

Системы здравоохранения: время перемен

Том 14 №4 2012

# Казахстан

Обзор системы здравоохранения

Александр Кацага • Максут Кульжанов  
Marina Karanikolos • Bernd Rechel

Европейская

**обсерватория**



по системам и политике здравоохранения

Ответственными за подготовку настоящего обзора являются  
Marina Karanikolos и Bernd Rechel (редакторы) и Martin McKee (редактор серии)

## **Редакционная коллегия**

---

### **Главный редактор**

Elias Mossialos, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство

### **Редакторы серии**

Reinhard Busse, Берлинский технический университет, Германия

Josep Figueras, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Martin McKee, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

Richard Saltman, Университет Эмори, США

### **Редакционный коллектив**

Sara Allin, Университет Торонто, Канада

Jonathan Cylus, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Matthew Gaskins, Берлинский технический университет, Германия

Cristina Hernández-Quevedo, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Marina Karanikolos, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Anna Maresso, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

David McDaid, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Sherry Merkur, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Philipa Mladovsky, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Dimitra Panteli, Берлинский технический университет, Германия

Bernd Rechel, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Erica Richardson, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Anna Sagan, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Sarah Thomson, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Ewout van Ginneken, Берлинский технический университет, Германия

### **Международный консультативный комитет**

Tit Albreht, Институт общественного здравоохранения, Словения

Carlos Alvarez-Dardet Díaz, Университет Аликанте, Испания

Rifat Atun, Глобальный фонд, Швейцария

Johan Calltorp, Северная школа общественного здравоохранения, Швеция

Armin Fidler, Всемирный банк

Colleen Flood, Университет Торонто, Канада

Péter Gaál, Университет им. Земмельвейса, Венгрия

Unto Häkkinen, Центр экономики здравоохранения при Национальном центре изучения  
и развития социального обеспечения и здравоохранения (Stakes), Финляндия

William Hsiao, Гарвардский университет, США

Allan Krasnik, Университет Копенгагена, Дания

Joseph Kutzin, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

Soonman Kwon, Национальный университет Сеула, Республика Корея

John Lavis, Университет МакМастера, Канада

Vivien Lin, Университет Ла Троб, Австралия

Greg Marchildon, Университет Риджайны, Канада

Alan Maynard, Университет Йорка, Соединенное Королевство

Nata Menabde, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

Ellen Nolte, Rand Corporation, Соединенное Королевство

Charles Normand, Университет Дублина, Ирландия

Robin Osborn, Фонд Содружества, США

Dominique Polton, Национальная касса страхования на случай временной нетрудоспособности  
наемных работников (CNAMTS), Франция

Sophia Schlette, Health Policy Monitor, Германия

Игорь Шейман, Высшая школа экономики, Российская Федерация

Peter C. Smith, Королевский колледж, Соединенное Королевство

Wynand P.M.M. van de Ven, Университет им. Эразма Роттердамского, Нидерланды

Witold Zatoński, Мемориальный онкологический центр им. Марии Склодовской-Кюри, Польша

# Системы здравоохранения: время перемен

**Александр Кацага**, независимый консультант

**Максут Кульжанов**, Высшая школа общественного здравоохранения  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

**Marina Karanikolos**, Европейская обсерватория по системам и политике  
здравоохранения

**Bernd Rechel**, Европейская обсерватория по системам и политике  
здравоохранения

## Казахстан:

### Обзор системы здравоохранения 2012



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

## Ключевые слова:

DELIVERY OF HEALTH CARE

EVALUATION STUDIES

FINANCING, HEALTH

HEALTH CARE REFORM

HEALTH SYSTEM PLANS – organization and administration

KAZAKHSTAN

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу:

**Publications,  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8,  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark**

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических

картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полного согласия пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяется начальными прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяется без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

## Ссылка на исходный документ:

Katsaga A, Kulzhanov M, Karanikolos M, Rechel B. Kazakhstan: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012; 14(4):1–154.

# Содержание

<b>Предисловие</b> .....	<b>v</b>
<b>Благодарности</b> .....	<b>vii</b>
<b>Список сокращений</b> .....	<b>ix</b>
<b>Список таблиц, рисунков и вставок</b> .....	<b>x</b>
<b>Аннотация</b> .....	<b>xiii</b>
<b>Основные положения</b> .....	<b>xv</b>
<b>1. Введение</b> .....	<b>1</b>
1.1 География и социодемография .....	1
1.2 Экономика .....	2
1.3 Политика .....	5
1.4 Состояние здоровья населения .....	7
<b>2. Организационная структура и управление</b> .....	<b>15</b>
2.1 Обзор системы здравоохранения .....	15
2.2 Историческая справка .....	16
2.3 Организационная структура .....	19
2.4 Децентрализация и централизация .....	29
2.5 Планирование .....	31
2.6 Межсекторальный подход .....	35
2.7 Информационные системы управления .....	36
2.8 Регулирование .....	38
2.9 Права пациентов .....	48
<b>3. Финансирование</b> .....	<b>51</b>
3.1 Расходы на здравоохранение .....	52
3.2 Охват населения и право на медицинское обслуживание .....	61
3.3 Источники финансирования и финансовые потоки .....	63
3.4 Консолидация финансовых средств .....	70
3.5 Закупка медицинских услуг и взаимоотношения между покупателями и поставщиками .....	73
3.6 Механизмы оплаты .....	75

<b>4. Материальные и кадровые ресурсы</b> .....	<b>81</b>
4.1 Материальные ресурсы .....	81
4.2 Кадровые ресурсы .....	84
<b>5. Предоставление медицинских услуг</b> .....	<b>103</b>
5.1 Общественное здравоохранение .....	105
5.2 Первичная медико-санитарная/амбулаторная помощь .....	116
5.3 Специализированная амбулаторная/стационарная медицинская помощь .....	121
5.4 Скорая медицинская помощь .....	124
5.5 Медикаментозная помощь .....	125
5.6 Реабилитационная и долговременная помощь .....	128
5.7 Паллиативная помощь .....	129
5.8 Охрана психического здоровья .....	130
5.9 Стоматологическая помощь .....	132
5.10 Альтернативная/дополнительная медицина .....	133
<b>6. Основные реформы здравоохранения</b> .....	<b>135</b>
6.1 Анализ последних реформ .....	136
6.2 Перспективы развития .....	140
<b>7. Оценка системы здравоохранения</b> .....	<b>145</b>
7.1 Задачи системы здравоохранения .....	147
7.2 Система финансовой защиты .....	148
7.3 Опыт пациента .....	149
7.4 Показатели здоровья населения .....	154
7.5 Справедливость в предоставлении медицинской помощи .....	160
7.6 Эффективность системы здравоохранения .....	168
7.7 Прозрачность и подотчетность .....	170
<b>8. Заключение</b> .....	<b>171</b>
<b>9. Приложения</b> .....	<b>175</b>
9.1 Библиография .....	175
9.2 Полезные веб-ресурсы .....	179
9.3 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» .....	181
9.4 Проверка и рецензирование обзоров .....	184
9.5 Сведения об авторах .....	184

## Предисловие

**К**аждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Эти обзоры составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработан единый формат обзора – подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Этот формат периодически пересматривается.

Цель обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» состоит в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения в странах Европы. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников систем здравоохранения;
- описать организационную структуру, а также процессы подготовки и реализации программ реформ здравоохранения и их содержание;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те направления, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам разных стран инструмент для распространения сведений о системах здравоохранения и обмена опытом по стратегии их реформ;
- помочь другим исследователям и разработчикам в проведении более глубокого сравнительного анализа политики развития системы здравоохранения.

Составление обзоров сопряжено с рядом методологических трудностей. Во многих странах информации о системах здравоохранения и о результатах их реформ относительно мало.

Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели приходится получать из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ) Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростат, Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и ряд других источников, которые авторы сочли уместными. И хотя методы и определения, касающиеся сбора данных, могут несколько отличаться, в рамках каждой серии обзоров они обычно согласуются между собой.

Наряду с преимуществами составление обзоров в едином формате имеет и ряд недостатков, поскольку в разных странах системы финансирования и предоставления медицинских услуг различны. Преимущества же состоят в том, что единый формат позволяет проанализировать, как одни и те же вопросы и проблемы решаются в разных странах. Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен» могут стать полезным источником информации для тех, кто разрабатывает политику и стратегию в области здравоохранения в своей стране. Кроме того, их можно использовать для сравнительного анализа систем здравоохранения. Выпуск этих обзоров продолжается, и их материалы регулярно обновляются.

Все замечания и предложения по дальнейшим разработкам в данной области, а также по усовершенствованию обзоров просьба направлять по адресу электронной почты: [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int).

Обзоры и краткие справки «Системы здравоохранения: время перемен» можно найти на веб-сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: <http://www.healthobservatory.eu>.



## Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Казахстану составили Александр Кацага, Максут Кульжанов, Marina Karanikolos и Bernd Rechel. Редакторами обзора выступили Bernd Rechel и Marina Karanikolos из Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Лиза Мыглина координировала работу в стране. Основой данного обзора послужило издание 2007 года «Системы здравоохранения: время перемен» по Казахстану, автором которого выступили Максут Кульжанов и Bernd Rechel, а редактором – Bernd Rechel.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения совместно с авторами выражают благодарность Нинель Кадыровой, Tomica Milosavljevic, Ivana Misis и Sheila O’Dougherty за критический анализ обзора.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения благодарит Министерство здравоохранения РК и подведомственные ему органы за предоставление информации и ценные комментарии к предварительным вариантам этого документа, а также за предложения по будущим и актуальным тенденциям развития политики здравоохранения. Авторы обзора выражают отдельную благодарность Айгуль Каптагаевой, Надежде Хе, Сауле Диканбаевой, Татьяне Слажневой, Болату Токежанову, Аскару Едильбаеву, Бахтияру Бабамурадову, Елене Кудуссовой, Галине Гребенниковой и Жанне Калматаевой за вклад в подготовку этого обзора.

Особую благодарность авторы адресуют Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ), Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) – за предоставление данных по Западной Европе, а также Всемирному банку – за данные по странам Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные

статистические службы за предоставление официальных данных. Данный обзор характеризует ситуацию, сложившуюся в октябре 2011 года, если не оговаривается иное.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины. Коллектив Обсерватории, работающий над обзорами «Системы здравоохранения: время перемен», возглавляют Josep Figueras – директор, Elias Mossialos, Martin McKee, Reinhard Busse и Suszy Lessof. Координацию исследований Программы странового мониторинга и серии обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» осуществляет Gabriele Pastorino. Производственный процесс и редактирование обзора выполнены под руководством Jonathan North при поддержке Caroline White, Sophie Richmond (техническое редактирование) и Mary Allen (редактирование).

## Список сокращений

ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ДОТС	Программа лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (краткий курс)
ЕНСЗ	Единая национальная система здравоохранения
ЕС	Европейский союз
ЕС15	Страны, ставшие членами Европейского союза до мая 2004 г.
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
НДС	Налог на добавленную стоимость
НПО	Неправительственная организация
ОБСЕ	Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе
ОУЗ	Областное Управление Здравоохранением
ОУФ	Областное Управление Финансов
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППС	Паритет покупательной способности
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
СВА	Сельская врачебная амбулатория
СНГ	Содружество Независимых Государств
СУБ	Сельская участковая больница
СЭС	Санитарно-эпидемиологическая служба
ТБ	Туберкулез
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЦАРК	Центральноазиатские республики (Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан) и Казахстан
ЦРБ	Центральная районная больница
ШОС	Шанхайская организация сотрудничества
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНФПА	Фонд ООН по народонаселению
USAID	Агентство США по международному развитию

## Список таблиц, рисунков и вставок

### Таблицы

	стр.	
Таблица 1.1	Демографические показатели, 1980–2009 гг., выборочные годы	3
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели, 1990–2010 гг., выборочные годы	4
Таблица 1.3	Показатели продолжительности жизни и смертности от всех причин, 1990–2009 гг., выборочные годы	8
Таблица 1.4	Смертность по причинам смерти на 100 000 человек населения, 1985–2009 гг. (стандартизированные по возрасту коэффициенты на 100 000 человек населения) (выборочные годы)	9
Таблица 1.5	Показатели здоровья матери и ребенка, подростков в Казахстане, выборочные годы	11
Таблица 1.6	Заболееваемость отдельными инфекционными болезнями, Казахстан, 1985–2009 гг., выборочные годы	12
Таблица 3.1	Динамика расходов на здравоохранение, 1995–2009 гг. (выборочные годы)	52
Таблица 3.2	Государственные расходы на здравоохранение, 2003–2010 гг.	57
Таблица 3.3	Подушевые расходы на стационарную и амбулаторную помощь в рамках ГОБМП, по областям, 2008 г. (в тенге)	58
Таблица 3.4	Соотношение уровней финансирования из областных бюджетов к среднему уровню по стране, 2001–2008 гг.	59
Таблица 3.5	Областные расходы на здравоохранение, 2007 г.	60
Таблица 3.6	Расходы населения на платное медицинское обслуживание, 2010 г., в расчете на душу населения (в тенге)	68
Таблица 4.1	Число медицинских работников (физические лица) государственного сектора здравоохранения на 100 000 человек населения, 2000–2010 гг. (выборочные годы)	85
Таблица 4.2	Число медицинских работников на 100 000 человек населения, 1991–2009 гг. (выборочные годы)	85
Таблица 4.3	Обеспеченность врачами на 100 000 человек населения, 2002–2010 гг., по регионам	88
Таблица 4.4	Обеспеченность врачами в городах и сельских районах на 100 000 человек населения, 2007–2010 гг.	89
Таблица 4.5	Число врачей (физические лица) по специальностям на 100 000 человек населения, 1991–2009 гг. (выборочные годы)	90
Таблица 4.6	Обеспеченность средним медицинским персоналом (включая медицинских сестер) на 100 000 человек населения, 2004–2009 гг.	91
Таблица 4.7	Число стоматологов по областям, 2008–2010 гг.	94
Таблица 4.8	Образовательные учреждения Казахстана (в абсолютном выражении), 2007–2009 гг.	97

Таблица 4.9	Число выпускников – врачей и медсестер – на 100 000 человек населения, 1990–2009 гг., (выборочные годы)	97
Таблица 4.10	Прием в учреждения послевузовского образования (резидентура, магистратура, докторантура), 2004/2005–2009/2010 гг.	99
Таблица 5.1	Финансирование Комплексной программы по формированию здорового образа жизни (в млн тенге), 2004–2009 гг.	115
Таблица 5.2	Организации ПМСП в городах, 2005–2009 гг., в абсолютном выражении	119
Таблица 5.3	Сельские организации ПМСП, 2005–2009 гг., в абсолютном выражении	120
Таблица 5.4	Объекты фармацевтической деятельности, 2010 г., в абсолютном выражении	127
Таблица 5.5	Аптеки, декабрь 2010 г., в абсолютном выражении	127
Таблица 5.6	Медицинские организации, оказывающие стоматологическую помощь, 2009 г.	132
Таблица 6.1.	Цели Стратегического плана развития Республики Казахстан до 2020 года в сфере здравоохранения	142
Таблица 7.1	Время ожидания пациентами приема врача, 2008 г.	152
Таблица 7.2	Подушевые расходы по источникам финансирования и областям (в тенге), 2007–2008 гг.	161
Таблица 7.3	Потребление стационарных услуг по областям, 2009–2010 гг.	163
Таблица 7.4.	Потребление амбулаторных услуг по областям, 2009–2010 гг.	163
Таблица 7.5	Заболеемость населения: число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек населения по областям, 2008–2010 гг.	165
Таблица 7.6	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении по областям, 2010 г.	166
Таблица 7.7	Заболеемость туберкулезом на 100 000 человек населения по областям (с впервые в жизни установленным диагнозом), 2008–2010 гг.	166
Таблица 7.8	Младенческая смертность на 1000 живорожденных по областям, 2008–2009 гг.	167
Таблица 7.9	Материнская смертность на 100 000 живорожденных по областям, 2008–2010 гг.	167
Таблица 7.10	Подушевые расходы на стационарную и амбулаторную/поликлиническую помощь в рамках ГОБМП по областям (в тенге), 2007 г.	169

## Рисунки

		стр.
Рис. 1.1	Карта Казахстана	3
Рис. 1.2	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, среднее за период, Казахстан и ряд стран, 1980–2009 гг.	8
Рис. 2.1	Обзор системы здравоохранения	17
Рис. 2.2	Организационная структура Министерства здравоохранения РК	22
Рис. 3.1	Общие расходы на здравоохранение в % ВВП в странах Европейского региона ВОЗ, по данным ВОЗ, 2008 г.	53
Рис. 3.2	Динамика общих расходов на здравоохранение в % ВВП в Казахстане и средние показатели по отдельным регионам (по данным ВОЗ), 1995–2008 гг.	54
Рис. 3.3	Общие подушевые расходы на здравоохранение по ППС в долл. США в странах Европейского региона ВОЗ, по данным ВОЗ, 2008 г.	55
Рис. 3.4	Доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ, %, по данным ВОЗ, 2008 г.	56
Рис. 3.5	Расходы Республиканского бюджета на здравоохранение, 2010 г.	60
Рис. 3.6	Финансовые потоки в 2011 г.	64

Рис.3.7	Расходы домохозяйств на здравоохранение в расчете на душу населения, 2005–2009 гг. (в тенге)	68
Рис. 4.1	Число коек в больницах на 100 000 человек населения по типу стационара, 1991–2009 гг.	82
Рис. 4.2	Число коек в больницах краткосрочного лечения на 100 000 человек населения в Казахстане и средние показатели по региону, 1991–2009 гг.	83
Рис. 4.3	Средняя продолжительность госпитализации в больницах краткосрочного лечения, 1991–2009 гг.	84
Рис. 4.4.	Число врачей (физические лица) на 100 000 человек населения в Казахстане и средние показатели по региону, 1991–2009 гг.	86
Рис. 4.5.	Медсестры (физические лица) на 100 000 человек населения в Казахстане и средние показатели по региону, 1991–2009 гг.	91
Рис. 4.6.	Число врачей и медицинских сестер на 100 000 человек населения в странах Европейского региона ВОЗ в 2009 г. или за последний имеющийся год (указан в скобках)	92
Рис. 4.7	Число стоматологов (физические лица) на 100 000 человек населения в Казахстане и средние показатели по региону, 1991–2009 гг.	93
Рис. 4.8	Число фармацевтов (физические лица) на 100 000 человек населения в Казахстане и средние показатели по региону, 1991–2009 гг.	94
Рис. 5.1	Число обращений за амбулаторной помощью на одного человека в странах Европейского региона ВОЗ или за последний имеющийся год (указан в скобках)	118

## Вставки

стр.

