социальных особенностей человека, которые начнутся с первых дней жизни ребенка и будут продолжены во всех возрастных периодах. Будут предприняты меры по поддержанию здорового старения, направленные на сохранение трудовой активности, перераспределение работы в течение жизни и социальную поддержку.

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

Для решения задач будут внедрены эффективные методы планирования, финансирования, механизмы взаимодействия с населением, организованными коллективами, образовательными учреждениями, сформируется система ответственности министерств за показатели деятельности по охране здоровья, интеграция служб общественного, первичного здравоохранения и социальной защиты.

В рамках совместной работы с другими секторами и ведомствами будет создана единая система управления факторами риска, влияющими на здоровье населения, и определена зона ответственности каждого министерства за показатели деятельности по охране здоровья.

Кроме того, совместно с местными исполнительными органами разработаны и реализованы комплексные меры по социальной мобилизации, предусматривающие внедрение механизмов взаимодействия с населением, особенно с молодежью, организованными коллективами, образовательными учреждениями для реализации программ по укреплению здоровья, а также приняты меры по передаче штатов медицинских работников школ из системы образования в систему здравоохранения. С 2017 года проводится работа по оздоровлению детей школьного возраста и подростков в рамках совершенствования системы школьной медицины.

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

Будут определены и реализованы мероприятия, направленные на формирование физического и психического здоровья детей и подростков, обучение родителей и преподавателей распознаванию признаков неустойчивости психики, угрожающего суицидального поведения детей и подростков, тактике дальнейшей работы с ними с привлечением социальных работников, профильных служб здравоохранения (противотуберкулезная, наркологическая, психиатрическая) с представителями участковых служб МВД и других заинтересованных государственных органов (психологов и инструкторов по делам несовершеннолетних системы МВД и др.).

Будут продолжены мероприятия по предупреждению ДТП путем обеспечения системности профилактики и информационной работы с населением по безопасности дорожного движения, повышению уровня соблюдения норм и правил в сфере дорожного движения, в том числе с использованием автоматических систем фиксации нарушений правил дорожного движения, устранению аварийно-опасных участков на дорогах. Будет обеспечено дальнейшее развитие системы трассовых медико-спасательных пунктов на аварийно-опасных участках дорог республики.

В рамках межсекторального взаимодействия будет обеспечена реализация комплексных мер, направленных на обеспечение населения полноценными услугами жилищно-коммунального хозяйства (обеспечение постоянного доступа населения к питьевой воде, системам водоотведения, утилизация бытовых отходов, тепло, энергообеспечение и др.).

Будет продолжена активная реализация мероприятий, направленных на снижение вредного воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения, в том числе борьба с загрязнением воздуха, почвы и природных резервуаров воды. При этом будет продолжена работа по мониторингу здоровья населения в разрезе регионов с учетом Карты рисков влияния окружающей среды.

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

Одной из важнейших задач межсекторального взаимодействия станет создание условий и справедливых возможностей для рационального питания, здорового и безопасного образа жизни, включая стимулирование физической активности и пропаганду занятия спортом, в том числе работающего населения через широкое привлечение работодателей, через систему школьного образования – вовлечение детей и подростков в занятия физической культурой и спортом на базе детско-юношеских спортивных школ.

Будут разработаны и внедрены рекомендации, проведен мониторинг и контроль качества и безопасности производимых и ввозимых пищевых продуктов, включая фальсифицированные и генетически модифицированные продукты.

В рамках межведомственной работы будет обеспечено принятие системных мер, направленных на уменьшение масштабов чрезвычайных ситуаций, травматизма, несчастных случаев и отравлений, насилия и преступности, в том числе с помощью надлежащего планирования инфраструктуры, нормативного регулирования и государственного контроля, включая контроль за оборотом алкогольной продукции и активное противодействие незаконному обороту наркотических средств.

Будут продолжаться межведомственные мероприятия по снижению уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза, в том числе в пенитенциарной системе, путем совершенствования оказания медицинской помощи больным туберкулезом и ВИЧ/СПИД в учреждениях уголовно-исполнительной системы, повышение информированности всего населения и контингента пенитенциарной системы по вопросам распространения туберкулеза и ВИЧ/СПИД.

Особое внимание будет уделено профилактическим мероприятиям среди подростков и населения репродуктивного возраста по снижению распространенности ВИЧ-инфекции, профилактике заболеваемости инфекции передаваемые половым путем среди детей в возрасте 15–17 лет.

В рамках развития межсекторального взаимодействия будет продолжено тесное сотрудничество с международными объединениями и организациями (ВОЗ, ООН, ЮНИСЕФ, в том числе с целью продвижения и обмена опытом в них казахстанских специалистов).

Долгосрочной задачей межсекторального взаимодействия является поэтапная интеграция государственной политики в области здравоохранения, труда и социальной защиты, в том числе на основе общих целей, задач и индикаторов результативности.

Это станет основой для формирования модели социальной медицины на основе постепенной интеграции деятельности служб общественного здравоохранения, первичного здравоохранения и социальной защиты.

5.2. Интеграция всех служб здравоохранения вокруг нужд пациента на основе модернизации и приоритетного развития ПМСП

ПМСП станет центральным звеном в системе организации оказания медицинской помощи населению с изменением ее взаимодействия с горизонтальными (амбулаторно-поликлинические) и вертикальными профильными службами.

Будет расширена медицинская помощь на уровне ПМСП с возможностью поэтапного увеличения перечня лекарственных средств для бесплатного амбулаторного лечения.

Плановая специализированная помощь будет зависеть от потребности населения, прикрепленного к ПМСП, получат развитие службы реабилитации и длительного ухода, в том числе с привлечением частного сектора.

Будет осуществляться дальнейшее развитие санитарной авиации, скорой медицинской помощи и телемедицины.

Основой указанных мероприятий будет эффективное управление потреблением медицинских услуг.

Продолжатся совершенствование и внедрение стандартов организации оказания медицинской помощи, клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, научных разработках.

5.2.1. Модернизация и приоритетное развитие ПМСП

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

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

Семейный принцип предполагает проведение профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий, паллиативной помощи и ухода на дому, исходя из потребности каждой семьи.

Семейный принцип обслуживания будет осуществляться врачами ПМСП (врач общей практики, участковыми врачами (терапевт, педиатр) и мультидисциплинарными командами из числа узких специалистов с координацией со стороны врачей ПМСП. По мере роста обеспеченности ВОП и их компетенций, они поэтапно будут замещать участковых врачей.

На базе действующих поликлиник/центров ПМСП будут созданы центры ofexcellence (центры лучших практик) деятельность которых будет координироваться на республиканском уровне.

Комплекс мер по охране здоровья семьи будет включать меры по планированию семьи, профилактике заболеваемости, лечению и реабилитации хронических заболеваний женского, мужского населения и детей.

Приоритетом работы ПМСП будет оставаться укрепление здоровья матери и ребенка. ПМСП станет базовым уровнем программ регионализации медицинской помощи при различных заболеваниях, в том числе перинатальной помощи. Будут проведены мероприятия по совершенствованию организации андрологической службы, повышению эффективности профилактики и современного лечения заболеваний мужской репродуктивной системы.

Будет продолжено развитие геронтологической помощи.

С целью обеспечения преемственности оказания медицинской помощи будет обеспечена полная интегрированность ПМСП с другими уровнями и службами здравоохранения.

Так, специалисты ПМСП будут координировать оказание медицинской помощи на всех уровнях системы здравоохранения, включая диагностику и услуги профильных специалистов, направление в стационар, реабилитацию, паллиативную помощь и уход на дому (маршрутизация). Они будут мониторировать полноту и качество предоставления услуг на всех этапах медицинской помощи.

Также будут совершенствованы формы оказания паллиативной помощи и ухода на дому с учетом потребности семьи путем размещения госзаказа на неправительственные организации, в условиях реабилитационных центров, дневных стационаров, стационаров на дому, создания центров, отделений паллиативной помощи и т. д.

Будет продолжено дальнейшее развитие реабилитационного и восстановительного лечения в условиях дневного стационара.

Будет осуществлена тесная взаимосвязь работы специализированных служб (психиатрическая, наркологическая, противотуберкулезная, онкологическая и др.) с организациями ПМСП.

Продолжится работа по совершенствованию соответствующих стандартов оказания медицинской помощи, обеспечения ее полноты и преемственности. Будет продолжена работа по внедрению программ интегрированного управления заболеваниями ПУЗ на основе протоколов диагностики и лечения на всех уровнях и мониторинга при центральной координирующей роли работников ПМСП. Будет осуществляться постепенный переход от диспансеризации к управлению основными хроническими заболеваниями на амбулаторном уровне. При этом будет совершенствоваться система индикаторов в механизме финансового стимулирования ПМСП за конечный результат. Это создаст стимулы для переноса акцентов на раннее выявление и лечение заболеваний, снижения частоты осложнений и сокращения уровня госпитализаций, проведения эффективной медико-социальной реабилитации.

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

Соответственно ПМСП будет рассматриваться, как служба первичной медико-социальной помощи, включающая предоставление комплексных медицинских и социальных услуг с привлечением психологов, социальных работников, медицинских сестер, фельдшеров, акушерок и вспомогательного персонала. Во взаимодействии с органами социальной защиты будут обеспечены социальная и психологическая поддержка и мультипрофильный патронаж.

Для обеспечения максимальной доступности услуг сеть организаций ПМСП будет развиваться с учетом демографических, географических и инфраструктурных условий в регионах. Предпочтение будет отдаваться малым и компактным формам организаций, максимально приближенным к местам проживания населения.

С этой целью будут осуществляться:

1) поэтапное разукрупнение участков ВОП;

2) поддержка создания групповых и индивидуальных семейных практик;

3) совершенствование оснащения ПМСП медицинской техникой, а также специальным автотранспортом*;

4) дальнейшее развитие санитарной авиации, скорой медицинской помощи, дистанционного консультирования и наблюдения пациентов*;

5) государственная поддержка развития частного сектора, малого и среднего бизнеса в системе оказания ПМСП;

6) развитие государственно-частного партнерства (далее – ГЧП), сети ПМСП, передача государственных объектов в доверительное управление с возможностью последующей приватизации при условии постоянного сохранения профиля деятельности.

С целью повышения качества ПМСП будут приняты меры по обеспечению и стимулированию полноценного свободного выбора организации и врача ПМСП, в том числе обеспечению простоты и прозрачности прикрепления населения к организациям ПМСП.

С целью улучшения качества обслуживания, снижения очередности и перегруженности персонала будет совершенствоваться управление организациями ПМСП на основе улучшения операционного менеджмента, создания региональных и локальных call-центров, внедрения записи на прием к врачу через Интернет, современных технологий управления очередями.

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

Подготовка ВОП по новым государственным стандартам высшего образования заложит основы формирования специалистов широкого профиля, владеющих современными знаниями, практическими, коммуникативными навыками и умением работать в команде. При этом будет усилено теоретическое и практическое обучение ВОП по профилактике, диагностике и лечению заболеваний детского возраста.

В рамках развития ПМСП некоторые функции по наблюдению за пациентами, управлению хроническими заболеваниями, а также обслуживанию пациентов на дому будут поэтапно передаваться специально подготовленным медицинским сестрам общей практики.

Обучение СМР будет проводиться с учетом приоритетности ПМСП, ее многофункциональности и универсальности, что потребует от СМР большей самостоятельности, чем в других секторах здравоохранения. Стандарты обучения СМР, также будут приведены в соответствие с разработанными профессиональными стандартами.

Для обеспечения устойчивого развития ПМСП, повышения ее полноты и привлекательности будут совершенствоваться мотивационные механизмы привлечения специалистов, будет поэтапно расширяться перечень лекарственных средств, обеспечиваемых государством на амбулаторном уровне. Будут обеспечены дальнейшее развитие ключевых скрининговых программ с охватом не менее 70% по раннему выявлению заболеваний с наибольшим бременем воздействия на здоровье населения, а также постоянный мониторинг и оценка их эффективности.

5.2.2. Развитие скорой и неотложной медицинской помощи

Будут продолжены обеспечение преемственности и вовлечение организаций ПМСП в оказание скорой и неотложной медицинской помощи (далее – СНМП) с целью обеспечения полноты и качества медицинской помощи населению.

Будет обеспечено внедрение международных стандартов деятельности СНМП на основе укрепления практических навыков и внедрения стандартизованных алгоритмов неотложной медицинской помощи в условиях транспортировки пациентов с поэтапным переносом дифференцированной медицинской помощи на стационарный уровень. С этой целью будут пересмотрены нормативы кадрового оснащения СНМП, разработаны и внедрены образовательные программы на основе международных стандартов и созданы центры подготовки кадров для всех уровней здравоохранения, включая парамедиков, при этом будут приняты меры по повышению их роли в оказании доврачебной помощи.

Будет продолжено обеспечение населения республики медицинской помощью в форме санитарной авиации в рамках ГОБМП.

Будет разработана и начата реализация мероприятий по дальнейшему развитию службы скорой медицинской помощи и санитарной авиации, в том числе на основе ГЧП.

Привлечение негосударственных источников финансирования обеспечит эффективную реализацию нескольких основных задач:

1) повышение доступности оказания экстренной медицинской помощи, в том числе, для сельского населения;

2) оказание эффективной первой помощи на месте;

3) своевременная транспортировка пациентов в стационары;

4) оказание качественной медицинской помощи в полном объеме в условиях приемного отделения стационаров.

5.2.3. Развитие специализированной медицинской помощи с интеграцией всех служб здравоохранения

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

Данная модель будет охватывать основные социально значимые, неинфекционные заболевания и состояния, существенно влияющие на демографию населения страны:

1) острый инфаркт миокарда;

2) острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт);

3) злокачественные новообразования;

4) травмы;

5) родовспоможение и детство.

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

В рамках этой модели будут разработаны и реализованы стандарты предоставления интегрированной медицинской помощи, направленные на обеспечение ее полноты, качества и преемственности на всех уровнях системы здравоохранения на основе координирующей роли ПМСП.

При этом оказание медицинской помощи на уровне стационара будет проводиться по принципу регионализации в зависимости от сложности оказываемой медицинской технологии. Услуги здравоохранения, требующие сложных технологических установок и специалистов с высокой квалификацией, будут централизованы с созданием на межрайонном, региональном, межобластном и республиканском уровнях соответствующих центров. Вместе с тем услуги здравоохранения, для которых не нужны сложные технологические установки, будут децентрализованы и оказываться в организациях здравоохранения ближе к месту жительства пациента. Население Республики Казахстан будет обеспечено качественными компонентами и препаратами донорской крови.