Вставка 6.1	Основные вехи реформ в области здравоохранения	137
-------------	--	-----

## Аннотация

После провозглашения независимости Казахстан предпринял значительные усилия, направленные на реформирование унаследованной им от советского периода системы здравоохранения. В 2000-х годах были разработаны две комплексные программы реформ – Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы и Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан». Изменения в системе предоставления медицинской помощи включали оптимизацию стационарной помощи и перенос акцента на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП). Тем не менее, стационары продолжают потреблять основную часть финансовых ресурсов здравоохранения. По ряду причин, включая меняющиеся подходы к вопросам децентрализации, уровни, на которых происходит консолидация ресурсов здравоохранения, также продолжают меняться. После децентрализации финансирования здравоохранения до районного уровня в 2000–2003 годах в стране в 2004 году была введена новая система финансирования здравоохранения, которая включала консолидацию финансовых ресурсов здравоохранения на областном уровне и учреждение единого плательщика в лице Областных Управлений Здравоохранения (ОУЗ). Начиная с 2010 года финансовые ресурсы стационарной помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), объединены на национальном уровне в рамках реализации Концепции создания единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ). Казахстан также начал продвигать подходы доказательной медицины, разрабатывать и вводить новые клинические руководства, внедрять процессы улучшения качества медицинских услуг на уровне поставщиков медицинских услуг. Вместе с тем, основные аспекты деятельности системы здравоохранения настоятельно требуют дальнейшего улучшения. Региональные различия в финансировании

здравоохранения, потреблении медицинских услуг населением и показатели здоровья населения представляют собой основные проблемы, хотя определенные улучшения были достигнуты за последние годы. Несмотря на инвестиции и реформы, здоровье населения улучшилось в незначительной степени.



# Основные положения

## Введение

Казахстан – расположенное в степях государство, ставшее независимым после распада Советского Союза в 1991 году. Занимая территорию в 2,7 млн км<sup>2</sup> (что примерно соответствует территории 15 стран Евросоюза до 2004 года), Казахстан является крупнейшей после Российской Федерации республикой бывшего Советского Союза. Казахстан – унитарное государство с президентской формой правления. Страна делится на 16 административно-географических единиц (областей и городов). Главы областных органов исполнительной власти (акимы) и Областные Управления Финансов (ОУФ) играют ключевую роль в принятии решений, касающихся здравоохранения. Сразу после провозглашения независимости Казахстан пережил сильнейший экономический спад, за которым последовал период восстановления экономики, длившийся с 1996 по 2007 год. С углублением мирового экономического кризиса рост ВВП страны замедлился до 3,3% в 2008 году, затем до 1,2% в 2009 году и вновь вырос до 7% в 2010 году. Население Казахстана составляет примерно 16 млн человек. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2009 году составляла оценочно 63,6 года для мужчин и 73,5 года для женщин; эти показатели являются одними из самых низких в странах Европейского региона ВОЗ. Ишемическая болезнь сердца, инсульты и рак являются основными причинами смерти. Инфекционные болезни также вызывают тревогу ввиду высокого уровня заболеваемости ВИЧ/СПИДом и туберкулезом (ТБ).

## Организационная структура и управление

В Казахстане процесс выработки политики носит централизованный характер: этим занимается Правительство РК под руководством Президента РК. Национальная политика в области здравоохранения

устанавливается Министерством здравоохранения РК. Стратегическое планирование осуществляется посредством стратегических планов развития, разрабатываемых Министерством здравоохранения РК. Последний стратегический план определяет следующие приоритетные направления развития на 2009–2011 годы: улучшение здоровья населения, повышение эффективности системы здравоохранения и развитие кадровых ресурсов.

Вопросы оказания финансирования медицинской помощи относятся, в основном, к ведению областных органов исполнительной власти и находящихся в их подчинении ОУЗ. В Казахстане 14 областных и два городских управления (г. Астаны и г. Алматы), которые администрируют оказание медицинской помощи и управляют большей частью больниц и поликлиник. Ведомственные системы здравоохранения, находящиеся в подчинении ряда министерств и государственных организаций, как наследие советской системы здравоохранения, продолжают, в основном, функционировать. Возрастает роль профессиональных ассоциаций и неправительственных организаций (НПО) в выработке политики и развитии нормативной правовой базы здравоохранения.

## Финансирование

В 2009 году расходы на здравоохранение составили оценочно 4,5% от ВВП, что по сравнению с другими странами Европейского региона ВОЗ являлось одним из самых низких показателей. Финансирование здравоохранения формируется из двух основных источников: государственный бюджет (национальный и областной) и личных платежей граждан (по официальным тарифам оплаты за услуги и неформальные платежи). Бюджетное финансирование здравоохранения было вновь введено в Казахстане в 1999 году после неудачной попытки ввести систему обязательного медицинского страхования. В 2008 году расходы на стационарную помощь из государственного бюджета в 2,6 раза превышали расходы на амбулаторную помощь. Ассигнования из средств республиканского бюджета идут, в основном, на финансирование ГОБМП (44%) и целевые трансферты в местные бюджеты (38%). В 2007 году большая часть (60%) областных расходов на здравоохранение направлялась на финансирование услуг, включенных в ГОБМП, в то время как остальные 40% шли на финансирование дополнительных услуг, не входящих в ГОБМП. Только 0,17% государственного бюджета здравоохранения отчислялось на мероприятия по формированию здорового образа жизни.

Г ОБМП включает скорую медицинскую помощь и пакет отдельных амбулаторных и стационарных услуг. Введен обновленный список амбулаторных лекарственных средств для обеспечения детей, подростков, женщин репродуктивного возраста бесплатными ЛС при амбулаторном лечении. Для остальной части населения ЛС являются главной частью льгот, требующих софинансирования со стороны пациентов. Тарифы на платные услуги, как правило, утверждаются на областном уровне и направлены на оплату неосновных медицинских услуг. Больным часто приходится платить за ЛС и расходные материалы в больницах, а также за ЛС, вспомогательные средства и стоматологические услуги при амбулаторном лечении. Предположительно, доля неофициальных платежей со стороны пациентов достаточно высока, хотя определить истинные масштабы трудно.

По ряду причин, включая меняющиеся подходы к вопросам децентрализации, уровни, на которых происходит консолидация ресурсов здравоохранения, также продолжают меняться. После децентрализации финансирования здравоохранения до районного уровня в 2000–2003 годах, в 2004 году в стране была введена новая система финансирования здравоохранения, которая включала консолидацию финансовых ресурсов здравоохранения на областном уровне и учреждение единого плательщика в лице ОУЗ, а также улучшение механизмов оплаты услуг медицинских организаций посредством введения нового механизма финансирования. Начиная с 2010 года финансовые ресурсы стационарной помощи, входящей в ГОБМП, объединены на национальном уровне в рамках реализации концепции ЕНСЗ.

## **Материальные и кадровые ресурсы**

Так же, как и другие страны бывшего Советского Союза, Казахстан унаследовал от советского периода непропорционально развитую инфраструктуру стационарной помощи. С тех пор количество стационаров и стационарных коек значительно сократилось. Одновременно началось обновление инфраструктуры всей системы здравоохранения. Тем не менее, уровень обеспеченности населения стационарными койками все еще превышает уровень стран ЕС15 и сильно варьирует по областям. Также за последние годы наблюдается снижение показателя средней продолжительности пребывания в стационаре.

Перед страной стоит ряд кадровых проблем, включая проблемы фактической численности кадров, структуры специальностей и распределения медицинского персонала по стране. Сельские районы и отдаленные регионы продолжают испытывать недостаток медицинского персонала, в то время как укомплектованность кадров в крупных городах значительно выше. Также наблюдается тенденция к большему использованию услуг узких специалистов в ущерб ПМСП. Особенно остро кадровый вопрос стоит в отношении таких специальностей, как менеджеры и экономисты здравоохранения, с учетом того, что организации здравоохранения получили больше самостоятельности в управлении своими ресурсами. Министерство здравоохранения РК приступило к решению данных вопросов и планирует развитие системы управления кадровыми ресурсами. Начались реформы системы медицинского образования, нацеленные на приближение медицинского образования к международным стандартам. Низкий уровень заработной платы медицинских работников, особенно у медицинских сестер, остается одной из проблем.

## Предоставление медицинских услуг

Система предоставления медицинских услуг в Казахстане развивалась на основе советской модели, которая была ориентирована преимущественно на стационарное лечение, а сектору ПМСП, профилактике заболеваний и вопросам формирования здорового образа жизни уделялось мало внимания. Для всей системы здравоохранения была характерна тенденция направления пациентов на более высокие уровни оказания помощи. В настоящий момент система предоставления медицинских услуг находится в процессе реорганизации. Цель реорганизации состоит в преобразовании ПМСП путем укрепления и развития института врача общей практики с последующим закрытием многих небольших стационаров.

В настоящий момент система предоставления медицинских услуг фрагментирована и в недостаточной мере обеспечивает преемственность оказания медицинской помощи. Отсутствует четкое взаимодействие между первичным и вторичным звеньями медицинской помощи, многие услуги предоставляются несколькими параллельными структурами, как, например, противотуберкулезной и санитарно-эпидемиологической службами, а также ведомственными системами здравоохранения при различных министерствах и ведомствах. Слабая горизонтальная интеграция приводит к дублированию функций и неэффективному использованию ресурсов здравоохранения.

Стандартизация оказания медицинской помощи населению является одной из ключевых задач реформ в системе здравоохранения. В 2009 году Министерство здравоохранения РК утвердило единые на территории РК виды и объемы медицинских услуг на пяти уровнях оказания медицинской помощи. В том же году приняты два основных стратегических документа здравоохранения: Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Концепция создания Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан. Оба документа предполагают проведение общенациональных мер по улучшению здоровья населения с упором на профилактику заболеваний и создание солидарной ответственности государства и граждан за здоровье.

## Основные реформы здравоохранения

После обретения независимости в 1991 году Казахстан столкнулся с проблемой поддержания массивной и нерентабельной системы здравоохранения, ориентированной, в основном, на оказание стационарной помощи. Так же, как и в ряде других стран бывшего Советского Союза, первые реформы здравоохранения носили непоследовательный и недостаточно продуманный характер. Недостаток подготовленных административно-управленческих кадров вкупе с частыми изменениями в организационной структуре системы здравоохранения препятствовали поступательному ходу реформ. Начиная с 1996 года, структура Министерства здравоохранения РК менялась в среднем каждые два года, со сменой министров здравоохранения и их команд. В 1996 году Министерство здравоохранения РК как самостоятельный административный орган было упразднено и интегрировано в объединенное Министерство здравоохранения, образования и спорта РК с последующим восстановлением своего независимого статуса в 2002 году.

Реформы системы финансирования здравоохранения прошли этап создания Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) в 1996 году, функционировавшего как параллельная структура наряду с прежней системой децентрализованного администрирования и финансирования медицинских организаций. После упразднения ФОМС в 1999 году система здравоохранения финансировалась из средств республиканского (национального) бюджета здравоохранения и областных бюджетов, однако в 2001 году в рамках процесса более широкой децентрализации административно-управленческого аппарата функции финансирования здравоохранения и управления были децентрализованы до районного

уровня. Такие изменения привели к созданию нерентабельных и плохо управляемых микросистем здравоохранения, что негативно повлияло на общую эффективность системы здравоохранения и доступность медицинских услуг для населения. В настоящий момент финансовые ресурсы здравоохранения объединены на национальном и областном уровнях и находятся под администрированием Министерства здравоохранения РК и ОУЗ соответственно.

Структура периферийной системы здравоохранения изменилась: дезинтегрированная система здравоохранения районного уровня с жесткой вертикальной субординацией трансформировалась в интегрированную систему областного уровня с большей самостоятельностью и, затем, в ныне действующую систему с разделением стационарной помощи и ПМСП между национальным и областными уровнями соответственно. Приоритет ПМСП в начале реформ был на высоком уровне, затем снизился и вновь был реально усилен в ходе последних реформ. В системе медицинского образования инициированы комплексные реформы, отражающие потребности системы здравоохранения во врачах общей практики и семейной медицине. В клиническую практику начинают внедряться подходы, основанные на доказательной медицине. И наконец, такие новые структуры, как АО «Национальный медицинский холдинг», становятся важными участниками системы.

## Оценка системы здравоохранения

За последние годы Казахстан достиг успехов в развитии здравоохранения, однако ключевые аспекты функционирования системы здравоохранения РК требуют дальнейшего серьезного улучшения. Правительство РК планирует улучшение финансовой защищенности населения через обеспечение ГОБМП и амбулаторных ЛС уязвимым группам населения. Также возросли государственные расходы на здравоохранение. Вместе с тем, в 2007 году личные платежи граждан составили 36% от общих государственных расходов на здравоохранение, создавая потенциальную угрозу катастрофических расходов на медицинские услуги для наиболее уязвимых групп населения. Согласно данным Агентства Республики Казахстан по статистике в 2008 году 7,4% населения не воспользовались медицинскими услугами по причине их высокой стоимости.

Несмотря на инвестиции и проведенные реформы, здоровье населения улучшилось незначительно. Основные проблемы системы здравоохранения включают низкую ожидаемую продолжительность жизни, высокий

уровень младенческой и материнской смертности, высокий уровень заболеваемости ТБ и рост бремени неинфекционных болезней. Об уровне предотвратимой смертности, несмотря на ограниченность доступных данных, можно судить по показателю пятилетней выживаемости больных с впервые установленным диагнозом рака, который в 2009 году оставался на низкой отметке в 50,2%.

Признается необходимость проведения серьезной работы по улучшению качества медицинской помощи. Казахстан уже предпринимает шаги в этом направлении, продвигая принципы доказательной медицины, разрабатывая и внедряя новые клинические руководства, основанные на стандартах ВОЗ, работая над улучшением качества на уровне поставщика медицинских услуг. Предварительные результаты Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы свидетельствуют об успехах в повышении качества медицинской помощи, особенно в службе охраны материнства и детства, противотуберкулезной службе; однако и здесь необходимы серьезные усилия по дальнейшему улучшению.

Неравномерное распределение финансовых ресурсов по регионам, неравномерное потребление медицинских услуг и неравномерность показателей здоровья, несмотря на некоторое улучшение за последние годы, остаются одними из основных проблем в стране. Так, в период между 2001 и 2008 годом разница расходов в здравоохранении в расчете на душу населения между наиболее обеспеченной и наиболее бедной областями сократился с 4,2 до 2,1 раза. Жители г. Алматы и г. Астаны имеют преимущества в доступе к медицинской помощи, поскольку в этих двух городах сосредоточено большинство высокотехнологичных национальных клинических центров; при этом, доступность медицинских услуг в отдаленных регионах страны значительно затруднена в силу географической разбросанности и малонаселенности территории. В 2010 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении варьировала от 66,3 лет в Северо-Казахстанской области до 73,2 лет в г. Астане. Показатели детской и материнской смертности также сильно варьировали по регионам.

Эффективность использования ресурсов в системе здравоохранения Казахстана снижена из-за продолжающейся ориентации системы на стационарную помощь; так, в 2008 году на стационары приходилось 53,4% всех государственных расходов на здравоохранение, в то время как на ПМСП выделялось лишь 16%. Избыточное количество стационарных

коек, плохие показатели результатов лечения в стационарной службе, а также большое количество специализированных больниц говорят о необходимости улучшения технической эффективности системы.

Как и в других системах здравоохранения региона, прозрачность и подотчетность остаются главными проблемами в Казахстане; об этом свидетельствуют продолжающаяся неформальная оплата за медицинские услуги и ограниченное вовлечение населения в формирование политики в области здравоохранения.



# 1. Введение

**К**азахстан – расположенное в степях государство, ставшее независимым после распада СССР в 1991 году. Занимая территорию в 2,7 млн км<sup>2</sup> (что примерно соответствует территории 15 стран Евросоюза до 2004 года), Казахстан является крупнейшей после Российской Федерации республикой бывшего Советского Союза. Казахстан – унитарное государство с президентской формой правления. Страна делится на 16 административных единиц (областей и городов). Главы областных органов исполнительной власти (акимы) наряду с ОУФ играют ключевую роль в принятии решений, касающихся здравоохранения. Сразу после провозглашения независимости Казахстан пережил сильнейший экономический спад, за которым последовал период восстановления экономики, длившийся с 1996 по 2007 год. С углублением мирового экономического кризиса рост ВВП страны замедлился до 3,3% в 2008 году, затем до 1,2% в 2009 году и вновь поднялся до 7% в 2010 году. Население Казахстана составляет порядка 16 млн человек. В 2009 году ожидаемая продолжительность жизни для мужчин составляла 63,6 года, а для женщин – 73,5 года; эти показатели являются одними из самых низких в странах Европейского региона ВОЗ. Ишемическая болезнь сердца, инсульты и онкологические заболевания являются основными причинами смерти. Инфекционные болезни также вызывают тревогу ввиду высокого уровня заболеваемости ВИЧ/СПИДом и ТБ.

## 1.1 География и социодемография

Казахстан расположен в степях Центральной Азии. Из всех бывших советских республик Казахстан последним провозгласил независимость 16 декабря 1991 года. На севере Казахстан имеет протяженную границу с Российской Федерацией, на востоке граничит с Китаем и на юге – с Кыргызстаном, Узбекистаном и Туркменистаном. Казахстан не имеет выхода к морю, но часть его границ проходит по внутренним морям: Аральскому и Каспийскому. Рельеф местности разнообразен: от обширных

степей и пустынь до высочайших горных хребтов на юго-востоке страны, в том числе Тянь-Шанского и Алтайского. В декабре 1997 года столица была перенесена из г. Алматы (ранее г. Алма-Ата) в г. Астану (ранее г. Акмола), расположенную на севере государства (рис. 1.1).