Это предполагает разработку и внедрение прозрачных и рациональных механизмов маршрутизации движения пациентов с целью повышения качества услуг, снижения времени ожидания, исключения назначения необоснованных методов диагностики и лечения.

Необходимо принять комплексный план по борьбе с онкологическими заболеваниями, также предусмотреть создание научного онкологического центра.

Таким образом, будет обеспечена высокоэффективная ранняя диагностика и лечение рака на основе передового международного опыта.

Лечение больных в отечественных клиниках будет обеспечено, в том числе и с привлечением зарубежных специалистов с использованием мастер-классов.

Кроме того, для реализации этих мероприятий будут продолжены разработка и внедрение:

1) клинических протоколов диагностики и лечения, основанных на принципах доказательной медицины, для всех уровней организаций здравоохранения;

2) стандартов организации деятельности профильных служб;

3) профессиональных стандартов для медицинских работников;

4) технологий мониторинга, управления и координации мероприятий.

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

С целью технологической поддержки интеграции деятельности ПМСП и специализированной медицинской помощи будет осуществляться развитие ИКТ, телемедицины и систем удаленного беспроводного мониторинга отдельных категорий пациентов и целевых групп населения, прошедших скрининговые осмотры с последующей интеграцией баз данных с электронными регистрами диспансерных больных. Для обеспечения преемственности будут повсеместно созданы локальные и региональные call – центры для разъяснения, консультирования, регистрации и мониторинга пациентов.

С целью дальнейшего стимулирования трансферта передовых медицинских технологий, а также повышения доступности, полноты и качества медицинской помощи, с одной стороны, и обеспечения финансовой устойчивости системы здравоохранения, с другой стороны, будет проведен всесторонний анализ и выработаны новые подходы к дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичные услуги, на основе клинических протоколов. Будет обеспечено активное развитие медико-социальной реабилитации больных с различной патологией на основе стандартизации услуг, развития инфраструктуры организаций и системной подготовки специалистов для этого вида медицинской помощи. При этом будут разработаны и внедрены меры государственной поддержки и стимулирования развития частного сектора и ГЧП в этой сфере.

5.3. Обеспечение качества медицинских услуг

5.3.1. Стандартизация и управление качеством медицинской помощи

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

Для стандартизации клинических процессов продолжатся разработка и совершенствование клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний на основе внедрения наиболее эффективных и современных технологий и достижений медицинской науки.

Разработка клинических протоколов диагностики и лечения будет осуществляться на основе системы оценки медицинских технологий (healthtechnologyassessment) с привлечением профессиональных объединений медицинских работников. В основе этой системы будут обеспечены организация и проведение специальных аналитических, клинико-экономических и фармако-экономических исследований с целью определения целесообразности внедрения и применения отдельных медицинских технологий и лекарственных средств.

Стандарты остальных, неклинических производственных процессов (не связанных непосредственно с лечением конкретных заболеваний) будут разрабатываться в рамках требований для аккредитации медицинских организаций.

Для обеспечения максимальной клинической и экономической эффективности, а также безопасности медицинских технологий будет усовершенствован процесс внедрения новых технологий и лекарственных средств в медицинскую практику. Внедрение и мониторинг эффективности стандартов качества будут обеспечены центральным и местными исполнительными органами в области здравоохранения, в том числе путем обучения медицинских работников, дополнительного оснащения медицинских организаций.

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

С целью внедрения международных подходов обеспечения безопасности пациентов будет рассмотрен вопрос внедрения национальной системы учета и анализа медицинских ошибок на основе применения конфиденциального аудита.

Будет обеспечено повышение ответственности медицинских работников и организаций за нарушение утвержденных стандартов.

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

В целом будет обеспечиваться прозрачность деятельности и результатов медицинских работников и организаций; будет внедрено обязательное опубликование результатов производственной деятельности организациями здравоохранения в СМИ, а также результатов социологических исследований уровня удовлетворенности населения качеством медицинских услуг, проводимых независимыми организациями.

5.3.2. Развитие аккредитации и лицензирования в здравоохранении

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

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

Будет продолжена работа по совершенствованию стандартов аккредитации организаций здравоохранения для определения соответствия отдельных медицинских услуг установленным требованиям и стандартам в области здравоохранения. Это снизит риски некачественного оказания услуг в неподготовленных организациях, а также перегрузки стационаров чрезмерным количеством пациентов с несложной патологией, которые могут быть пролечены в стационаре нижестоящего уровня или дневном стационаре. При этом национальный орган по аккредитации в сфере здравоохранения пройдет международную аккредитацию в области обеспечения качества и будет поэтапно передан в форму саморегулируемой организации. Для развития глобальной конкурентоспособности будет поддерживаться аккредитация отечественных медицинских организаций другими признанными международными организациями в области качества медицинских услуг, в том числе «JointCommissionInternational» (JCI). С целью стимулирования медицинских организаций к прохождению аккредитации будут внедрены различные стимулы. Параллельно будут развиваться обучающие программы по подготовке специалистов аккредитации. Будет изучен вопрос трансформации обязательной сертификации медицинских работников в институт обязательного лицензирования.

Для проведения оценки компетенций медицинских работников и выпускников медицинских ВУЗов и колледжей будут развиваться соответствующие специализированные центры независимой оценки компетенций. В целом будет поддерживаться, в том числе путем аккредитации, передачи полномочий, развитие национальных профессиональных объединений медицинских работников на основе выборности органов управления, добровольности участия, прозрачности и этичности деятельности.

Основными целями аккредитованных профессиональных объединений станут развитие соответствующих направлений медицинской науки и практики, укрепление профессиональных компетенций специалистов и улучшение качества медицинской помощи населению.

5.4. Реализация Национальной лекарственной политики

В целях обеспечения высокого качества и безопасности медицинской помощи, финансовой устойчивости системы здравоохранения, развития отечественного фармацевтического производства будет реализована Национальная лекарственная политика (далее – НЛП).

Развитие фармацевтической отрасли определяется НЛП в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, основанной на принципах доступности, качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, которая будет направлена на создание пациентоориентированной модели лекарственного обеспечения с учетом современных требований системы здравоохранения, казахстанского общества, фармацевтических рынков в условиях происходящих интеграционных процессов.

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

1) обеспечение доступности лекарственных средств;

2) обеспечение качества и безопасности лекарственных средств;

3) обеспечение рационального применения лекарственных средств.

5.4.1. Обеспечение доступности лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники

Доступность лекарственных средств будет обеспечиваться комплексной системой отбора лекарственных средств для разрешения дальнейшего использования на территории Республики Казахстан и стран ЕАЭС.

В этих целях будет усовершенствована система государственной регистрации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, упрощены процедуры регистрации для лекарств, произведенных по стандартам надлежащей производственной практики (далее – GMP).

С целью обеспечения экономической и физической доступности лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники в государственных организациях здравоохранения будут совершенствоваться механизмы закупа.

Для повышения доступности лекарственных средств для населения в отдаленных районах будет развиваться система мобильных передвижных аптечных пунктов.

С целью повышения доступности, снижения импортозависимости и обеспечения финансовой устойчивости системы здравоохранения будут оказываться системные меры государственной поддержки обращению лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники отечественного производства.

Будут реализованы комплексные меры по обеспечению экономической доступности лекарственных средств для населения.

Будут внедрены эффективные механизмы сдерживания роста государственных затрат путем совершенствования государственного регулирования цен на лекарственные средства с использованием лучшего мирового опыта, основанного на внешнем и внутреннем референтном ценообразовании, совершенствовании планирования системы закупа лекарственных средств и их рационального использования.

Также в рамках расширения бесплатного обеспечения лекарственными средствами на амбулаторном уровне будет рассмотрена возможность выбора населением более дорогостоящих препаратов на основе соолпаты гражданами разницы в стоимости этих лекарственных средств и установленной предельной ценой возмещения.

5.4.2. Обеспечение качества и безопасности лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники

Будут приняты меры по внедрению системы обеспечения качества лекарственных средств путем внедрения надлежащих фармацевтических практик (далее – GXP).

Производство отечественных лекарственных средств, качество логистики и хранения лекарственных средств будут подготовлены к обязательному переходу на стандарты GMP и надлежащей дистрибьюторской практики (далее – GDP).

Будут созданы и оснащены референс-лаборатории, отвечающие международным требованиям в области экспертизы качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Обеспечение качества и безопасности лекарственных средств будет также обеспечиваться проведением клинических испытаний по стандартам надлежащей клинической практики (далее – GCP). Будет разработан комплекс мер по поддержке проведения клинических испытаний новых лекарственных средств в Республике Казахстан с целью повышения качества лекарственных средств, а также повышению научного и технического потенциала клинических баз.

С целью контроля соответствия вышеуказанным стандартам будет развиваться государственный фармацевтический инспекторат для оценки соответствия объектов в сфере обращения лекарственных средств и организаций здравоохранения надлежащим фармацевтическим практикам, проведения инспекций производств, доклинических и клинических исследований, системы фармаконадзора с проведением постоянного обучения. Будет завершено вступление Казахстана в Международную систему сотрудничества фармацевтических инспекций (далее – PIC/S).

Будет осуществлено вступление Казахстана в систему сертификации ВОЗ для выхода отечественных производителей лекарственных средств на внешний рынок и выдачу сертификата СРР.

Также будут осуществлены гармонизация международных стандартов GS1, обучение руководителей и специалистов в области здравоохранения по автоматической идентификации в международной системе GS1.

Будут приняты меры по повышению эффективности государственного регулирования обращения и обеспечения качества и безопасности лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

В законодательном порядке будут усилены полномочия и ответственность государственных органов в сфере обеспечения качества и безопасности лекарственных средств и медицинских изделий, применяемых на территории Республики Казахстан.

5.4.3. Обеспечение рационального применения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники

Основой для обеспечения рационального применения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники станет дальнейшее развитие доказательной медицины.

В организациях здравоохранения будут обеспечены полноценный мониторинг и анализ рационального применения лекарственных средств с учетом клинико-экономического анализа расходования финансовых средств.

Будут реализованы меры по обеспечению медицинских организаций специалистами по клинической фармакологии. Для обеспечения устойчивости НЛП будет разработана и реализована полномасштабная программа обучения специалистов медицинских организаций рациональному использованию лекарственных средств независимо от формы собственности организаций.

Будут внедрены этические нормы продвижения лекарственных средств с повышением ответственности всех участвующих сторон.

Будут проводиться мероприятия по повышению лекарственной грамотности медицинских и фармацевтических работников и населения через Лекарственный информационный центр, который будет преобразован в Центр рационального использования лекарственных средств.

Для эффективной реализации вышеуказанных мер будут проанализированы и пересмотрены задачи и функции уполномоченного органа в области здравоохранения.

5.5. Совершенствование системы здравоохранения на основе внедрения солидарности и повышения ее финансовой устойчивости

5.5.1. Внедрение обязательного социального медицинского страхования

Будет рассмотрена возможность совершенствования системы финансирования здравоохранения на основе принципа всеобщего охвата услугами здравоохранения. Финансирование здравоохранения будет диверсифицировано путем вовлечения всех социальных партнеров (государство, работодатели и граждане) и стабильно обеспечено на достаточном для постоянного развития и глобальной конкурентоспособности отрасли уровне. Развивая данное направление необходимо достичь устойчивости системы здравоохранения, которая в значительной степени связана с эффективной системой финансирования, которая предполагает адекватный уровень средств, направляемых на здравоохранение, их справедливое распределение и рациональное использование.

Дальнейшее развитие системы здравоохранения предполагает формирование трехуровневой системы предоставления медицинской помощи, где ответственность за здоровье граждан распределяется между государством, работодателями и работниками, при этом:

1) первый уровень представляет базовый пакет или ГОБМП, финансируемый за счет республиканского и местных бюджетов, где определены четкие границы обязательств государства;

2) второй уровень будет включать в себя дополнительный пакет или перечень медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан, финансируемый за счет взносов государства, отчислений работодателей, работников и иных поступлений, не запрещенных законодательством Республики Казахстан;

3) третий уровень будет предусматривать индивидуальный пакет или перечень услуг, определяемый на добровольной договорной основе между страховыми компаниями и плательщиками взносов, финансируемых за счет добровольных отчислений граждан или работодателей в пользу своих работников.

С целью развития солидарности населения и работодателей в устойчивом развитии и повышении эффективности национальной системы здравоохранения, а также устранения финансовых рисков вследствие растущих государственных и частных затрат на здравоохранение будет поэтапно внедрена система обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС).

Система ОСМС будет построена на отчислениях работающего населения, работодателей и самозанятого населения. За отдельные категории граждан, предусмотренные в Законе Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании», взносы будут оплачиваться государством из средств республиканского бюджета. При этом будет проведено разграничение обязательств между ФСМС и государственными органами по обеспечению медицинской помощью отдельных категорий граждан.

В систему ОСМС будут переданы все основные медицинские услуги, характеризующиеся стабильной потребностью и потреблением, управляемостью и прогнозируемостью, т.е. комплекс услуг, не несущий выраженного финансового риска внезапного сверхпотребления.

При этом государство сохранит за собой обязательства по финансированию ГОБМП, являющегося минимальным социальным стандартом для всего населения и включающего: ПМСП, экстренную медицинскую помощь с диагностическими услугами и лекарственным обеспечением. Также в рамках внедрения новой модели ГОБМП предлагается продолжить трансформацию малоэффективной диспансеризации 262 групп болезней в программу управления 30 группами болезней, включая социально значимые болезни, что обеспечит контроль над основными заболеваниями, определяющими около 70% смертности, 80% заболеваемости, а также продолжительность жизни населения. Данная модель ГОБМП определит четкие границы обязательств государства.

Пакет ОСМС будет включать плановую стационарную помощь, дорогостоящие диагностические услуги и лекарственное обеспечение по заболеваниям, не вошедшим в пакет ГОБМП.

В целом внедрение ОСМС будет сопровождаться доведением финансирования системы здравоохранения Республики Казахстан до стандартов ОЭСР на основе приоритезации следующих направлений расходов:

1) развитие службы общественного здравоохранения;

2) на уровне ПМСП – увеличение числа ВОП и расширение амбулаторного лекарственного обеспечения**;

3) программное повышение заработных плат медицинских работников**;

4) расширение услуг по реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода;

5) увеличение расходов на непрерывное дополнительное медицинское образование;

6) включение в тарифы затрат на обновление основных средств*.

Будут усовершенствованы механизмы регулирования допуска на оказание медицинских услуг в системе ГОБМП и ОСМС. Поставщики медицинских услуг вне зависимости от формы собственности будут иметь возможность участвовать в системе ОСМС. Отбор поставщиков медицинских услуг для заключения договоров будет осуществляться с учетом критериев доступности, качества и эффективности оказания медицинской помощи.

Будут введены учет и мониторинг отчислений и взносов в Фонд социального медицинского страхования.

Будет изучена необходимость введения соолпаты для мотивации к снижению потребления медицинских услуг, но без существенного увеличения финансового бремени болезней для населения.

Вышеперечисленные мероприятия будут сопровождаться активной информационно-разъяснительной работой с населением и медицинскими работниками. Будут разработаны механизмы обратной связи с населением, в том числе создан отдел по обработке обращений населения в форме структурной единицы ФСМС либо вне его. На регулярной основе будут проводиться мониторинг и оценка эффективности деятельности системы ОСМС. Внедрение практики публичной отчетности позволит повысить открытость системы здравоохранения.

5.5.2. Совершенствование тарифной политики

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

Будут совершенствоваться механизмы планирования, формирования и реализации тарифной политики на основе прозрачности, социальной ориентированности, единой инвестиционной политики и механизмов управления затратами.

На амбулаторном уровне будет развиваться система подушевого финансирования со стимулирующим компонентом, будет изучено формирование комбинированных тарифов услуг для обеспечения комплексности и преемственности медицинских услуг в интересах пациентов.

В рамках внедряемой концепции управления болезнями в некоторых случаях также будут рассмотрены тарифы с объединением всех уровней оказания медицинской помощи: от ПМСП до стационарного лечения и последующей реабилитации, особенно в случаях применения дорогостоящих технологий диагностики и лечения.

На стационарном уровне также будут совершенствоваться тарифы на основе клинико-затратных групп с учетом международных практик их расчета.

Поэтапно на основе информатизации учета расходов и внедрения электронных историй болезней будет внедрена система мониторинга затрат в медицинских организациях. Это позволит значительно повысить прозрачность и эффективность тарифной политики на основе фактических затрат.

С целью повышения финансовой устойчивости субъектов здравоохранения, участвующих в оказании услуг ОСМС, в тарифы на медицинские услуги будут поэтапно включены расходы на обновление основных средств*. Это повысит привлекательность сектора для привлечения частных инвестиций и развития ГЧП.

Процесс разработки и утверждения тарифов будет прозрачным с привлечением представителей рынка, поставщиков медицинских услуг, общественности.

Внедрение ОСМС потребует разработки и внедрения более эффективных и прозрачных механизмов контроля и управления объемами потребляемых медицинских услуг. Совместно с местными исполнительными органами будет продолжена политика недопущения необоснованного роста общей коечной мощности стационарных медицинских услуг.

Тарифная политика будет направлена на стимулирование частных инвестиций и ГЧП. С этой целью будут изучены и предложены соответствующие методы формирования тарифов на медицинские услуги.

При этом будут совершенствованы механизмы планирования и контроля объемов медицинских услуг в рамках ОСМС на основе рыночных принципов свободного выбора гражданами поставщиков медицинских услуг.

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

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

В этой связи совместно с МИО будут изучены, определены и обеспечены:

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

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

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

4) планирование и выделение в местных бюджетах достаточных средств на развитие и поддержание сети объектов здравоохранения, в том числе по механизмам ГЧП;

5) потребности региональных систем здравоохранения в человеческих ресурсах, а также разработка и реализация региональных политик по управлению человеческими ресурсами, в том числе механизмов солидарной ответственности МИО за подготовку и переподготовку медицинских работников с высшим и средним образованием;

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

7) усиление роли местных исполнительных органов в управлении отраслью на основе внедрения корпоративного управления в медицинских организациях на региональном уровне;

8) внедрение единых правил назначения менеджеров – руководителей организаций здравоохранения в строгом соответствии с их профессиональной компетентностью, опытом работы, практическими навыками в управлении;

9) установление солидарной ответственности региональных организаций здравоохранения вне зависимости от ведомственной принадлежности и источников финансирования за показатели здоровья населения региона.

5.5.4. Развитие лидерства и современного менеджмента в системе здравоохранения

Нормативной правовой основой дальнейшего повышения эффективности управления государственными организациями здравоохранения в современных условиях станет развитие операционной автономности этих организаций.

Это позволит создать прогрессивные мотивации у менеджеров и работников медицинских организаций для стабильного развития производства и повышения качества услуг.

Будет рассмотрена возможность направления полученной прибыли государственными предприятиями на развитие самой организации.

Будут разработаны предложения по совершенствованию системы корпоративного управления в сфере здравоохранения путем расширения полномочий наблюдательных советов и внедрения коллегиальных исполнительных органов (правление).

Кроме того, в целях совершенствования управления медицинскими организациями и развития инфраструктуры здравоохранения предусматриваются оптимизация путем объединения медицинских организаций по профилям, а также создание университетских клиник с участием ВУЗов в корпоративном управлении.

В рамках дальнейшего совершенствования механизмов управления в здравоохранении будут приняты меры по развитию лидерства и навыков профессионального менеджмента на основе разработки и внедрения новых функциональных и квалификационных требований к руководителям, стимулированию и поддержке обучения менеджмента клиники, в том числе по программам МВА.

Поэтапно для всех государственных организаций здравоохранения будет введено обязательное квалификационное требование наличия сертификата менеджера здравоохранения для всех работников руководящего звена.

Будут разработаны методики по внедрению современных механизмов мотивации и оплаты труда управленческого аппарата (бонусная система) на основе установления и достижения ключевых показателей результативности.

Для повышения затратоэффективности управления будет предусмотрено поэтапное внедрение современных ресурсосберегающих технологий в амбулаторных и стационарных организациях: технологии операционного менеджмента, технологии бережливого производства (Lean), оптимальные механизмы финансирования, инновационные медицинские и немедицинские технологии.

Будут разработаны программы аутсорсинга клинических, параклинических и немедицинских служб, в том числе лабораторий, радиологических служб, отдельных клинических сервисов (лаборатории катетеризации сосудов, гемодиализ и др.) на основе ГЧП. При этом оплата за услуги аутсорсинга будет осуществляться на основе индикаторов качества этих услуг.

В рамках внедрения госпитальных информационных систем будут внедряться эффективные информационные технологии и программы для ведения раздельного учета затрат на уровне подразделений, а в последующем – на уровне каждого пациента.

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

Будут разработаны меры государственной поддержки и развития медицинского туризма, лечения за рубежом и экспорта медицинских услуг отечественными организациями здравоохранения.

5.6. Повышение эффективности управления человеческими ресурсами в отрасли здравоохранения

5.6.1. Стратегическое управление человеческими ресурсами

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

С целью обеспечения устойчивого развития системы здравоохранения будет осуществляться стратегическое управление человеческими ресурсами (далее – УЧР) отрасли. Это подразумевает синхронизацию программ УЧР со стратегическими целями развития отрасли: развитием общественного здравоохранения, интеграцией здравоохранения вокруг нужд населения на основе приоритетности ПМСП, модернизацией медицинского и фармацевтического образования, развитием инноваций и медицинской науки.

Будут совершенствоваться система определения потребности, учета и планирования кадровых ресурсов здравоохранения, улучшаться эффективность и доступность кадровых ресурсов здравоохранения, развиваться система независимой оценки знаний и навыков.

Основными принципами УЧР должны быть определены:

1) наличие (доступность) необходимых человеческих ресурсов;

2) надлежащая компетенция работников;

3) отзывчивость человеческих ресурсов на запросы населения;

4) продуктивность человеческих ресурсов.

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

1. Планирование потребности в человеческих ресурсах.

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

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

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

Будут пересмотрены подходы к определению функциональных обязанностей и квалификационных требований к персоналу: вместо чрезмерной детализации акценты будут смещены на необходимость соответствия общим требованиям и способности к обучению и развитию новых компетенций в соответствии с меняющимися внешними условиями труда с новыми технологиями и стандартами.

В частности, должностные инструкции работников первичного звена будут пересмотрены в рамках внедрения интегрированной модели организации медицинской помощи. В национальной и региональных политиках УЧР будут предусмотрены повышение роли ВОП и медицинских сестер, расширение функционала работников отдельных служб здравоохранения (например, службы общественного здравоохранения, медицинской реабилитации и др.).

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

Будут выработаны четкие требования к минимальному уровню подготовки и компетенций технического и младшего медицинского персонала, включая обязательное владение минимальным объемом необходимых навыков (например, обязательное владение навыками оказания первой медицинской помощи).

2. Наем работников.

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

3. Повышение производительности труда.

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

Будут совершенствоваться механизмы мотивации и оплаты труда работников системы здравоохранения, в том числе специалистов санитарно-эпидемиологического профиля, с учетом рыночных принципов, адекватной оценки стоимости трудозатрат при тарифообразовании, ориентированности на достижение целевых показателей результативности, предоставления мер социальной поддержки работникам системы здравоохранения, в том числе специалистам санитарно-эпидемиологического профиля, особенно молодым специалистам сельской местности.

В качестве нематериальной мотивации также будут активно применяться различные механизмы: предоставление возможности обучения за счет работодателя, обеспечение непрерывного карьерного и профессионального роста, поддержание благоприятной организационной культуры, безопасности и удобства рабочих мест.

Будет совершенствоваться и развиваться система непрерывного профессионального развития специалистов системы здравоохранения, которая будет интегрирована со стратегическими целями развития организаций, обеспечена адекватным финансированием.

С этой целью будут разрабатываться стандарты непрерывного профессионального образования в тесной взаимосвязи с системой независимой оценки компетенций медицинских работников.

4. Миграция, перепрофилирование.

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

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

С учетом процессов региональной и глобальной экономической интеграции будут усовершенствованы правила и порядок привлечения иностранной рабочей силы на отечественный рынок труда в сфере здравоохранения, в том числе меры по упрощению привлечения иностранных специалистов по остродефицитным специальностям.

5. Укрепление здоровья, безопасность и выход на пенсию.

Будет разработан комплекс мер по обеспечению благоприятных и безопасных условий труда медицинских работников.

6. Мониторинг и прогнозирование.

С целью обеспечения эффективного мониторинга и прогнозирования развития рынка труда и человеческих ресурсов, внедрения современных методов управления и планирования подготовки кадров в здравоохранении будет обеспечено дальнейшее развитие Национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения как институциональной основы с широким спектром задач.

Будет разработан профессиональный регистр кадровых ресурсов здравоохранения.

5.6.2. Модернизация медицинского образования

Основой системы непрерывного профессионального развития кадровых ресурсов системы здравоохранения станет Национальная рамка квалификаций, формирование которой предусматривает:

1) совершенствование подходов к отбору и приему абитуриентов в организации медицинского и фармацевтического образования;

2) оптимизацию перечня медицинских и фармацевтических специальностей, пересмотр принципов и механизмов формирования статистики по кадровым ресурсам здравоохранения в соответствии с Европейскими директивами по признанию квалификаций;

3) разработку профессиональных стандартов в области здравоохранения, регламентирующих уровень квалификации выпускников и действующих специалистов, с участием организаций практического здравоохранения, ассоциации врачей, научных организаций;

4) внедрение образовательных программ базовой подготовки кадров здравоохранения на основе интегрированной модели, основанной на компетентном подходе и профессиональных стандартах;

5) совершенствование программ резидентуры в соответствии с профессиональными стандартами;

6) разработку и внедрение унифицированных для каждой специальности и уровня квалификации сертификационных курсов в соответствии с профессиональными стандартами и на основе внедрения международных подходов (процедура MaintenanceofCertification);

7) совершенствование программ преддипломной и постдипломной подготовки в сфере фармации, что позволит повысить уровень квалификации фармацевтических кадров в области производства и контроля качества лекарственных средств, в том числе биологических препаратов, а также специалистов в области регулирования фармацевтического рынка.

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

Дальнейшее развитие медицинского и сестринского образования будет предусматривать триединство клинической практики, медицинского образования и научной деятельности, которое обеспечит:

1) эффективное управление академическими и производственными процессами на основе единства стратегических целей и задач;

2) качественное медицинское образование на основе получения современных теоретических знаний и реальных практических навыков в условиях университетских клиник;

3) устойчивое повышение качества медицинской помощи на основе доступа к передовым технологиям и научным разработкам;

4) широкие клинические и лабораторные базы для проведения актуальных научных исследований с немедленным трансфертом их результатов в практическое здравоохранение;

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

С этой целью будет разработана концепция развития интегрированных академических медицинских центров (университетских клиник) на основе функционального (консорциумы) и организационного (холдинги) объединения научных организаций, медицинских ВУЗов, стационарных и амбулаторных организаций по принципу полного цикла медицинских услуг и подготовки кадров. Создание новых клинических баз и университетских клиник будет осуществляться в стратегическом партнерстве с ведущими международными университетами и медицинскими организациями. Будет учтен уникальный опыт школы медицины «Назарбаев Университета» при котором функционирует интегрированная университетская клиника. Получит широкое развитие практика привлечения ведущих зарубежных специалистов, руководителей (менеджеров), ученых и преподавателей в академические процессы. Этот опыт должен транслироваться на все медицинские ВУЗы страны.

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

Будет внедрена совместная казахстанско-финская научно-педагогическая магистратура для преподавателей сестринского дела ВУЗов и колледжей Республики Казахстан с выдачей казахстанского диплома Магистра по сестринскому делу и диплома университета JAMK (Финляндия) MasterofHealth.

Предусмотрено повышение потенциала менеджеров и преподавателей медицинских и фармацевтических ВУЗов по образовательной программе Высшей школы образования АОО «Назарбаев Университет».

Обязательным условием дальнейшего развития медицинского образования станет ее полная информатизация с созданием онлайн-сервисов, библиотек, аудиторий, персональных электронных аккаунтов студентов и преподавательского состава с возможностью прозрачного и эффективного контроля знаний и навыков, неограниченного расширения учебной и научной информационной базы. Будут внедряться дистанционные технологии в системе образования для специалистов в регионах, не имеющих возможности длительно находиться в местах дислокации ВУЗов, для переподготовки и повышения квалификации.