Наряду с географическим для страны характерно и большое этническое разнообразие, при этом доля русского населения выше, чем в других Центральноазиатских республиках. Большинство населения считает себя атеистами, а основные религии представлены суннитским исламом и русским православием. Официальными языками<sup>1</sup> являются казахский и русский языки, причем последний повсеместно используется для ежедневного делового общения. По данным за 2009 год доля городского населения составила порядка 41,8%.

В 1990–2009 годах население Казахстана сократилось с 16,3 млн до 15,9 млн человек в основном из-за эмиграции русского населения и других этнических групп (таблица 1.1). С началом экономического подъема, который начался в 2000 г., в стране возникла значительная – хотя и плохо регистрируемая – волна иммиграции из других Центральноазиатских республик, в основном из Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана.

В 1990–2000 годах было отмечено снижение коэффициента рождаемости: в 1990 году он составил 21,7 живорожденных на 1000 человек населения, а на конец периода в 2000 году – 14,7. К 2009 году этот показатель вырос до 22,4 живорожденных на 1000 человек населения (таблица 1.1). Общий коэффициент фертильности (число родов на одну женщину) уменьшился с 2,7 в 1990 году до 2,6 в 2009 году. Хотя доля пожилого населения в Казахстане несколько выше, чем в других странах Центральной Азии, в 2009 году доля населения моложе 15 лет составила 23,7%.

## 1.2 Экономика

Казахстан охватил сильнейший экономический кризис после распада СССР, сопровождавшийся прекращением торгово-экономического сотрудничества среди бывших советских республик и переходом к рыночной экономике, что в свою очередь привело к развалу налаженной системы спроса и предложения. В 1992 году в стране произошла либерализация цен, повлекшая за собой гиперинфляцию, уровень которой в 1992 году достиг 3000% (Becker & Urzhumova, 2005). В 1993 году прекратила

---

<sup>1</sup> В государственных организациях и органах местного самоуправления наравне с казахским языком официально употребляется русский язык (ст. 7 ч. 2 Конституции Республики Казахстан).

Рис. 1.1

## Карта Казахстана



Источник: United Nations Cartographic Section.

Таблица 1.1

## Демографические показатели, 1980–2009 гг., выборочные годы

	1980	1990	1995	2000	2005	2009
Общая численность населения, тыс человек	14 898	16 348	15 816	14 884	15 147	15 925
% женского населения	51,80	51,60	51,70	52,00	52,20	52,40
% населения в возрасте от 0 до 14 лет	32,40	31,50	29,70	27,60	24,30	23,70
% населения в возрасте 65 и старше лет	6,10	5,90	7,20	6,80	7,90	7,10
Ежегодный прирост населения, %	1,15	0,60	-1,75	-0,30	0,89	1,59
Плотность населения (кол-во человек на кв. км)	5,50	6,10	5,86	5,51	5,61	5,90
Общий коэффициент фертильности (число родов на одну женщину)	2,90	2,72	2,26	1,80	2,22	2,60
Общий коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 населения)	23,90	21,70	16,70	14,70	18,40	22,70
Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	8,00	7,70	10,20	10,10	10,40	9,70
Коэффициент демографической нагрузки (% трудоспособного населения)	62,60	59,50	58,50	52,60	47,40	44,60
% сельского населения	45,90	43,70	44,10	43,70	42,90	41,80
% грамотного населения (число лиц в возрасте от 15 лет и старше <sup>a</sup> )	97,70	99,00	99,20	99,40	99,50 <sup>b</sup>	99,70

Источник: World Bank, 2011.

Примечание: <sup>a</sup> Европейское региональное бюро В03, 2011; <sup>b</sup> данные за 2004 год.

свое существование рублевая зона, в результате чего новые независимые республики должны были ввести свои национальные валюты. В Казахстане такой валютой стал тенге, запущенный в обращение в ноябре 1993 года.

В 1996 году начался процесс стабилизации экономики Казахстана, который был прерван новым периодом застоя, вызванным российским экономическим кризисом 1998 года. Вместе с тем, в 1999 году было отмечено восстановление экономики, продолжившееся еще более ускоренными темпами в 2000 году (таблица 1.2) в основном из-за бурно развивающегося энергетического сектора. В последующие годы темпы роста ВВП, достигшие порядка 10% в год, по-прежнему оставались высокими, благодаря чему Казахстан стал одной из самых быстро развивающихся стран.

**Таблица 1.2**

Макроэкономические показатели, 1990–2010 гг., выборочные годы

	1990	1995	2000	2005	2009	2010
ВВП в текущих ценах, млрд долл. США	26,90	20,40	18,30	57,10	115,00	143,00
ВВП по ППС, млрд межд. долл.	83,70	58,00	71,30	131,80	182,00	197,00
ВВП на душу населения, в текущих ценах, долл. США	1 647	1 288	1 229	3 771	7 241	8 764
ВВП на душу населения по ППС в текущих ценах, межд. долл.	5 116	3 657	4 792	8 699	11 429	12 050
Годовой рост ВВП, %		-8,20	9,80	9,70	1,20	7,00
Общие государственные расходы, % ВВП <sup>a</sup>		25,60	23,20	27,00	23,50	
Положительное сальдо/дефицит, % ВВП			0,09	2,58	-1,95	
Налоговые поступления, % ВВП			10,22	17,15	8,06	
Долг федерального правительства, % ВВП			21,62	7,05	9,52	
Добавленная стоимость в промышленности, % ВВП		31,37	40,46	40,10	40,28	
Добавленная стоимость в сельском хозяйстве, % ВВП		12,89	8,69	6,79	6,44	
Добавленная стоимость в сфере услуг, % ВВП		55,74	50,85	53,11	53,27	
Рабочая сила, тыс человек	7 820	7 723	7 549	7 961	8 557	
Безработица, % рабочей силы			10,60	8,10	6,60	
Коэффициент Джини <sup>b</sup>					30,10	
Официальный обменный курс (тенге к долл. США, среднее за период)		60,95	142,13	132,88	147,50	
Индекс человеческого развития (ИЧР) ПРООН	0,65		0,614	0,696	0,711	0,714

Источник: World Bank, 2011.

Примечание: <sup>a</sup> WHO, 2011; <sup>b</sup> данные за 2007 год; ППС – паритет покупательной способности.

Однако экономический рост становился неуравновешенным и неустойчивым, а на ресурсодобывающий сектор экономики приходилось более 70% экспорта и около 40% государственных доходов. В результате обвала цен на сырье и углубления глобального экономического кризиса темпы роста ВВП Казахстана снизились до 3,3% в 2008 году и далее до 1,2% в 2009 году, а затем вновь поднялись до 7,0% в 2010 году.

Казахстан был одним из основных производителей зерна в СССР, и сельскохозяйственный сектор по-прежнему очень значителен по объему, особенно в более благоприятных для земледелия южных регионах страны. В 2009 году доля сельского хозяйства в ВВП составила всего лишь 6,4%, однако в этом секторе экономики по-прежнему занята большая часть населения страны.

Начиная с 1991 года Казахстан придерживается курса на рыночную экономику. Малые и средние предприятия, колхозы и совхозы почти полностью приватизированы, а сектор минеральных ресурсов (нефть и газ) открыты для иностранных инвестиций. В 2009 году уровень безработицы составил 6,6%. Коэффициент Джини, который является показателем социального неравенства, достиг 30,1 в 2009 году (таблица 1.2).

### 1.3 Политика

Казахстан является унитарным государством с президентской формой правления. В 1989 году лидером Коммунистической партии Казахстана стал Нурсултан Назарбаев, который с 1991 года занимает пост Президента РК, избираемого всенародным голосованием сроком на 7 лет. Президент РК назначает Премьер-министра РК, Кабинет министров и глав областных органов исполнительной власти. Последние президентские выборы состоялись в апреле 2011 года, на которых Президент РК Нурсултан Назарбаев был переизбран на четвертый семилетний срок, набрав 95% голосов избирателей.

Первая постсоветская Конституция Республики Казахстан была ратифицирована 28 января 1993 года. По итогам всенародного референдума 30 августа 1995 года в стране была принята новая Конституция Республики Казахстан, в которой полномочия Президента РК были существенно расширены, а законодательной ветви власти была отведена второстепенная роль. С того времени только Президент РК имеет право инициировать внесение изменений и дополнений в Конституцию Республики Казахстан, назначать и освобождать от исполнения обязанностей членов Правительства РК, распускать Парламент РК, созывать референдум и назначать глав региональных и городских органов исполнительной власти.

Парламент РК состоит из двух палат: верхней (Сената) и нижней (Мажилиса). Сенат образуют 39 депутатов, срок полномочий которых составляет 6 лет: семерых сенаторов назначает Президент РК, а остальные

члены избираются местными советами (по два депутата от каждой из 14 областей, столицы Республики Казахстан (г. Астана) и г. Алматы). Мажилис состоит из 77 депутатов, избираемых общим голосованием сроком на 5 лет по избирательным округам. В настоящее время 10 членов Парламента РК избираются по партийным спискам, остальные члены – по одномандатным избирательным округам (EIU, 2007). Последние выборы в Мажилис состоялись в августе 2007 года. НДП «Нур Отан», возглавляемая Президентом РК Нурсултаном Назарбаевым, получила 88,05% голосов, в то время как ни одна другая партия не преодолела 7% барьера, в результате чего все места в Мажилисе получили депутаты НДП «Нур Отан».