В рамках совершенствования программ медицинского образования будет обеспечено поэтапное освоение студентами современных этическими стандартами, коммуникативными навыками, английским языком на уровне, достаточном для получения и поддержания знаний.

Обучение СМР будет проводиться с учетом приоритетности ПМСП, ее многофункциональности и универсальности. Стандарты обучения СМР также будут приведены в соответствие с разработанными профессиональными стандартами.

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

5.6.3. Развитие инноваций и медицинской науки

Предусмотрен рост экспортного потенциала отрасли. В целях эффективной интеграции в международное пространство будет налажено стратегическое партнерство с сетями ведущих клиник, ВУЗов и исследовательских учреждений мира. Локомотивом реализации экспортного потенциала данных услуг могут стать кластеры международного уровня, Назарбаев Университета.

В рамках реализации текущей Государственной программы на основе поставленных стратегических целей по охране и укреплению здоровья населения будут определены приоритетные направления развития медицинской науки на период до 2020 года.

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

В 2018–2019 годах будут разработаны и утверждены концепции научно-технологических парков в соответствии со спецификой каждого медицинского ВУЗа для активного включения последних в работу создаваемых на национальном и региональном уровне технологических и научных парков. Это будет способствовать трансформации медицинских ВУЗов в исследовательские университеты.

Будет разработана среднесрочная программа развития научных компетенций, обучения и научных стажировок по стратегически приоритетным направлениям. Будет развиваться обмен научными кадрами и оказываться помощь в обучении международным стандартам научной работы, в том числе выработке дизайна и методологии исследований, помощь в оформлении научных трудов.

В условиях дефицита научных кадров развитие научной школы будет базироваться на:

1) расширении количества специальностей и направлений подготовки научных кадров;

2) создании комплексной системы социально-экономических механизмов привлечения одаренных специалистов в организации науки и образования, их стимулирования к проведению научных исследований.

Кроме того, будет проработан вопрос по внедрению с 2018 года программ пост-докторантуры на базе ведущих отечественных медицинских ВУЗов и научных организаций.

В рамках развития научных компетенций и трансферта мировых технологий будут обеспечены поддержка развития профессионального и научного сообщества медицинских работников, профессиональных объединений и ассоциаций, а также повышение их роли в развитии медицинской науки и образования.

Будут обеспечены адекватное, устойчивое и прозрачное финансирование научно-исследовательских проектов и программ. Предусматривается активное вовлечение организаций медицинской науки в систему получения грантов на проведение научных исследований. Это должно стать одним из основных источников финансирования организаций медицинской науки.

При этом вводится обязательное требование о не менее, чем 50% софинансировании поддерживаемых из бюджета научно-инновационных проектов средствами внебюджетных источников (частный сектор).

Требуется приступить к внедрению в медицине технологий генетического анализа, искусственного интеллекта, которые на порядок повышают эффективность диагностики и лечения заболеваний.

С целью приближения сферы медицинской науки Казахстана к международным стандартам, эффективного использования научного потенциала медицинских ВУЗов будет продолжена практика создания консорциумов – сети организаций соисполнителей, объединенных вокруг головной организации – медицинского ВУЗа, развития университетской науки, посредством создания и развития лабораторий коллективного пользования, повышения исследовательского потенциала ППС и студентов, подготовки научно-педагогических кадров.

Будет продолжена работа по повышению эффективности менеджмента как научных исследований и проектов, так и научных организаций. По опыту ведущих мировых стран развитие медицинской и фармацевтической науки будет концентрироваться вокруг университетов. С этой целью будет стимулироваться интеграция научных, образовательных и медицинских организаций для совместного использования ресурсов (зданий, оборудования, человеческих ресурсов и пр.).

Будет обеспечено дальнейшее развитие лабораторий коллективного пользования, укрепления материально-технической базы научных лабораторий и баз для проведения доклинических и клинических исследований. Будут осуществляться системная поддержка и стимулирование локализации клинических испытаний медицинских технологий.

Интегральными показателями конкурентоспособности научных исследований будут объем публикаций в международных рецензируемых изданиях, количество цитирований работ казахстанских авторов, объем патентования и уровень коммерциализации полученных результатов и внедрения в практическое здравоохранение.

С целью оценки уровня и повышения качества отечественной медицинской науки ежегодно будет публиковаться Национальный рейтинг научных организаций страны, что позволит повысить их прозрачность и конкурентоспособность.

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

5.7.1. Совершенствование сети организаций здравоохранения

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

Будет проведена оптимизация государственной инфраструктуры здравоохранения путем горизонтальной и вертикальной интеграции и слияния медицинских организаций.

Горизонтальная интеграция позволит повысить преемственность, полноту и качество услуг (например, слияние районной больницы и поликлиники, слияние монопрофильных клиник с многопрофильными). Вертикальная интеграция позволит повысить управляемость и эффективность (например, слияние областных и районных противотуберкулезных диспансеров).

На уровне областных и республиканских организаций, включая ВУЗы и научные центры, будет рассмотрена возможность поэтапной трансформации в автономные организации здравоохранения по опыту АОО «Назарбаев Университет», приняты меры по созданию объединенной университетской больницы на базе Казахского национального медицинского университета им. С. Д. Асфендиярова в г. Алматы.

Для развития университетских клиник будут привлечены стратегические партнеры: ведущие зарубежные университеты и медицинские центры, в том числе на основе доверительного управления.

Рассматриваются меры по реализации проектов государственно-частного партнерства по строительству и эксплуатации многопрофильной больницы на 300 коек с поликлиникой на 150 посещений в смену при РГП на ПХВ «Казахском национальном медицинском университете им. С. Д. Асфендиярова» в г. Алматы и строительству и эксплуатации многопрофильной клинической больницы на 300 коек при РГП на ПХВ «Карагандинский государственный университет» в г. Караганды.

В целом в рамках оптимизации государственной инфраструктуры основное внимание будет уделено высвобождению и перераспределению неэффективно используемых ресурсов в больничном секторе, которая предусматривает:

1) оптимизацию лечебно-диагностических процессов, улучшение менеджмента и трансформацию неэффективно работающих объектов и подразделений для оказания востребованных населением медицинских услуг (ПМСП, реабилитация, паллиативная помощь и пр.); при этом необходимо отходить от применения устаревших стандартов и нормативов сети в интересах охраны здоровья населения;

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

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

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

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

С этой целью будет доработан и утвержден единый перспективный план развития инфраструктуры здравоохранения (мастер-план) в разрезе регионов и уровней оказания медицинской помощи, учитывающий специфику регионов и потребность населения в конкретных видах медицинской помощи. Его основой станут планы развития регионов, которые будут соответствовать единой структуре, отражать информацию по существующей сети организаций здравоохранения, планируемой реструктуризации (открытие, объединение, закрытие, перепрофилирование), потребность в объектах (строительство дополнительных объектов и взамен) и т. д.

На основе мастер-плана будут осуществляться инвестиционное планирование и развитие сети здравоохранения, в первую очередь, на основе стимулирования и привлечения частных инвестиций, преимущественного развития ГЧП. С этой целью на основании рекомендаций стандарта государственной политики по ГЧП в здравоохранении Европейской экономической комиссии ООН (UNECE) будет разработана Дорожная карта ГЧП в здравоохранении Республики Казахстан.

Государственные инвестиции будут планироваться и направляться на развитие сети здравоохранения в сферах, где ограничено применение концессии и ГЧП, нет экономической целесообразности развития ГЧП, а также в стратегически значимых для развития отрасли секторах (материнство, туберкулез, ВИЧ и т. п.). Будет рассмотрено дальнейшее развитие инфраструктуры республиканских подведомственных организаций (в том числе Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии, Республиканской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением).

С целью стимулирования развития частного сектора и ГЧП будут разработан комплекс мер финансового обеспечения на подготовку и консультативное сопровождение проектов ГЧП, осуществлена разработка типовых проектных документов, выработаны специальные нормативные акты по тарифообразованию и гарантированию объемов потребления медицинских услуг, принятию государственными органами долгосрочных концессионных обязательств по договорам, в том числе на основе платы за доступность объектов здравоохранения.

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

При этом будут реализованы различные формы ГЧП, предусматривающие:

1) расширение участия частных медицинских организаций в предоставлении всего спектра услуг, входящих в ГОБМП и ОСМС;

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

3) передачу республиканских и местных организаций здравоохранения в доверительное управление частным компаниям, в том числе зарубежным;

4) приватизацию государственных организаций здравоохранения; будет обновлен перечень организаций, услуги которых будут переданы в конкурентную среду;

5) привлечение частных инвестиций на строительство объектов здравоохранения по различным моделям концессии;

6) привлечение частных компаний для обеспечения оснащения и эффективного функционирования медицинской техники, лабораторной службы и информационных систем в здравоохранении.

Будут регламентированы порядок определения частного партнера и заключения договора ГЧП по отдельным проектам ГЧП, в том числе:

по улучшению доступности и качества медицинской помощи амбулаторно-поликлинической помощи (включая центры ПМСП, поликлиники);

по развитию инфраструктуры стационарного сектора (многопрофильные больницы мощностью более 300 коек);

по развитию онкологической службы с оснащением медицинской техникой (линейные ускорители, аппараты компьютерной томографии, магнитно-резонансные томографы и т. д.).

Проекты ГЧП будут реализовываться посредством заключения договора ГЧП на конкурсной основе.

Будет разработана типовая конкурсная документация проекта ГЧП и типовой договор ГЧП.

При этом договор ГЧП в том числе будет включать в себя условия о механизмах взаимодействия сторон, ответственности каждой стороны проекта ГЧП, в том числе третьих лиц (с приложением схемы взаимодействия сторон) в инвестиционном и постинвестиционном периоде, предполагаемые виды деятельности в рамках проекта ГЧП.

Будут предусмотрены источники возмещения затрат субъектов ГЧП и получения доходов субъектами ГЧП посредством:

оказания медицинских услуг в процессе эксплуатации объекта ГЧП;

компенсации инвестиционных затрат по проекту ГЧП;

компенсации операционных затрат по проекту ГЧП;

иных источников возмещения затрат и получения доходов, не запрещенных законодательством Республики Казахстан.

Государственный партнер может предоставить следующие основные меры государственной поддержки:

предоставление натурных грантов;

софинансирование проектов ГЧП;

и другие меры в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Будут созданы равные экономические условия, как для государственных, так и частных поставщиков услуг.

Одновременно для успешного развития инфраструктуры и реализации мастер-плана будет проводиться системная межсекторальная работа по государственной поддержке, созданию стимулов развития для частных медицинских организаций, в том числе с зарубежным участием. Эти меры включают:

1) совершенствование нормативно-правового регулирования и снижение административных барьеров для частного сектора в здравоохранении;

2) обеспечение доступного финансирования, в том числе путем включения сектора здравоохранения в Дорожную карту бизнеса 2020;

3) обеспечение адекватной и справедливой тарифной политики путем включения расходов на обновление основных средств и затрат на сервис дорогостоящего медицинского оборудования*.

Будут осуществлены комплексная разработка и внедрение новой системы стандартов инфраструктуры здравоохранения на основе стандартов ОЭСР (архитектурные, инженерные, технологические и др.), а также стандарты в области ресурсосбережения, энергоэффективности и экологичности объектов здравоохранения.

Продолжится работа по совершенствованию технологий SMART-медицины с внедрением мобильных приложений и гаджетов по удаленному мониторингу пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в рамках инвестиционного проекта. Медицинские организации будут оснащены необходимой IT-инфраструктурой, доступом к Интернету и сертифицированными медицинскими информационными системами для автоматизации собственных бизнес-процессов.

5.7.2. Повышение эффективности оснащения и использования медицинской техники

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

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

разработку и внедрение типовых стандартов оснащения медицинской техникой для определенных государственных организаций здравоохранения, с учетом регионализации оказания медицинской помощи;

разработку и внедрение единой методологии оптимального выбора модели медицинской техники и методологии ценообразования на услуги по ее техническому обслуживанию;

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

2) разработка программ оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой путем централизованного закупа на основе ГЧП.

Будут внедрены механизмы сервисного ГЧП на основе поставки частными компаниями медицинской техники на основе долгосрочных контрактов на оказание медицинских и сервисных услуг, поставку расходных материалов. Это позволит рационализировать инвестиционные программы медицинских организаций, улучшить качество услуг, а также обеспечить стабильное сервисное обслуживание закупленной техники со стороны поставщиков и производителей.

При этом организации, осуществляющие функции по закупу и лизингу медицинской техники, будут определяться конкурсным путем на рынке соответствующих услуг;

3) развитие лизинговых систем приобретения медицинской техники, в том числе через национальные институты развития*. В целях обновления основных средств будет усовершенствован механизм развития сервисной и лизинговой модели приобретения медицинской техники.

Будет создана единая Национальная база данных медицинской техники с целью систематизации базы данных (сведения о производителе, регистрации, комплектации, цене и т. д.) для прослеживания медицинской техники от производителя к конечному потребителю;

4) создание в регионах на основе ГЧП централизованных медицинских сервисных служб и центров непрерывного обучения медицинских и технических специалистов, обеспечивающих работоспособность медицинского оборудования на основе долгосрочных контрактов с медицинскими организациями;

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

6) обеспечение подготовки инженеров и медицинских техников по обслуживанию медицинской техники с базовым образованием, внедрение штатных единиц сервисных работников по медицинской технике в лечебных организациях.

При этом будет разработана единая амортизационная политика, направленная на эффективное управление основными средствами, которая будет предусматривать создание в медицинских организациях амортизационных фондов для аккумулирования соответствующих тарифных выплат с целью последующего реинвестирования в обновление основных средств.

Кроме того, будет внедрен механизм долгосрочного планирования закупа медицинской техники и оказаны меры поддержки конкурентоспособным отечественным производителям.

Указанные комплексные меры предоставят медицинским организациям возможность приобретать то оборудование, которое им необходимо, произойдет переход от системы прямых закупок к долгосрочной лизинговой системе.

Планирование, закуп медицинской техники и их сервисное обслуживание, развитие лизинговых систем приобретения медицинской техники для организаций и объектов здравоохранения, которые построены, модернизированы или реконструированы в рамках договоров ГЧП (концессии), будет осуществляться в соответствии с условиями заключенного договора ГЧП (концессии).

5.7.3. Развитие информационно-коммуникационных технологий

Будет повышена доступность, качество, безопасность, эффективность, устойчивость и пациентоориентированности системы здравоохранения, основанная на комплексной цифровизации данных и процессов. Всеобъемлющие цифровые данные накопленной базы знаний будут основным источником для интегрированной поддержки клинических и политических решений.

В рамках реализации данного направления будет продолжено развитие информатизации отрасли здравоохранения в части разработки единых стандартов, технологических спецификаций и характеристик различных информационных систем в части требуемого функционала системы на основе тесного взаимодействия с пользователями систем.

В соответствии с установленными требованиями и стандартами будет организована и внедрена процедура сертификации различных программных продуктов на предмет соответствия требованиям электронного здравоохранения для дальнейшего доступа на рынок информационно-коммуникационных технологий (далее – ИКТ) в области здравоохранения.

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

Будет создана информационная основа для ОСМС, базирующаяся на ресурсах электронного здравоохранения, налоговых органов, организаций социального страхования и социальной защиты.

Доступ к ресурсам электронного здравоохранения и регулярное введение необходимой информации станут обязательным условием для лицензирования, аккредитации субъектов медицинской и фармацевтической деятельности.

Будет повышен потенциал работников отрасли здравоохранения по вопросам электронного здравоохранения на уровне до и последипломного образования.

Будут выработаны единые стандартизованные требования на основе международных стандартов медицинских информационных систем, которые будут предъявляться в обязательном порядке для всех клинических информационных систем.

Будет внедрена сервисная модель реализации инвестиционных проектов по информатизации отдельных организаций, служб, региональных систем здравоохранения на основе ГЧП. С учетом этого государство в лице центральных и местных исполнительных органов будет планомерно снижать прямые бюджетные инвестиции в проекты по созданию и внедрению глобальных и региональных информационных систем ввиду несоответствия сроков подготовки и реализации бюджетных ИТ-проектов срокам развития и старения информационных технологий.

Наряду с традиционными подходами к информатизации производственных процессов в отрасли будет осуществляться поддержка внедрения инновационных ИКТ, таких как удаленный автоматизированный мониторинг состояния здоровья пациентов с помощью мобильных медицинских устройств.

В рамках реализации модели интегрированной медицинской помощи будут поэтапно внедряться самостоятельная онлайн-запись пациентов на прием к медицинским работникам, консультирование в режиме реального времени и наблюдение пациентов с использованием персональных стационарных компьютеров и смартфонов.

Будет расширена национальная телемедицинская сеть*, совершенствованы информационные технологии в рамках существующих информационных систем для управления и координации работы кластерной системы.

Для успешной реализации предусмотренных мер и обеспечения эффективного использования информационных систем будут реализованы широкомасштабные мероприятия по обучению специалистов системы здравоохранения по вопросам информатизации.

6. Необходимые ресурсы

На реализацию текущей Государственной программы в 2016–2019 годах будут направлены средства государственного бюджета, а также другие, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.

Общие затраты на реализацию текущей Государственной программы составят 944 998,8 млн. тенге.

В дальнейшем к общему объему финансирования из средств бюджета будут добавлены средства Фонда СМС.

Объем финансирования текущей Государственной программы будет уточняться при утверждении республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан и исходя из возможности доходной части республиканского и местных бюджетов, Фонда социального медицинского страхования, а также с привлечением других альтернативных источников.

Примечания:

** – реализация мероприятий будет осуществляться путем привлечения частных инвестиций и других альтернативных источников финансирования; ** – реализация мероприятий будет осуществляться исходя из доходной части Фонда социального медицинского страхования*

Приложение
к Государственной программе развития здравоохранения
Республики Казахстан «Денсаулық»
на 2016–2019 годы

План мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 годы

№ п/п	Наименование	Ед. измерения	Форма завершения	Сроки исполнения	Ответственные за исполнение	В том числе, по годам				Всего	Источники финансирования	Код бюджетной программы
						2016 год	2017 год	2018 год	2019 год			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Общая цель: Укрепление здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны											
	Целевой индикатор:											
	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Количество лет	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ		МЗ, МВД, МОН, МНЭ, МСХ, МКС, МИО	71,8	72,2	73,04	73,13			
	Цель 1: Внедрение новой политики по охране здоровья общества на основе интегрированного подхода к профилактике и управлению болезнями											
	Целевой индикатор:											
	Индекс здоровья		Административные данные МЗ		МЗ, МВД, МОН, МНЭ, МСХ, МКС, МИО		-	0,814	0,815			
	Задача 1. Развитие системы общественного здравоохранения											
	Показатели результатов:											
	Количество ДТП с пострадавшими	абс.	Административные данные МВД		МВД, МИО	19570	19178	16985	16952			
	Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений	на 100 000 нас.	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ		МЗ, МВД, МОН, МИО	84,9	82,3	70,1	70,0			
	Уровень суицидов среди детей от 15 до 17 лет	на 100 000 нас.	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ		МОН, МВД, МЗ	17,2	17,0	14,7	14,6			
	Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15–49 лет в пределах 0,2–0,6%	%	Административные данные МЗ		МЗ, МНЭ, МИО	0,26	0,33	0,31	0,41			
	Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, среди детей в возрасте 15–17 лет (маркер – сифилис)	на 100 000 нас.	Административные данные МЗ		МЗ, МОН, МИО	6,2	5,9	3,0	3,0			
	Заболеваемость туберкулезом	на 100 000 нас.	Административные данные МЗ		МЗ, МНЭ, МИО	63,1	61,5	52,1	52,0			
	Заболеваемость туберкулезом среди осужденных	на 100 000 осужденных	Административные данные МВД		МВД	780,0	770,0	428	422			
	Удержание показателя заболеваемости инфекционными и паразитарными заболеваниями на уровне не более 315,9	на 100 000 нас.	Административные данные МЗ		МЗ, МИО	315,9	315,9	315,9	315,9			
	Охват граждан, занимающихся физической культурой и спортом	%	Административные данные МКС		МКС, МЗ, МИО	27,0	28,0	29,0	30,0			
	Охват детей и подростков, занимающихся физической культурой и спортом на базе детско-юношеских спортивных школ	%	Административные данные МКС		МКС, МЗ, МИО	14,0	14,5	15,6	15,7			
	Распространенность ожирения	на 100 000 нас.	Административные данные МЗ		МЗ, МИО	256,5	243,6	231,4	220,0			
	Распространенность употребления табака	%	Данные социологического опроса		МЗ, МКС, МОН, МИО				22,2			
	Доля общеобразовательных учреждений, реализующих программы по профилактике наркомании и поведенческих болезней	%	Административные данные МОН		МОН, МЗ, МИО	78,0	85,0	90,0	100,0			
	Количество лиц, состоящих на наркологическом учете с пагубным потреблением и зависимостью от наркотиков	на 100 000 нас.	Административные данные МЗ		МЗ, МВД	192,0	191,0	136,3	135,2			
	Направление 5.1. Развитие системы общественного здравоохранения	млн. тг				22 093,4	22 297,0	34 164,4	33 983,6	112 538,4		
	Направление 5.1.1. Формирование службы общественного здоровья	млн. тг				19 087,1	19 087,1	30 932,8	30 746,2	99 853,3		
	Мероприятия:											
1.	Подготовить предложения по функционированию службы общественного здравоохранения в РК с учетом лучших мировых практик		предложения в Правительство РК	2 квартал 2016 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
2.	Создать структурные подразделения МЗ и управлений здравоохранений для реализации политики в сфере охраны общественного здоровья		приказ МЗ, постановление акимата	4 квартал 2016 года	МЗ, МИО						в пределах лимита штатной численности и средств, предусмотренных на содержание	001
3.	Организовать обучающие семинары при поддержке ВОЗ, CDC (центр по контролю и профилактике заболеваний США) в соответствии с лучшими международными стандартами для кадров здравоохранения и других заинтересованных государственных органов, реализующих политику охраны общественного здоровья*		семинары	ежегодно	МЗ						ВБ	
4.	Обеспечить реализацию мероприятий по профилактике и мониторинг за неинфекционными заболеваниями на основе апробированных технологий в соответствии с: – Глобальным планом действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбы с ними на 2017–2020 годы: – Рамочной конвенцией ВОЗ и Европейской стратегией по борьбе против табака: – Планом действий ВОЗ в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 годы		Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ, МСХ, МИО						не требует финансовых затрат	
5.	Обеспечить мониторинг мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний		проведение мониторинга	ежегодно	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
6.	Разработать план социальной мобилизации ресурсов по профилактике и предупреждению инфекционных и неинфекционных заболеваний		совместный план	3 квартал 2016 года	МЗ, МНЭ, МИО						не требует финансовых затрат	
7.	Продолжить мероприятия по дальнейшей иммунизации населения (реализация Национального календаря прививок)	млн. тг	проведение мероприятий	ежегодно	МЗ, МИО	19 087,1	19 087,1	30 932,8	30 746,2	99 853,3	РБ, МБ	053, 070
8.	Разработать и внедрить Национальный регистр иммунопрофилактики		национальный регистр	4 квартал 2018 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
9.	Внести предложения по разработке концепции здорового питания школьников		Отчетная информация	2 квартал 2017 года	МЗ, МСХ, МОН, МНЭ, МИО						не требует финансовых затрат	
10.	Адаптировать международные системы долгосрочного моделирования и прогнозирования развития заболеваний на региональном и национальном уровнях*		внедрение международных систем	1 квартал 2017 года	МЗ, МИО						ВБ	
11.	Внедрить инструмент прогнозирования и моделирования заболеваемости и смертности от основных хронических неинфекционных заболеваний		внедрение международных систем	3 квартал 2019 года	МЗ, МИО						ВБ	
12.	Разработать и внедрить систему оценки деятельности СОЗ*		методические рекомендации	1 квартал 2017 год – разработка, 2018–2019 годы – внедрение	МЗ, МИО						ВБ	
13.	Разработать план мер по управлению общественным здоровьем		Приказ МЗ	май 2018 года – разработка, 2018–2019 г – мониторинг	МЗ, МВД, МО, МИР, МЭ, МКС, МОН, МОР, МИО						не требует финансовых затрат	
	Направление 5.1.2. Развитие межсекторального взаимодействия	**млн. тг**				**3 006,2**	**3 209,9**	**3 231,6**	**3 237,4**	**12 685,0**		
	Мероприятия:											
14.	Разработать Карту рисков влияния окружающей среды на здоровье населения с последующим мониторингом здоровья населения в разрезе регионов*		Протокол НКС	2017 год – разработка, 2018 год – мониторинг	МЗ, МНЭ, МЭ, МИО						ВБ	
15.	Принять меры по передаче школьной медицины из системы образования в систему здравоохранения		Концепция законопроекта	3 квартал 2017 года	МЗ, МОН, МИО						не требует финансовых затрат	
16.	Разработать Дорожную карту по профилактике суицидального поведения детей и подростков		Протокол НКС	4 квартал 2016 года	МОН, МЗ, МВД, МИО						не требует финансовых затрат	
17.	Реализовать комплекс мероприятий, направленных на предупреждение и снижение дорожно-транспортных происшествий, включая: – строительство тротуаров, подземных (надземных) пешеходных переходов, пешеходных и велосипедных дорожек, «карманов» автобусных остановок, освещению проезжей части в местах массового передвижения пешеходов – принять меры по установке стационарных систем фото-, видеофиксации нарушений ПДД вблизи детских дошкольных учреждений, общеобразовательных школ и в других местах массового посещения детей		информация в МЗ	ежегодно	МИО						в пределах выделенных средств из МБ	
18.	Обеспечить дальнейшее развитие 40 трассовых медико-спасательных пунктов на аварийно-опасных участках дорог республики	млн. тг	информация в МЗ	ежегодно	МВД, МЗ	796,6	796,7	752,0	752,0	3 097,4	РБ	014
19.	Совершенствовать алгоритмы взаимодействия трассовых медико-спасательных пунктов, медицинских организаций, санитарной авиации, скорой неотложной помощи		совместный приказ	3 квартал 2016 года	МВД, МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
20.	Разработать План по профилактике и предупреждению травматизма и несчастных случаев на производстве		Утвержденный План	3 квартал 2016 года	МЗ						не требует финансовых затрат	
21.	Активизировать работу по вовлечению населения *(детей, подростков, взрослых, трудоспособного населения)* в занятия физической культурой и спортом		информация в МЗ	ежегодно	МКС, МИК, МИО, НПП (по согласованию)						не требует финансовых затрат	
22.	Формировать навыки здорового питания путем активной информационно-образовательной работы по вопросам здорового и рационального питания среди детей	млн. тг	информация о проведенной информационно-образовательной работе	2017–2019 годы	МЗ		62,5	43,1	47,6	153,3	РБ	001
23.	Продолжить проведение мониторинга и контроля качества и безопасности продукции, в том числе пищевой, включая фальсифицированные и генетически модифицированные продукты		Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ						не требует финансовых затрат	
24.	Подготовить предложения по фортификации муки		предложения в Правительство РК	3 квартал 2016 года	МЗ, МНЭ, МСХ, МИР, НПП (по согласованию)						не требует финансовых затрат	
25.	Разработка и внедрение единых стандартов по рациону питания в учебных заведениях и обеспечить мониторинг за их внедрением	млн. тг	методические рекомендации	2017–2019 годы	МЗ, МОН, МНЭ, МИО		75,2			75,2	РБ	001
26.	Совершенствовать нормативное регулирование и государственный контроль за оборотом алкогольной продукции, активное противодействие незаконному обороту наркотических средств, курительных и некурительных табачных изделий		информация в МЗ	2016–2019 годы	МВД, МФ, МНЭ, МИР						не требует финансовых затрат	
27.	Обучить инспекторов по делам несовершеннолетних технологиям раннего выявления групп риска по наркологическому профилю среди детей и подростков	млн. тг	вручение сертификатов	2016–2017 годы	МВД, МЗ, МИО	1,8	2,0			3,8	РБ	076
28.	Обучить сотрудников МВД *(полицейские, участковые инспектора)* навыкам определения степени опьянения *(алкогольного, наркотического, токсического)*	млн. тг	вручение сертификатов	2016–2017 годы	МВД, МЗ, МИО	1,7	2,1			3,7	РБ	076
29.	Мониторинг и оценка наркологической ситуации в уголовно-исполнительной системе РК	млн. тг	Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ, МВД	0,7	0,04	2,4	0,8	3,9	РБ	053, 070
30.	Проводить на региональном уровне акции, посвященные Международному дню борьбы с наркоманией (26 июня)		информация в МЗ	ежегодно	МИО						МБ	009
31.	Проводить информационную работу по профилактике поведенческих факторов риска *(табакокурение, употребление алкоголя, психоактивных веществ, рисковые формы поведения, низкая физическая активность)* с использованием современных информационных технологий	млн. тг	информационные материалы, проведение мероприятий	ежегодно	МЗ, МОН, МИО	2 205,5	2 271,3	2 434,1	2 436,9	9 347,8	РБ, МБ	
	– за счет средств республиканского бюджета				МЗ	82,4	83,5	2 419,8	2 421,9	5 007,6	РБ	062, 053, 070
	– за счет средств местного бюджета				МИО	2 123,0	2 187,8	14,3	15,1	4 340,2	МБ	007-015
32.	Обеспечить проведение мероприятий по санитарной охране границ и территорий республики с целью предупреждения завоза и распространения особо опасных инфекций в РК		проведение мероприятий	ежегодно	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
33.	Принять меры по уменьшению потребления соли, сахара в целях профилактики неинфекционных заболеваний		Предложение в НКС	2019 год	МЗ, МИР						не требует финансовых затрат	
34.	Проведение анализа международного опыта и разработка предложений по применению комплексных показателей для оценки общественного здоровья, медико-демографических процессов, факторов риска, бремени заболеваний: потерянные годы жизни (YLL), потерянные годы трудоспособной жизни (YLD), годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности (DALY), годы жизни с поправкой на качество (QALY)		Методика комплексной оценки бремени болезней и факторов их развития	2019 год	МЗ						не требует финансовых затрат	
35.	Привести формы, предназначенные для сбора административных данных в области здравоохранения, в соответствие с международными стандартами		приказ МЗ	1 квартал 2017 года	МЗ, МНЭ						не требует финансовых затрат	