Страна делится на 14 административных регионов («облыс» на казахском языке, «область» на русском языке) и два города республиканского значения (г. Алматы и столица Астана), таким образом, в целом на 16 административных единиц. В свою очередь, области состоят из 220 районов. Областные органы исполнительной власти традиционно сильны. Президент РК назначает глав областных органов исполнительной власти (акимов), которые обладают довольно большой властью и, как и ОУФ, играют ключевую роль в принятии решений, касающихся здравоохранения. С 1994 года в стране избираются местные советы (маслихаты), являющиеся органами местного самоуправления. Однако маслихаты обладают ограниченными полномочиями по сравнению с областными акимами, которые имеют право аннулировать принимаемые маслихатом постановления.

Казахстан является членом ООН и нескольких международных организаций: СНГ, Шанхайской организации сотрудничества (ШОС), Евразийского экономического сообщества (куда также входят Российская Федерация, Беларусь, Кыргызстан и Таджикистан) и Центральноазиатского экономического сообщества (ЦАЭС, включающего Кыргызстан, Узбекистан и Таджикистан).

Казахстан является членом нескольких финансовых организаций, осуществляющих инвестиции в секторе здравоохранения, включая такие организации, как Международный валютный фонд (МВФ), Международный банк реконструкции и развития (МБРР), Европейский банк реконструкции и развития (ЕБРР), Азиатский банк развития (АБР) и Исламский банк развития (ИБР).

Казахстан ратифицировал следующие международные конвенции и пакты, имеющие отношение к системам и политике здравоохранения: Конвенцию ООН о правах ребенка, Конвенцию ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Международную конвенцию о ликвидации всех форм расовой дискриминации, Конвенцию ООН о статусе беженцев, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакт о гражданских и политических правах, Региональную конвенцию ЮНЕСКО о признании учебных курсов, дипломов о высшем образовании и ученых степеней в государствах Азии и Тихого океана, Конвенцию Совета Европы о признании квалификаций, относящихся к высшему образованию в Европейском регионе, Единую конвенцию ООН о наркотических средствах и Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака.

В 2010 году Казахстан первым из бывших советских республик получил председательство в Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ).

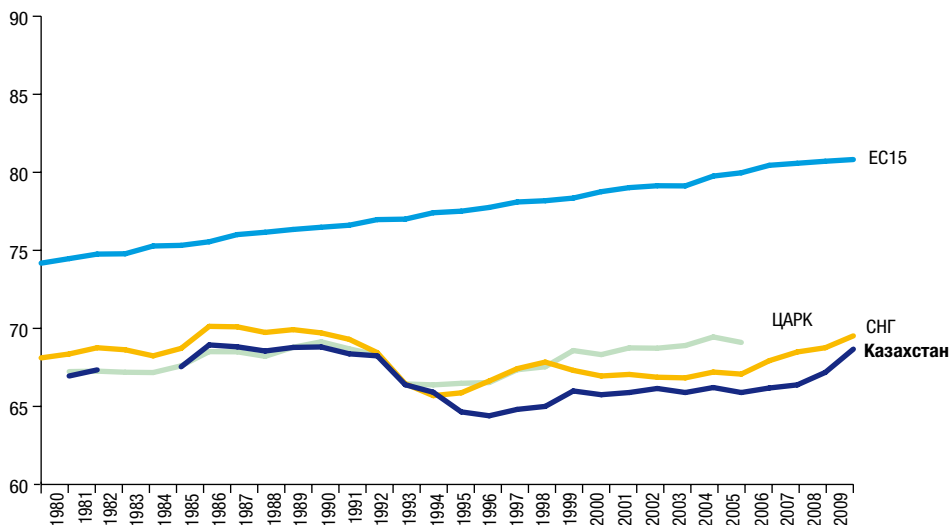
## 1.4 Состояние здоровья населения

В отношении ожидаемой продолжительности жизни в Казахстане наблюдаются те же тенденции, что и в других странах СНГ в целом. После 1991 года этот показатель отличался резким характером падения и оставался ниже среднего по СНГ (рис. 1.2). Он снизился с 68,81 лет в 1990 году до 64,4 лет в 1996 году, а в 2009 году достиг 68,67 лет (рис. 1.2). Тем не менее, этот показатель все еще был на 1 год ниже показателя 1990 года и на 12,2 лет ниже среднего показателя ожидаемой продолжительности жизни в странах ЕС15, которая в 2009 году составила 80,8 лет.

В РК наблюдается большое различие в показателях ожидаемой продолжительности жизни среди мужчин и женщин. По данным за 2009 год ожидаемая продолжительность жизни мужчин составила 63,6 года, женщин – 73,5 года (таблица 1.3). Вместе с тем, в первой половине 1990-х годов показатель ожидаемой продолжительности жизни мужчин был значительно ниже аналогичного показателя для женщин и характеризовался резким падением с 63,9 лет в 1990 году до 58,93 лет в 1996 году. При этом ни мужчины, ни женщины не достигли уровня показателя ожидаемой продолжительности жизни 1990 года. Кроме того, по данному показателю наблюдаются значительные региональные различия.

**Рис. 1.2**

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, среднее за период, Казахстан и ряд стран, 1980–2009 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

В 2007 году ожидаемая продолжительность жизни, скорректированная на инвалидность, среди мужчин составила 52,7 года, среди женщин – 59,7 лет (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011). В самых экономически благополучных регионах (г. Алматы и г. Астана) отмечается тенденция к значительному улучшению показателей ожидаемой продолжительности жизни по сравнению с менее экономически развитыми регионами. В 2009 году стандартизированный по возрасту коэффициент смертности в Казахстане составил 1677 смертей на 100 000 мужского населения, а среди женщин – 929 смертей, являясь одним из самых высоких показателей в странах Европейского региона ВОЗ (таблица 1.3).

**Таблица 1.3**

Показатели продолжительности жизни и смертности от всех причин, 1990–2009 гг., выборочные годы

	1990	1995	2000	2005	2009
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет)	63,8	59,7	60,2	60,3	63,6
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (лет)	73,1	70,4	71,1	71,8	73,5
Смертность (стандартизованный коэффициент смертности), мужчины (на 100 000 мужского населения)	1 606	2 103	2 072	2 058	1 677
Смертность (стандартизованный коэффициент смертности), женщины (на 100 000 женского населения)	888	1 107	1 038	1 086	929

Источник: World Bank, 2011 (данные по ожидаемой продолжительности жизни при рождении) и Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (данные по смертности).



Снижение показателя продолжительности жизни в Казахстане в 1990-х годах было обусловлено, главным образом, ростом смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, особенно среди мужчин среднего возраста. Показатель смертности от болезней системы кровообращения на 100 000 человек населения вырос с 598 в 1990 году до 846 в 2005 году и снова уменьшился до 626 в 2009 году (таблица 1.4).

**Таблица 1.4**

Смертность по причинам смерти на 100 000 человек населения, 1985–2009 гг. (стандартизированные по возрасту коэффициенты на 100 000 человек населения) (выборочные годы)

Основные причины смерти	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Инфекционные болезни (A00-B99)	33,95	24,11	46,10	39,74	31,21	19,41
Туберкулез (A15-A19)	18,37	13,53	32,06	30,81	26,36	14,04
СПИД/ВИЧ (B20-B24)	–	–	–	–	0,46	0,83
Болезни системы кровообращения (I00-I99)	617,14	597,91	799,44	787,94	846,48	626,37
Ишемическая болезнь сердца (I20-I25)	331,16	307,27	420,31	402,74	381,42	238,50
Цереброваскулярные заболевания (I60-I69)	192,98	202,40	240,06	239,57	221,36	180,41
Новообразования (C00-C97)	205,45	215,5	203,24	190,61	172,72	155,30
ЗНО слепой кишки (C18)	13,32	14,73	14,14	15,45	14,82	13,86
ЗНО гортани, трахеи, бронхов и легких (C32-34)	43,58	51,00	46,76	41,75	35,78	31,05
ЗНО молочной железы (C50)	15,33	15,74	17,51	22,18	21,04	19,70
ЗНО шейки матки (C53)	10,15	9,52	7,99	9,21	8,39	9,35
Сахарный диабет (E10-E14)	5,80	8,90	16,11	13,16	10,29	9,46
Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99)	2,51	1,56	6,17	3,93	4,43	3,10
Болезни органов дыхания (J00-J99)	141,07	100,82	132,94	102,42	81,69	64,57
Болезни органов пищеварения (K00-K93)	44,62	38,42	50,12	53,09	64,59	58,04
Транспортные несчастные случаи (V01-V99)	17,97	28,39	19,33	14,07	25,58	20,98
Преднамеренное самоповреждение (X60-X84)	27,96	22,93	33,61	33,01	26,79	24,47

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности от онкологических заболеваний (155 на 100 000 человек населения в 2009 году) сопоставимы с аналогичными показателями стран ЕС15, однако значительно выше среднего показателя стран Центральной Азии (107 на 100 000 человек населения в 2005 году) (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011).

Потребление алкоголя, курение, высокое содержание жиров и низкое содержание антиоксидантов в рационе питания, а также низкий уровень диагностики и лечения артериальной гипертензии являются основными факторами, влияющими на рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (McKee & Chenet, 2002). В Казахстане также высока смертность от внешних причин (транспортных несчастных случаев, травм

и отравлений). Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от внешних причин вырос со 118 на 100 000 человек населения в 1991 году до 166 в 2001 году, а затем вновь снизился до 115 в 2009 году, что примерно соответствует среднему показателю по СНГ, но существенно выше среднего показателя по ЦАРК (81 в 2005 году) и в четыре раза выше среднего показателя стран ЕС15 (33 на 100 000 человек населения) (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011).