36.	Обеспечить реализацию Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в РК на 2014–2020 годы, а также мероприятий по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД		Отчетная информация	ежегодно, 25 января	МЗ, МВД, МИО						не требует финансовых затрат	
	Задача 2. Совершенствование профилактики и управления заболеваниями											
	Показатели результатов:											
	Общая смертность населения	на 1000 населения	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ		МЗ, МИО	7.56	6.97	7.2	7.1			
	Материнская смертность	на 100 000 родившихся живыми	Административные данные МЗ		МЗ, МИО	11.5	11.4	11.68	11.2			
	Младенческая смертность	на 1000 родившихся живыми	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ		МЗ, МИО	9.6	9.5	7.8	7.8			
	Смертность от болезней системы кровообращения (БСК)	На 100 000 нас.	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ		МЗ, МИО	203.1	201.7	175.5	174.5			
	Смертность от туберкулеза	на 100 000 нас.	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ		МЗ, МИО	4.5	4.3	3.14	3.10			
	Смертность от злокачественных новообразований	на 100 000 нас.	Официальные данные Комитета по статистике МНЭ		МЗ, МИО	93.5	93.3	83.5	83.1			
	Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с раком молочной железы	%	Административные данные МЗ		МЗ, МИО			51.4	51.6			
	Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с раком шейки матки	%	Административные данные МЗ		МЗ, МИО			53.9	54.1			
	Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с колоректальным раком	%	Административные данные МЗ		МЗ, МИО			43.1	43.3			
	Ранняя выявляемость злокачественных новообразований (0–1 стадия)	%	Административные данные МЗ		МЗ, МИО			24.1	24.3			
	Число прикрепленного населения на 1 ВОП	чел.	Административные данные МЗ		МЗ, МИО	1954	1791	1750	1700			
	Доля финансирования ПМСП в рамках ГОБМП	%	Административные данные МЗ		МЗ, МИО	30	32.5	38.0	40.0			
	Уровень потребления стационарной помощи, финансируемой в рамках ГОБМП, кроме социально-значимых заболеваний	Число койко-дней на 1000 населения	Административные данные МЗ		МЗ, МИО	1170	1160	1059.1	1058.5			
	Направление 5.2. Интеграция всех служб здравоохранения вокруг нужд пациента на основе модернизации и приоритетного развития ПМСП	млн. тг				17 832.3	24388.6	32 912.2	32 310.4	107 443.5		
	Направление 5.2.1. Модернизация и приоритетное развитие ПМСП	млн. тг				4 069.9	11 340.0	4 069.9	4 069.9	23 549.8		
	Мероприятия:											
37.	Создать поэтапно на базе действующих поликлиник / центров ПМСП 16-ти центров ofexcellens (центров лучших практик), направленных на развитие семейного принципа обслуживания*		методические рекомендации	2017 год – создание, 2018–2019 годы – внедрение	МЗ, МИО						ВБ	
38.	Совершенствовать операционный менеджмент в организациях ПМСП (современные технологии управления очередями и др.)		методические рекомендации	ежегодно	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
39.	Разработать алгоритм оказания медицинской помощи, обеспечивающий преемственность и полноту ПМСП, стационарной и специализированной медицинской помощи		Отчетная информация	2017 год	МЗ						не требует финансовых затрат	
40.	Завершить внедрение программы интегрированного управления хроническими заболеваниями в регионах*		Отчетная информация	2017–2018 годы	МЗ, МИО						ВБ	
41.	Совершенствование геронтологической помощи в соответствии с разработанным стандартом		Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
42.	Расширить предоставление паллиативной помощи и ухода на дому с привлечением представителей НПО		методические рекомендации	2017–2019 годы	МЗ						не требует финансовых затрат	
43.	Принять меры по развитию службы реабилитации и длительного ухода, в т. ч. с привлечением негосударственных медицинских организаций		Отчетная информация	декабрь, 2018–2019 годы	МЗ						не требует финансовых затрат	
44.	Совершенствование клинических протоколов диагностики и лечения злокачественных новообразований		Клинические протоколы	2018–2019 годы	МЗ						не требует финансовых затрат	
45.	Разработать регламент мультипрофильного патронажа пациентов на основе интеграции ПМСП, служб социальной защиты и общественного здоровья, включая медико-социальную реабилитацию		Методические рекомендации	3 квартал 2018 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
46.	Продолжить реализацию и совершенствование мер по планированию семьи, профилактике заболеваемости, лечению и реабилитации хронических заболеваний женского, мужского населения и детей		Отчетная информация	декабрь, 2018–2019 годы	МЗ						не требует финансовых затрат	
47.	Обеспечить поэтапную передачу функций врачей общей практики по наблюдению, управлению хроническими заболеваниями и обслуживанию на дому специально подготовленным средним медицинским работникам, выпускникам прикладного бакалавриата в медицинских организациях		Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
48.	Увеличить обеспеченность ПМСП ВОПами и средними медицинскими работниками, в т. ч. за счет поэтапного замещения участковых терапевтов и участковых педиатров на ВОП, **включая меры по подготовке и переподготовке кадров; стимулированию перехода медицинских работников в ПМСП из других служб; вовлечению иностранных специалистов	млн. тг	Отчетная информация	декабрь, 2017–2019 годы	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
49.	Расширить сеть ПМСП на основе развития ГЧП и частной медицины, включая создание групповых и индивидуальных семейных практик		Отчетная информация	декабрь, 2017–2019 годы	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
50.	Разработать механизм свободного выбора врача, услуги и организации ПМСП		предложения в Правительство РК	3 квартал 2017 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
51.	Улучшить доступность для населения РК амбулаторно-поликлинической помощи**, в том числе консультативно-диагностической	млн. тг	Отчетная информация	декабрь, 2017–2019 годы	МЗ, МИО		4 665,8			4 655,8	ФСМС	
52.	Обеспечить дальнейшее развитие Национальной скрининговой программы, ее мониторинг и оценку эффективности	млн. тг	Отчетная информация	декабрь, 2016–2019 годы	МЗ, МИО	4 069,9	2 035,0	4 069,9	4 069,9	14 244,7	РБ	053, 067
53.	Совершенствовать нормативно-правовую базу в части организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан		Приказ МЗ	2018 год	МЗ						не требует финансовых затрат	
54.	Совершенствование перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи		Постановление Правительства РК	2 квартал 2018 года	МЗ, МНЭ, МФ						не требует финансовых затрат	
	Направление 5.2.2. Развитие СНМП	млн. тг				5 959,5	6 363,7	6 527,3	6 531,1	25 381,6		
	Мероприятия:											
55.	Обеспечить поэтапное внедрение международных стандартов деятельности СНМП*		Отчетная информация	2016–2017 годы	МЗ, МИО						ВБ	
56.	Разработать типовые учебные программы для переподготовки и повышения квалификации работников СНМП на основе международных стандартов*		приказ МЗ	4 квартал 2018 года	МЗ						Не требует финансовых затрат	
57.	Принять меры по дальнейшему развитию транспортной медицины, в том числе:											
	– обеспечение населения РК медицинской помощью в форме санитарной авиации в рамках ГОБМП	млн. тг	Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ	5 959,5	6 363,7	6 527,3	6 531,1	25 381,6	РБ	053, 067
	– создание Национального координационного центра экстренной медицины на базе Республиканского центра санитарной авиации		Отчетная информация	декабрь, 2018 год	МЗ						не требует финансовых затрат	
	– дальнейшее развитие мобильной (транспортной) медицины, дистанционное наблюдение пациентов на основе ГЧП*		дорожная карта	1 квартал 2019 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
	Направление 5.2.3. Развитие специализированной медицинской помощи с интеграцией всех служб здравоохранения	млн. тг				7 803,0	6 684,9	22 314,9	21 709,3	58 512,1		
	Мероприятия:											
58.	Разработать и внедрить интегрированную модель организации медицинской помощи по отдельным нозологиям и состояниям, предусматривающую регионализацию стационаров на основе координирующей роли ПМСП		приказ МЗ	2016–2017 годы	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
59.	Продолжить меры по повышению эффективности работы и внедрению интегрированной модели службы родовспоможения и детства в РК		Отчетная информация	декабрь, 2018–2019 годы	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
60.	Разработать перечень высокотехнологичных медицинских услуг		приказ МЗ	4 квартал 2016 года	МЗ						не требует финансовых затрат	
61.	Разработать и принять Комплексный план по борьбе с онкологическими заболеваниями, в том числе с предусматривающего мероприятия по созданию научного онкологического центра в г. Астане		Постановление Правительства РК	2 квартал 2018 года	МЗ, МФ, АОО «Назарбаев Университет» (по согласованию), МИО						не требует финансовых затрат	
62.	Обеспечить развитие телемедицины, мобильной медицины, создание локальных и региональных Call-центров на принципах ГЧП (для организации технологической поддержки внедрения интегрированной медицинской помощи)*		Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ						ВБ	
63.	Обеспечить лечение больных в отечественных клиниках с привлечением зарубежных специалистов, в том числе проведение мастер-классов, а также в зарубежных клиниках (по решению уполномоченного органа)	млн. тг	Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ, МИО	1 306,8	1 306,8	2 268,4	1 646,9	6 528,9	РБ	053, 067
64.	Обеспечить население РК компонентами и препаратами донорской крови и проводить лабораторные услуги тканевого типирования и референс-исследования	млн. тг	Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ, МИО	4 259,3	4 259,7	16 948,7	16 964,7	42 432,4	РБ	053, 067
65.	Обеспечить применение инновационных технологий в рамках ГОБМП	млн. тг	Отчетная информация	декабрь, 2016–2019 годы	МЗ, МИО	2 236,9	1 118,4	3 097,8	3 097,8	9 550,9	РБ	053, 067
	Цель 2: Модернизация национальной системы здравоохранения, ориентированной на эффективность, финансовую устойчивость и поддержку социально-экономического роста											
	Целевой индикатор:											
	Уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи	%	Данные социологического опроса населения (по усовершенствованной методике)		МЗ	40	42	47	48			
	Задача 1: Повышение эффективности управления и финансирования системы здравоохранения											
	Показатели результатов:											
	Доля населения, за которое ФСМС получены отчисления и взносы на СМС	%	Административные данные МЗ		МЗ, МФ, МИО	-	80	26	26			
	Соотношение средней заработной платы врачей к средней заработной плате в экономике		Административные данные МЗ		МЗ, МИО	1.0	0.9	0.9	1.1			
	Доля медицинских организаций, имеющих высокий рейтинг по уровню менеджмента	%	Административные данные МЗ		МЗ, МИО	7.1	7.4	7.7	8.0			
	Доля частных поставщиков медицинских услуг в рамках в рамках ГОБМП и в системе ОСМС	%	Административные данные МЗ		МЗ, МИО	29.3	30.5	40.5	41.0			
	Направление 5.3. Обеспечение качества медицинских услуг					0	0	16.7	16.8	33.5		
	5.3.1. Стандартизация и управление качеством медицинской помощи					0	0	16.7	16.8	33.5		
	Мероприятия:											
66.	Организовать работу ОКК медицинских услуг		Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ						не требует финансовых затрат	
67.	Проработать вопрос поэтапной передачи функций по разработке, совершенствованию клинических протоколов, стандартов в области здравоохранения, их мониторингу и оценку качества медицинских услуг в ОКК		предложения в Правительство РК	4 квартал 2019 года	МЗ, МНЭ, МИО						не требует финансовых затрат	
68.	Поэтапно актуализировать, пересмотреть клинические протокола диагностики и лечения заболеваний		актуализированные клинические протоколы	ежегодно	МЗ						не требует финансовых затрат	
69.	Провести стандартизацию всех клинических и неклинических производственных процессов в медицинских организациях, их внедрение и мониторинг		методические рекомендации	4 квартал 2017 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
70.	Разработать систему оценки медицинских технологий и совершенствования процессов внедрения новых технологий и лекарственных средств в медицинскую практику		методические рекомендации	3 квартал 2017 года	МЗ						не требует финансовых затрат	
71.	Совершенствовать правила проведения внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг		приказ МЗ	2 квартал 2016 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
72.	Подготовить предложения по внедрению Национальной системы учета и анализа медицинских ошибок на основе применения конфиденциального аудита		предложения в Правительство РК	3 квартал 2017 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
73.	Разработать план мер по развитию медицинской этики и коммуникативных навыков медицинских работников		Отчетная информация	4 квартал 2017 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
74.	Внедрить обязательное опубликование в СМИ результатов производственной деятельности, рейтинговой оценки и результатов социологических исследований удовлетворенности качеством медицинских услуг		Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
75.	Организовать проведение НПО социологических исследований по оценке удовлетворенности населения качеством медицинских услуг		результаты социологических исследований	2017–2019 годы	МЗ		0	16.7	16.8	33.5	РБ	001
76.	Обеспечить методологическое сопровождение мониторинга эффективности внедрения стандартов здравоохранения		приказ МЗ	4 квартал 2017 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
	Направление 5.3.2. Развитие аккредитации и лицензирования в здравоохранении					0	0	0	0	0		
	Мероприятия:											
77.	Проработать вопрос по внесению изменений и дополнений в НПА по вопросам организации аккредитации поставщиков медицинских услуг, в том числе для определения соответствия отдельных медицинских услуг установленным требованиям		предложения в Правительство	4 квартал 2017 года	МЗ						не требует финансовых затрат	
78.	Внедрить систему стимулирования медицинских организаций к прохождению аккредитации, в том числе международной JointCommissionInternational (JCI)		Отчетная информация	декабрь, 2017–2019 годы	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
79.	Обеспечить прохождение международной аккредитации Центром аккредитации в сфере здравоохранения и его поэтапную передачу в форму саморегулируемой организации*		сертификат международной аккредитации и рассмотрение в 2016 году на комиссии для выработки предложений по вопросам передачи государственных функций государственных органов в конкурентную среду и саморегулируемым организациям	2016–2019 годы	МЗ, МНЭ						ВБ	
80.	Пересмотреть учебную программу по подготовке специалистов по аккредитации в области здравоохранения*		учебная программа	3 квартал 2017 года	МЗ, МНЭ						ВБ	
81.	Проработать вопрос трансформации обязательной сертификации медицинских работников в институт обязательного лицензирования		предложения в Правительство РК	3 квартал 2017 года	МЗ						не требует финансовых затрат	
	Направление 5.4. Реализация Национальной лекарственной политики	млн. тг				81 238,2	47 077,9	134 980,1	133 145,8	396442,0		
	Направление 5.4.1. Обеспечение доступности лекарственных средств и изделий медицинского назначения	млн. тг				80 502,2	47 077,9	134 980,1	133 145,8	395 706,0		
	Мероприятия:											
82.	Разработать Дорожную карту по развитию фармацевтической политики, включая: – внедрение надлежащих фармацевтических практик GXP, – проработать вопрос по расширению полномочий МЗ в сфере обращения лекарственных средств		дорожная карта	2 квартал 2018 года	МЗ, МИР, МИО						не требует финансовых затрат	
83.	Внести изменения и дополнения в НПА, в части:											
	– оптимизации процедур регистрации лекарственных средств, произведенных по стандартам надлежащей производственной практики (GMP) и зарегистрированных в странах-членах Международной конференции по гармонизации технических требований к регистрации лекарственных препаратов для человека (ICH); – внедрения внешнего и внутреннего референтного ценообразования		приказы МЗ	2016-2018 годы	МЗ, МИР, МНЭ						не требует финансовых затрат	
	– совершенствования системы планирования и закупа лекарственных средств и их рационального использования		Отчетная информация	декабрь, 2016–2018 годы	МЗ, МИР, МНЭ						не требует финансовых затрат	
84.	Выработать предложения по дальнейшему развитию системы мобильных передвижных аптечных пунктов, в том числе на основе ГЧП		предложения в Правительство РК	3 квартал 2017 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
85.	Разработать системные меры государственной поддержки обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники отечественного производства		предложения в Правительство РК	3 квартал 2017 года	МЗ, МИР, МИО						не требует финансовых затрат	
86.	Продолжить обучение специалистов государственного органа и экспертной организации надлежащим фармацевтическим практикам GXP*		получение сертификатов обучения	ежегодно	МЗ						ВБ	
87.	Начать вступление фармацевтического инспектората в Международную систему сотрудничества фармацевтических инспекций (PIC/S)*		Отчетная информация	4 квартал 2019 года	МЗ						ВБ	
88.	Разработать меры по амбулаторному лекарственному обеспечению в рамках внедрения ОСМС, включая механизм соплаты гражданами разницы в стоимости лекарственных средств		предложения в Правительство РК	2 квартал 2017 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат	
89.	Продолжить обеспечение населения РК лекарственными препаратами в рамках ГОБМП, включая расширение перечня лекарственных средств и нозологий, в том числе в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения**	млн. тг	Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ, МИО	80 502,2	47 077,9	134 980,1	133 145,8	395 706,0	РБ, МБ	
	за счет средств республиканского бюджета					47 679,7	30 229,8	128 280,3	128 783,3	334 973,1	РБ	053, 067
	за счет средств местного бюджета					32 822,5	16 848,1	6 699,8	4 362,5	60 732,9	МБ	014, 015, 022, 046-015, 041
	Направление 5.4.2. Обеспечение качества и безопасности лекарственных средств и ИМН	млн. тг			МЗ	736,0				736,0		
	Мероприятия:											
90.	Расширить меры по противодействию производству и распространению контрафактной и фальсифицированной продукции, и развитию системы фармаконадзора		проведение мероприятий	ежегодно	МЗ						не требует финансовых затрат	
91.	Организация международной сертификации лаборатории Национального центра по экспертизе лекарственных средств, ИМН и медицинской техники*		получение сертификата	4 квартал 2018 года	МЗ						ВБ	