В 2009 году смертность от внешних причин была одной из самых высоких в странах Европейского региона ВОЗ, за исключением Российской Федерации и Литвы, отличающихся самыми высокими показателями (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011).

В последние годы в Казахстане, как и в других странах Восточной Европы и Центральной Азии, наблюдается значительный рост заболеваемости диабетом. В Казахстане этот показатель на 100 000 человек населения вырос с 35 в 1995 году до 148 в 2009 году, что ниже среднего по СНГ (187), но выше среднего по ЦАРК (83) (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011).

В 2009 году младенческая смертность снизилась до 25,6 на 1000 живорожденных по сравнению с 1990 годом (таблица 1.5). В январе 2005 году Министерством здравоохранения РК был утвержден приказ о принятии критериев живорождения в соответствии с определением ВОЗ, согласно которому данное понятие было расширено относительно определения советского периода. Согласно официальным данным, собранным после перехода страны на международные критерии живорождения и мертворождения, уровень младенческой смертности на 1000 живорожденных вырос до 21,5 в 2008 году, а показатель смертности детей в возрасте до 5 лет достиг 23,5. В 2009 году данные показатели снизились до 18,2 и 21,8 на 1000 живорожденных соответственно. Фактические показатели младенческой смертности и смертности детей до 5 лет несколько выше (таблица 1.5).

По данным государственной статистики материнская смертность в Казахстане очень высока: 37,2 смертей на 100 000 живорожденных в 2009 году, что в 6 раз превышает аналогичный средний показатель в странах ЕС15. Практически все роды проходят в медицинских учреждениях, главным образом, в родильных домах. Однако фактические показатели материнской смертности, по-видимому, выше официальных данных. По оценкам Всемирного банка в 2009 году этот показатель составил 45 смертей на 100 000 живорожденных (таблица 1.5). Основными

причинами такого высокого уровня материнской смертности остаются: высокий коэффициент фертильности, запущенные гинекологические заболевания, и несбалансированное питание (отсутствие железа, в том числе потребление пищи с высоким содержанием жиров в ущерб овощам и фруктам; а также продуктов, препятствующих усвоению железа).

**Таблица 1.5**

Показатели здоровья матери и ребенка, подростков в Казахстане, выборочные годы

	1990	1995	2000	2005	2009 <sup>a</sup>
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных	51,1	48,0	38,4	30,7	25,6
Материнская смертность, на 100 000 живорожденных (смоделированные данные)	78,0	76,0	59,0	45,0	45,0
Число аборт на 1000 живорожденных <sup>b</sup>	701,7	807,2	616,05	450,4	316,9
Показатель подростковой беременности (на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет)	–	–	34,2	29,5	29,5
Коэффициент рождаемости среди матерей в возрасте до 20 лет <sup>b</sup> (% общего числа живорожденных)	–	8,7	6,7	7,1	–
Детская смертность в возрасте до 5 лет (на 1000 живорожденных)	60,3	56,3	44,3	34,8	28,7

Источник: World Bank, 2011.

Примечание: <sup>a</sup> данные по материнской смертности за 2008 год; <sup>b</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Как и в других странах бывшего СССР аборт традиционно оставался основным методом контроля рождаемости в Казахстане. Однако в период между 1992 и 2009 годом число аборт на 1000 живорожденных снизилось с 1020 до 317, что сопоставимо с аналогичными данными стран ЕС15 за 2006 год.

В начале 1990-х годов в Казахстане, равно как и в ряде стран бывшего СССР, была зафиксирована эпидемия ЗППП, ВИЧ/ СПИДа и ТБ. На протяжении 1990-х годов заболеваемость ТБ росла, достигнув максимального показателя в 2002 году, составившего 185 случаев ТБ на 100 000 человек населения, а к 2009 году затем снизившись до 128,78 (таблица 1.6). И хотя в целом данные показатели соответствуют тенденциям в Центральной Азии и странах постсоветского пространства, в Казахстане зафиксирован более высокий уровень заболеваемости ТБ по сравнению с любой другой страной Европейского региона ВОЗ. Одной из насущных проблем остается рост заболеваемости МЛУ-ТБ, требующего более длительного и дорогостоящего лечения.

Заболеваемость другими инфекционными болезнями тоже резко возросла (Aris, 2005). Показатель заболеваемости сифилисом, например, вырос с 1,45 случая на 100 000 человек населения в 1990 году до 269,5 случаев в 1997 году, и снизился вновь до 45,9 случаев в 2007 году.

Заболеемость гепатитом А в Казахстане снизилась с 444 случаев на 100 000 человек населения в 1990 году до 40 случаев в 2008 году (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011).

**Таблица 1.6.**

Заболеемость отдельными инфекционными болезнями, Казахстан, 1985–2009 гг., выборочные годы

	1985	1990	1995	2000	2005	2009 <sup>a</sup>
ТБ, на 100 000 человек населения	79	66	68	174	168	129
ВИЧ-инфекцией, всего, с впервые в жизни установленным диагнозом, на 100 000 человек населения	0	4	5	347	964	2 081
Сифилисом, на 100 000 человек населения	14	1	123	161	61	46
Гонококковой инфекцией, на 100 000 человек населения	113	105	126	–	68	48

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Примечание: <sup>a</sup> данные по сифилису и гонококковой инфекции за 2007 год.

В последние годы в Казахстане отмечается экспоненциальный рост официально зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции. В Казахстане, как и в других бывших советских республиках, эпидемия ВИЧ-инфекции обусловлена, главным образом, притоком героина из Афганистана и ростом инъекционного потребления наркотиков (Rechel & McKee, 2007). По сравнению с началом 1990-х годов число официально зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков в РК выросло в 5 раз (Godinho et al., 2005).

Основная трудность, с которой столкнулась система здравоохранения РК, заключается в возможном отрицательном воздействии отравления и загрязнения окружающей среды на здоровье населения. Бассейн высыхающего Аральского моря сильно засолен, поскольку русла подпитывающих его рек отведены в ирригационную систему, а оставшиеся воды загрязнены промышленными и сельскохозяйственными отходами. Воздух вокруг Аральского моря загрязнен солями, пестицидами и химикатами.

И без того непростая ситуация с ограниченными поставками питьевой воды в Казахстане усугубляется тем, что эта вода оказывается зараженной. Быстрый рост производства при отсутствии надлежащих мер по защите окружающей среды привели к сильнейшему загрязнению воздуха в таких крупных промышленных центрах страны, как Усть-Каменогорск и Караганда.

И в городах, и в сельской местности усугубились проблемы, связанные с плохой санитарией и загрязненностью воды (соли, токсины и бактерии). Системы фильтрации и очистки воды во многих регионах разрушены. В 2008 году 58% домохозяйств имели систему водоснабжения, на города приходилось 82% систем водоснабжения, а на сельские районы – 24%.

Сильным было и воздействие радиации, связанной с проведением испытаний на Семипалатинском регионе, который раньше был главным советским ядерным полигоном. В 1953–1963 годах в Семипалатинске (Семей) было проведено большое число как атмосферных, так и наземных ядерных испытаний, несмотря на то, что вступил в силу договор о запрещении ядерных испытаний в атмосфере. Подземные испытания продолжались до закрытия полигона в августе 1991 года. В настоящее время достоверные данные о влиянии ядерных испытаний на здоровье населения страны отсутствуют.



## 2. Организационная структура и управление

**В** Казахстане процесс выработки политики носит централизованный характер: этим занимается Правительство РК под руководством Президента РК. Национальная политика в области здравоохранения разрабатывается Министерством здравоохранения РК, осуществляющим стратегическое планирование посредством принятия стратегических планов развития. В соответствии с действующим стратегическим планом на 2009–2011 годы определены следующие приоритетные направления развития: улучшение состояния здоровья населения, повышение эффективности системы здравоохранения и развитие кадровых ресурсов (Правительство Республики Казахстан, 2008).

Предоставление медицинской помощи населению и механизмы ее финансирования относятся, в основном, к ведению областных органов исполнительной власти и подведомственным им ОУЗ. В Казахстане функции администрирования оказания медицинской помощи и управления стационарными и амбулаторными организациями выполняют ОУЗ, включая 14 областных, а также управления г. Астаны и г. Алматы. Оставшиеся от советских времен ведомственные системы здравоохранения, управление которыми осуществляют соответствующие министерства и правительственные организации, по-прежнему функционируют. Роль профессиональных ассоциаций и НПО в формировании политики и развитии нормативной правовой базы в области здравоохранения постоянно растет.

### 2.1 Обзор системы здравоохранения

После провозглашения независимости в 1991 году Казахстан унаследовал советскую модель здравоохранения, которая характеризовалась государственным регулированием и централизованным планированием; одним из основополагающих принципов системы был всеобщий

и бесплатный доступ населения к медицинской помощи. Основные изменения в структуре и регулировании системы здравоохранения произошли в 1990-х годах и включали: попытки передачи полномочий управления областным властям, введение обязательного медицинского страхования и реструктуризацию сектора ПМСП. Не все предполагаемые реформы были реализованы. Большая часть функций, включая консолидацию ресурсов на областном уровне были переданы на областной уровень, в то время как ныне действующая структура предоставления медицинской помощи сформировалась в общих чертах лишь к 2004 году.