	Показатели	изм.	Адаптированные данные	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Ответственные за достижение показателя	Источник информации	Периодичность	Базовое значение показателя	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Связь с показателями Госпрограммы
90	Обеспечить испытательной лабораторией Национального центра по экспертизе лекарственных средств ИМ, ИИ, медицинской техникой	%	Адаптированные данные МЗ	225	239	310	315								МЗ, МЧО	Отчетный доклад	ежегодно		МЗ							
91	Для выпускников ВУЗов, успешно сдавших независимую экзаменацию с последующим трудоустройством	%	Адаптированные данные МЗ	70	77	85	90								МЗ	Отчетный доклад-информация	МЗ, ОДКК, ОГК	0	МЗ							105
92	Для доходов от научной деятельности в общем бюджете медицинских ВУЗов (НИ и ИД)	%	Адаптированные данные МЗ			6	12								МЗ	Отчетный доклад-информация	МЗ, ОДКК, ОГК	0	МЗ							105
93	Количество отечественных инновационных S-band ряда of Science по отношению к количеству производственных предприятий (ПИ)	%	Адаптированные данные МЗ			125	115								МЗ	Отчетный доклад-информация	МЗ, ОДКК, ОГК	260	1475	1405	3140	3022	6551			105
94	Доля лабораторного лекарственного обеспечения общем объеме обеспечения	%	Адаптированные данные МЗ	56	57	58	60								МЗ, МЧО	отчет об 2017-2019 годах между-менеджера и руководителей медицинских ВУЗов РК, ежедневный мониторинг Министерства здравоохранения РК, ежедневный мониторинг университета ДМК (Университет MasterHealth)	ежегодно	2575	4095	6141	7663	3022	8549			105
95	Обеспеченность в 1,0 раза ниже нормативов медицинскими организациями	%	Адаптированные данные МЗ	48	45	60	65								МЗ, МЧО											
96	Охват населения медицинской помощью	%	Адаптированные данные МЗ	0	0	20	50								МЗ, МЧО											
97	Количество реализованных проектов государственно-частного партнерства	Ед.	Адаптированные данные МЗ	8	16	48									МЗ, МЧО											
	Направление 5.4.3. Обеспечение применения инновационных технологий и ИИМ																									
	Мероприятие:																									
98	Ежегодная внедрения международно-признанной автоматической идентификации средств и ИИМ в 1 ч.	%	Адаптированные данные МЗ	16615	15326	17528	16564	15743							МЗ											
99	Доля выпускников учебных программ по специалистов медицинской и фармацевтической рациональному использованию средств ИМН*	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧН, МЧЗ											
100	– подготовке специалистов фармакологов*	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ											
101	Внедрить оценку обеспечения лекарственных средств в организациях, организациях здравоохранения*	%	Адаптированные данные МЗ	0	0	0	0	0							МЗ, МЧО											
102	Разработать Лекарственный информационный центр, который будет использовать использования средств	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ											
103	Проведение мониторинга лекарственных средств в организациях, организациях здравоохранения	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧН, МЧЗ											
104	Разработать Лекарственный информационный центр, который будет использовать использования средств	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ											
105	Проведение мониторинга лекарственных средств в организациях, организациях здравоохранения	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧН, МЧЗ											
	Направление 5.5. Совершенствование системы здравоохранения на основе внедрения стандартов и повышения ее финансовой устойчивости																									
	Мероприятие:																									
106	Осуществить переход на новые стандарты оказания медицинской помощи в ОСМС	%	Адаптированные данные МЗ	0	311,2937	4752	5339	312,3028							МЗ, МЧЗ, МЧО	Отчетный доклад-информация	ежегодно									
107	Разработать Лекарственный информационный центр, который будет использовать использования средств	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ											
108	Внедрение в медицинских организациях, организациях здравоохранения в обеспечении доступности лекарственных средств	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
	Направление 5.5. Совершенствование системы здравоохранения на основе внедрения стандартов и повышения ее финансовой устойчивости																									
	Мероприятие:																									
109	Осуществить переход на новые стандарты оказания медицинской помощи в ОСМС	%	Адаптированные данные МЗ	0	311,2937	4752	5339	312,3028							МЗ, МЧЗ, МЧО	Отчетный доклад-информация	ежегодно									
110	Совершенствование действующего стандарта оказания медицинской помощи в ОСМС	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
111	Создание Фонда формирующего систему ОСМС	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
112	Обеспечить мониторинг и мониторинга отчисления ОСМС	%	Адаптированные данные МЗ	0	833	4752	5339	1,8274	5,6	666					МЗ, МЧЗ, МЧО	Отчетный доклад-информация	ежегодно									
113	Изучить четыре модели внедрения соответствия за оказанные услуги	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
114	Проводить мониторинг и контроль за ценообразованием в частном секторе, в том числе в ГАРАНТИИ ОСМС	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
115	Разработать Лекарственный информационный центр, который будет использовать использования средств	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
116	Совершенствование действующего стандарта оказания медицинской помощи в ОСМС	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
117	Разработать Лекарственный информационный центр, который будет использовать использования средств	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
118	Внедрение в медицинских организациях, организациях здравоохранения	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
119	Обеспечить мониторинг и контроль за ценообразованием в частном секторе, в том числе в ГАРАНТИИ ОСМС	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
120	Провести мониторинг и контроль за ценообразованием в частном секторе, в том числе в ГАРАНТИИ ОСМС	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
121	Разработать Лекарственный информационный центр, который будет использовать использования средств	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
122	Интеграция в международное сообщество по разработке мер по обеспечению доступности лекарственных средств	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
123	Провести мероприятия по разработке стандартов и протоколов лечения	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО											
	Задача 2. Повышение эффективности использования и совершенствование мер стимулирования отрасли																									
124	Обеспечить функции Национальной службы по совершенствованию определения потребности, планирования кадрового задействованных*	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ	Отчетный доклад-информация	ежегодно									
125	Осуществить переход на штатные нормативы в работу человеческих ресурсов медицинских организаций	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО, МЧО	Отчетный доклад	ежегодно	2016-2019 годы	2016-2019 годы	не требует финансовых затрат						
126	Обеспечить гарантированный минимум медицинской помощи*	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ			4 квартал 2017 года	4 квартал 2017 года	56						105
127	Разработать предложения по социальной поддержке медицинских работников	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО			3 квартал 2017 года	3 квартал 2017 года	в пределах ранее выделенных средств						105
128	Разработать и внедрить типовые программы квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ			2017-2018 годы	2017-2018 годы	56						
129	Разработать профессиональный стандарт кадрового ресурса здравоохранения	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ			2018-2019 годы	2018-2019 годы	56						
130	Разработать и внедрить методологию и рекомендации по безопасности медицинских изделий	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО			2017-2019 годы	МЗ-ЗСН, МЧЗ, МЧО	в пределах выделенных средств						105
131	Разработать Национальную службу трансфузиологии, действующую в подведомственной МЗСР и ФОМС	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ, МЧЗ, МЧО	Отчетный доклад-информация	ежегодно									
	Направление 5.5.1. Подготовка и внедрение национального стандарта медицинского страхования																									
	Мероприятие:																									
132	Отмасштабировать на медицинских и иных организациях, оказывающих медицинскую помощь	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ	Приказ МЗРК	2016-2017 годы									
133	Совершенствование действующего стандарта оказания медицинской помощи в ОСМС	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ			4 квартал 2017 года	4 квартал 2017 года	не требует финансовых затрат						
134	Изучить четыре модели внедрения соответствия за оказанные услуги	%	Адаптированные данные МЗ												МЗ	Приказ МЗ	2018 год									
135	Поэтапно совершенствовать учебные программы (резидентуры) и последипломного (непрерывного) образования на основе квалификационных курсов, квалификационного профессионального стандарта, включающей: подготовку специалистов по лечению и реабилитации больных с ОНМК, ОИМ, ЗНО, ЗСД, ЗСН, ЗСН, ЗСН

	Направление 5.7. Обеспечение дальнейшего развития инфраструктуры здравоохранения на основе государственно-частного партнерства и современных информационно-коммуникационных технологий	млн. тг				5 189,4	1 500,0	2975,0	0	9 664,4			
	Направление 5.7.1. Развитие сети организаций здравоохранения					0	0	0	0	0			
	Мероприятия:												
156.	Разработать Дорожную карту по внедрению ГЧП для развития инфраструктуры, в т. ч. ПМСП		«дорожная карта»	1 квартал 2016 года	МЗ						не требует финансовых затрат		
157.	Проводить мероприятия по оптимизации государственной инфраструктуры здравоохранения путем горизонтальной и вертикальной интеграции, включая централизацию и децентрализацию медицинских услуг		Информация о проведении мероприятий	ежегодно	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат		
158.	Разработать перспективные планы развития инфраструктуры здравоохранения на основе актуализации перспективных планов развития сети здравоохранения на 2015–2025 годы в разрезе регионов и уровней оказания медицинской помощи (мастер-планы)		утверждение перспективного плана развития инфраструктуры	2017–2018 годы	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат		
159.	Разработать методологические подходы по разработке и мониторингу перспективных планов развития инфраструктуры здравоохранения в разрезе регионов (мастер-планы)		Приказ МЗ	4 квартал 2018 года	МЗ, МИО						Не требует финансовых затрат		
160.	Рассмотреть возможность поэтапной трансформации областных и республиканских организаций, ВУЗов и научных центров в автономные организации здравоохранения		предложения в Правительство	3 квартал 2017 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат		
161.	Принять меры по созданию объединенной университетской больницы на базе Казахского национального медицинского университета им. С. Д. Асфендиярова в г. Алматы		Отчетная информация	декабрь, 2018–2019 годы	МЗ						в пределах выделенных средств		
162.	Рассмотреть дальнейшее развитие инфраструктуры республиканских подведомственных организаций (в том числе Казахского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии, Республиканской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением)		Отчетная информация	декабрь, 2018–2019 годы	МЗ, МФ						в пределах выделенных средств		
163.	Сформировать перечень объектов здравоохранения, предлагаемых на приватизацию и в доверительное управление и ГЧП		Отчетная информация	2016–2017 годы	МЗ, МФ, МНЭ, МИО						не требует финансовых затрат		
164.	Принять меры по реализации проекта государственно-частного партнерства по строительству и эксплуатации многопрофильной больницы на 300 коек с поликлиникой на 150 посещений в смену при РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова» в г. Алматы» и строительству и эксплуатации многопрофильной клинической больницы на 300 коек при РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» в г.Караганде		Отчетная информация	декабрь, 2019 год	МЗ, МФ						в пределах выделенных средств	105, 071	
165.	Проработать вопрос применения системы стандартов инфраструктуры здравоохранения на основе стандартов ОЭСР (архитектурные, инженерные, технологические и др.), а также стандарты в области ресурсосбережения, энергоэффективности и экологичности объектов здравоохранения		предложения в Правительство РК	3 квартал 2018 года	МЗ, МНЭ, МИО						не требует финансовых затрат		
166.	Разработать и утвердить порядок определения частного партнера, заключения договора ГЧП на поставку оборудования в сфере здравоохранения		Приказ МЗ	4 квартал 2018 года	МЗ, МИО						в пределах выделенных средств		
167.	Разработать и утвердить порядок определения частного партнера, заключения договора ГЧП по созданию больничных организаций в сфере здравоохранения		Приказ МЗ	2019 год	МЗ, МИО						в пределах выделенных средств		
168.	Разработать и утвердить порядок определения частного партнера, заключения договора ГЧП по созданию амбулаторно-поликлинических организаций в сфере здравоохранения		Приказ МЗ	2019 год	МЗ, МИО						в пределах выделенных средств		
	Направление 5.7.2. Повышение эффективности оснащения и использования медицинской техники	млн. тг					1 500,0			1 500,0			
	Мероприятия:												
169.	Совершенствовать систему планирования потребности в медицинской технике, ремонте, техническом обслуживании, содействовать созданию централизованных медицинских сервисных служб, центров непрерывного обучения медицинских и технических специалистов		Отчетная информация	декабрь, 2017–2019 годы	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат		
170.	Разработать методические рекомендации по оснащению организаций здравоохранения медицинским оборудованием, специальным автотранспортом с применением механизма ГЧП, включая ПМСП		методические рекомендации	3 квартал 2017 года	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат		
171.	Обеспечить сервисное обслуживание медицинского оборудования	млн. тг	Отчетная информация	декабрь, 2017–2019 годы	МЗ, МИО		1 500,0			1 500,0	РБ	052	
172.	Создать Национальную базу медицинской техники и обеспечить ее постоянную актуализацию		Национальная база	2019 год	МЗ						не требует финансовых затрат		
173.	Разработать методологию формирования и использования амортизационных накоплений в медицинских организациях		Методические рекомендации	2018 год	МЗ						не требует финансовых затрат		
174.	Принять меры по внедрению механизма долгосрочного планирования закупа медицинской техники и оказанию поддержки конкурентоспособным отечественным производителям медицинской техники		Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ, МИР, МИО						не требует финансовых затрат		
	Направление 5.7.3 Обеспечение дальнейшего развития современных информационно-коммуникационных технологий	млн. тг				5 189,4	0	2 975,0	0	8 164,4			
	Мероприятия:												
175.	Принять дальнейшие меры по развитию и стандартизации электронного здравоохранения	млн. тг	Отчетная информация	4 квартал 2016 года	МЗ	93,5				93,5	РБ	020	
176.	Внедрить процедуры сертификации медицинских информационных систем на предмет соответствия стандартам электронного здравоохранения	млн. тг	проведение сертификации	ежегодно	МЗ	560,0		40,0		600,0	РБ	020	
177.	Обеспечить внедрение и развитие платформы интероперабельности здравоохранения и информационных систем электронного здравоохранения	млн. тг	Отчетная информация	декабрь, 2016–2019 годы	МЗ	4 438,2		2 935,0		7 373,1	РБ	020	
178.	Предусмотреть обучение основам электронного здравоохранения в учебных программах в медицинских ВУЗах		учебные программы	2 квартал 2017 года	МЗ, МОН						не требует финансовых затрат		
179.	Применить сервисную модель реализации инвестиционных проектов по информатизации здравоохранения на основе ГЧП, в том числе инновационных информационно-коммуникационных технологий и телемедицины		Отчетная информация	декабрь, ежегодно	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат		
180.	Реализовать Проект ВБ «Передача технологий и проведение институциональной реформы в сфере здравоохранения»	млн. тг	Отчетная информация	4 квартал 2016 года	МЗ	97,8				97,8	РБ	020	
181.	Интеграция информационных систем, использование мобильных цифровых приложений, внедрение электронных паспортов здоровья, переход на «безбумажные» больницы		Отчетная информация	Июль 2018 – 2019 годы	МЗ, МИО						не требует финансовых затрат		
	Всего	млн. тг				128 034,8	408 080,9	207 276,4	201 606,8	944 998,8			

Примечание.*

Объем финансирования текущей Государственной программы будет уточняться при утверждении республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан и исходя из возможности доходной части республиканского и местных бюджетов, а также с привлечением других альтернативных источников.

Расшифровка аббревиатур:

РК – Республика Казахстан
МЗ – Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МИР – Министерство по инвестициям и развитию Республики Казахстан
МИК – Министерство информации и коммуникации Республики Казахстан
МОН – Министерство образования и науки Республики Казахстан
МВД – Министерство внутренних дел Республики Казахстан
МКС – Министерство культуры и спорта Республики Казахстан
МНЭ – Министерство национальной экономики Республики Казахстан
МФ – Министерство финансов Республики Казахстан
МСХ – Министерство сельского хозяйства Республики Казахстан
МОР – Министерство общественного развития Республики Казахстан
МТЗСН – Министерство труда и социальной зищиты населения Республики Казахстан
МЭ – Министерство энергетики Республики Казахстан
МЗСР – Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан
РБ – республиканский бюджет
МБ – местный бюджет
СОЗ – служба общественного здоровья
ВОП – врачи общей практики
СНМП – скорая и неотложная медицинская помощь
ЕЭП – Европейская экономическая палата
ШОС – Шанхайская организация сотрудничества
ВИЧ/СПИД – вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита
УИС – уголовно-исправительная система
ГЧП – государственно-частное партнерство
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
ОКК – Объединенная комиссия по качеству
ИМН – изделия медицинского назначения
ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
НПО – неправительственная организация
ДТП – дорожно-транспортное происшествие
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
СМИ – средства массовой информации
ЕНСЗ – Единая национальная система здравоохранения
ОЭСР – Организация экономического сотрудничества и развития
ИМН – изделия медицинского назначения
ФСМС – Фонд социального медицинского страхования
ОСМС – обязательное социальное медицинское страхование
НПА – нормативно-правовой акт
НКС – Национальный координационный совет
ВУЗ – высшее учебное заведение
ППС – профессорско-преподавательский состав
РЦРЗ – Республиканский центр развития здравоохранения
ВБ – Всемирный банк

Примечания:

** – реализация мероприятий будет осуществляться путем привлечения частных инвестиций и других альтернативных источников финансирования, привлекаются средства ВБ;*

*** – реализация мероприятий будет осуществляться исходя из доходной части Фонда социального медицинского страхования.*

Постановление Правительства Республики Казахстан

Астана, Үкімет Үйі от 16 октября 2018 года № 651

О внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 7 февраля 2008 года № 116 «Об утверждении Правил назначения, выплаты и размеров государственных стипендий обучающимся в организациях образования»

Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в постановление Правительства Республики Казахстан от 7 февраля 2008 года № 116 «Об утверждении Правил назначения, выплаты и размеров государственных стипендий обучающимся в организациях образования» (САПП Республики Казахстан, 2008 г., № 7, ст. 67) следующие изменения:

в Правилах назначения, выплаты и размерах государственных стипендий обучающимся в организациях образования, утвержденных указанным постановлением:

пункт 3 изложить в следующей редакции:

«3. Государственная стипендия назначается и выплачивается студентам, интернам, магистрантам, докторантам, слушателям резидентуры, слушателям подготовительных отделений организаций высшего и (или) послевузовского образования, обучающимся в организациях образования по государственному образовательному заказу по очной форме обучения.»;

пункт 19 изложить в следующей редакции:

«19. Слушателям подготовительных отделений организаций высшего и (или) послевузовского образования размер государственной стипендии устанавливается на уровне 85 (восемьдесят пять) процентов от размера ежемесячной государственной стипендии студентов, обучающихся в организациях образования, реализующих образовательные программы высшего образования.».

2. Настоящее постановление вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Премьер-Министр Республики Казахстан Б. САГИНТАЕВ

Постановление Правительства Республики Казахстан

Астана, Үкімет Үйі от 19 октября 2018 года № 665

О внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 15 июня 2009 года № 906 «Об утверждении Правил определения лимита правительственного долга и долга местного исполнительного органа, лимитов предоставления государственных гарантий и поручительств государства»

Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в постановление Правительства Республики Казахстан от 15 июня 2009 года № 906 «Об утверждении Правил определения лимита правительственного долга и долга местного исполнительного органа, лимитов предоставления государственных гарантий и поручительств государства» следующие изменения:

в Правилах определения лимита правительственного долга и долга местного исполнительного органа, лимитов предоставления государственных гарантий и поручительств государств, утвержденных указанным постановлением:

пункты 5, 6, 7 и 8 изложить в следующей редакции:

«5. Для определения лимита долга местных исполнительных органов областей, городов республиканского значения, столицы на соответствующий финансовый год используются данные центрального уполномоченного органа по исполнению бюджета о состоянии долга местных исполнительных органов на начало планируемого периода.

6. В случаях, когда заимствование местными исполнительными органами областей, городов республиканского значения, столицы осуществляется в виде получения займов от Правительства Республики Казахстан, лимит долга формируется с учетом заимствования в планируемом финансовом году и объема средств.

7. В случаях, когда заимствование местными исполнительными органами областей, городов республиканского значения, столицы осуществляется в виде получения бюджетных кредитов из республиканского бюджета и выпуска местными исполнительными органами городов республиканского значения, столицы государственных ценных бумаг для обращения на внутреннем рынке для финансирования дефицита бюджета города республиканского значения, столицы, а также в виде выпуска местными исполнительными органами областей, городов республиканского значения, столицы государственных ценных бумаг для обращения на внутреннем рынке для финансирования строительства жилья в рамках реализации государственных и правительственных программ:

1) лимит долга формируется с учетом представленных в срок до 15 августа года, предшествующего планируемому, местным исполнительным органом области, города республиканского значения, столицы по согласованию с центральным уполномоченным органом по исполнению бюджета и по делам архитектуры, градостроительства и строительства расчетов заимствования и возможности самостоятельно обслуживать и погашать свои долги в планируемом финансовом году;

2) расчет лимита осуществляется исходя из прогноза бюджетных программ развития, учтенного при расчете трансфертов общего характера, на планируемый трехлетний период местного исполнительного органа области, города республиканского значения, столицы с учетом поправочных коэффициентов.

8. Центральный уполномоченный орган по государственному планированию по согласованию с центральным уполномоченным органом по исполнению бюджета устанавливает лимит долга местных исполнительных органов областей, городов республиканского значения, столицы на планируемый финансовый год по формулам, согласно приложению 2 к настоящим Правилам, в срок до 15 сентября года, предшествующего планируемому.»;

приложение 2 к указанным Правилам изложить в редакции согласно приложению к настоящему постановлению.

2. Настоящее постановление вводится в действие со дня его первого официального опубликования.

Премьер-Министр Республики Казахстан Б. САГИНТАЕВ

Приложение
к постановлению Правительства Республики Казахстан
от 19 октября 2018 года № 685

Приложение 2
к Правилам определения лимита правительственного
долга и долга местного исполнительного органа,
лимитов предоставления государственных гарантий
и поручительств государства

Формулы определения лимитов долга местных исполнительных органов

1. Лимит долга местных исполнительных органов областей, городов республиканского значения, столицы на планируемый период определяется согласно следующей формуле:

Lslg = Dlg + BdefLg + Ss – Plg, где

Dlg – долг местного исполнительного органа области, города республиканского значения, столицы на начало планируемого финансового года;

BdefLg – бюджетные кредиты из республиканского бюджета, предоставляемые в планируемом финансовом году для реализации определенных целей в соответствии с бюджетным законодательством;

Ss – объем государственных ценных бумаг, предполагаемых к выпуску местным исполнительным органом области, города республиканского значения, столицы в планируемом финансовом году;

Plg – объем средств местного исполнительного органа области, города республиканского значения, столицы, направляемых на погашение долга в планируемом финансовом году.

2. Определяемый лимит должен соответствовать следующему требованию:

Lslg < MaxL * k, где

Lslg – лимит долга местного исполнительного органа области, города республиканского значения, столицы в планируемом финансовом году в отношении к его прогнозу бюджетных программ развития, учтенного при расчете трансфертов общего характера, на планируемый трехлетний период;

MaxL – максимальный лимит долга местного исполнительного органа области, города республиканского значения, столицы, который составляет 100% от прогноза бюджетных программ развития, учтенного при расчете трансфертов общего характера на планируемый трехлетний период;

k – поправочный коэффициент для местного исполнительного органа области, города республиканского значения, столицы (k = 0,8 для регионов, получающих бюджетные субвенции из республиканского бюджета; k = 1 для регионов, перечисляющих бюджетные изъятия в республиканский бюджет).