Министерство здравоохранения РК несет ответственность за формирование национальной политики в области здравоохранения. Предоставление медицинской помощи и финансирование здравоохранения делегированы, в большей степени, областным органам исполнительной власти и подведомственным им департаментам здравоохранения. Министерство экономики и бюджетного планирования РК и Министерство финансов РК регулируют финансирование здравоохранения и распределяют бюджет здравоохранения. Другими основными участниками системы являются поставщики медицинских услуг (государственные, автономные и частные), профессиональные организации и ассоциации и ряд НПО.

Стратегическое планирование системы здравоохранения осуществляется на министерском уровне и утверждается Правительством РК. Основным законодательным документом, регулирующим структуру, финансирование и обеспечение медицинских услуг, является Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (President of Kazakhstan, 2009). Общая схема системы здравоохранения представлена на рис. 2.1.

## 2.2 Историческая справка

После того, как Казахстан стал автономной республикой в составе Советского Союза в 1920 г., основное внимание уделялось инфекционным болезням и созданию инфраструктуры ПМСП в сельских районах. В 1950–1970 годах акцент был смещен в сторону специализированной и стационарной помощи. В это время было построено много больниц и поликлиник, что приводило к сокращению ресурсов, выделяемых на ПМСП. Избыточные вложения в обеспечение населения врачебными кадрами и строительство больниц отвечали принципам советской

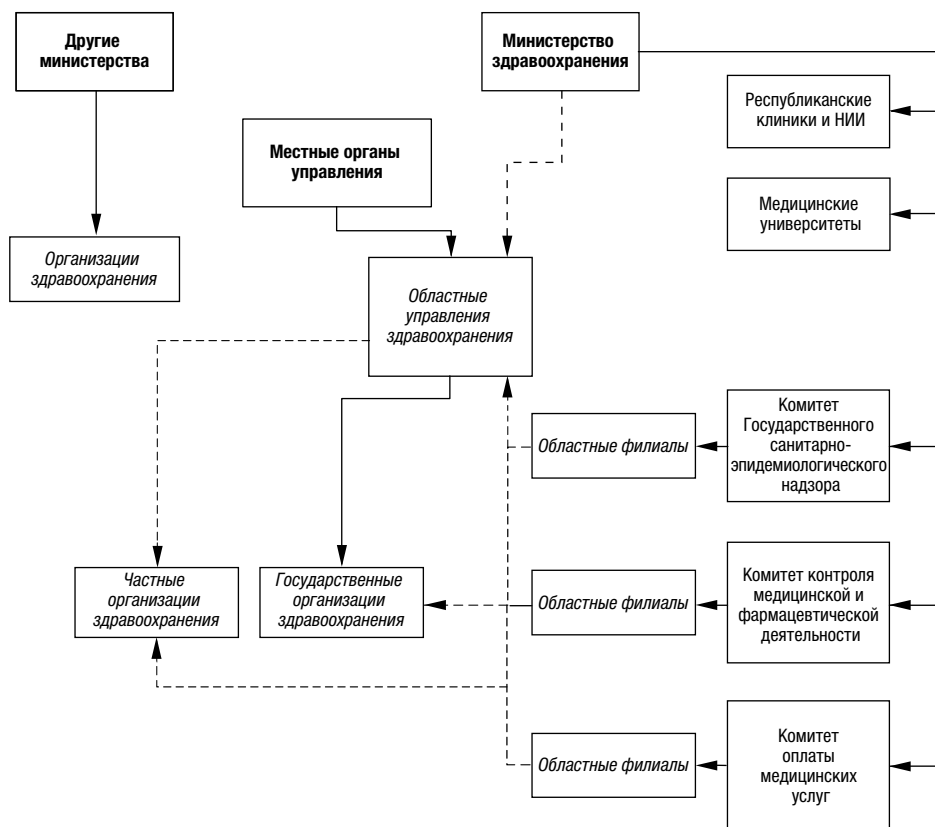


модели здравоохранения, в которой приоритетным направлением было увеличение числа больничных коек и врачей, а не улучшение качества услуг и показателей эффективности системы здравоохранения.

В 1980-х годах состояние системы здравоохранения стало ухудшаться, и проблемы управления системой здравоохранения стали очевидными. Сектору здравоохранения традиционно уделялось меньше внимания по сравнению с другими отраслями экономики, которые считались более «производительными». В условиях недостаточного бюджетного финансирования предложение медицинских услуг перестало удовлетворять спрос на них, в результате чего медицинские организации были вынуждены перенести часть затрат на население в виде неформальных платежей.

**Рис. 2.1**

Обзор системы здравоохранения



Примечание: пунктирные линии означают надзор, сплошные линии означают прямое административное подчинение и подотчетность.

Проблемы, связанные со структурой предоставления медицинской помощи, включали централизованную систему управления и бюджетирования, которая не давала руководству системы здравоохранения хоть какой-либо гибкости в распределении ресурсов. Размер бюджетных ассигнований определялся по таким плановым показателям, как численность персонала и мощности, что не способствовало созданию стимулов для улучшения эффективности и качества медицинского обслуживания.

После провозглашения независимости в системе здравоохранения не произошло заметных изменений, поскольку основные приоритеты были отданы политическим и экономическим реформам. Однако обсуждались различные варианты реформ, и в 1990-х гг. было внедрено несколько пилотных проектов, в ходе которых были опробованы такие новые подходы, как реструктуризация сектора ПМСП, введение системы медицинского страхования, новых методов оплаты услуг медицинских организаций и система оказания платной помощи населению. Пилотные проекты были запущены в двух областях (Джезказганской и Семипалатинской), в то время как в Южно-Казахстанской и Алматинской областях тоже проводились менее масштабные эксперименты. В 1998 году Джезказганская область была административно объединена с Карагандинской, а Семипалатинская – с Восточно-Казахстанской областью. В результате объединения реформы здравоохранения застопорились, и потребовалось немало времени, прежде чем процесс реформ восстановился и принял более систематизированный характер. Со временем Карагандинская область стала признанным лидером реформ в здравоохранении в Казахстане.

Во второй половине 1990-х годов реформы пошли более быстрыми темпами, хотя в здравоохранении не было достаточно ясной стратегии, а формирование политики в данной области по-прежнему носило зыбкий характер. В 2004 году была принята комплексная программа реформ здравоохранения, которая предусматривала реорганизацию всех аспектов системы здравоохранения страны. В 2010 году Указом Президента РК утверждена Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» (President of Kazakhstan, 2010). Программа строится на достижениях предыдущей Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК на 2005–2010 годы (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2004) и формулирует основные приоритетные задачи дальнейшего развития системы здравоохранения.

Помимо этого, в 2010 году Казахстан приступил к реализации Концепции единой национальной системы здравоохранения РК (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2009с) (см. раздел 6).

## 2.3 Организационная структура

В Казахстане процесс выработки политики носит централизованный характер, этим занимается Правительство РК под руководством Президента РК. Национальная политика в области здравоохранения утверждается Правительством РК и реализуется республиканскими и местными органами государственного управления.

### 2.3.1. Министерство здравоохранения РК

Организационная структура Министерства здравоохранения РК часто менялась. В 1997 году Министерство было преобразовано в Комитет по здравоохранению в составе Министерства образования, культуры и здравоохранения. В 1999 году Комитет был преобразован в Агентство по делам здравоохранения, и только в 2002 году было восстановлено Министерство здравоохранения РК. Все организационные преобразования статуса и структуры Министерства здравоохранения РК были частью проводимых в стране более широких реформ системы государственного управления.

В настоящее время Министерство здравоохранения РК стремится играть более значительную роль в формировании политики в области здравоохранения. Его главными функциями являются разработка политики по основным аспектам деятельности системы здравоохранения, правовое нормативное регулирование сектора здравоохранения, а также координация межотраслевого и внутриотраслевого сотрудничества. Кроме того, Министерство здравоохранения РК частично отвечает за регулирование сектора медицинской помощи, предоставляемой республиканскими клиническими центрами. В некоторых случаях данное распределение обязанностей приводит к смешиванию функций управления и предоставления медицинских услуг (Katsaga and Zuez, 2006).

В настоящее время Министерство здравоохранения РК проходит следующий этап административных реформ. В соответствии

с Концепцией создания Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан (Ministry of Health, 2004) Министерство здравоохранения РК приняло на себя функции единого плательщика медицинских услуг. В 2010 году Министерство здравоохранения РК через подведомственный ему Комитет оплаты медицинских услуг приступило к централизованному финансированию большей части больниц в стране из средств государственного бюджета. Учреждения ПМСП и некоторые медицинские организации, такие как противотуберкулезные и психоневрологические диспансеры, по-прежнему финансируются из средств областных бюджетов.

В соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», утвержденным Указом Президента РК от 18.09.2009 № 193-IV ZRK, к компетенции Министерства здравоохранения РК относятся выполнение следующих функций:

- реализация государственной политики в области здравоохранения;
- разработка системы государственного планирования в области здравоохранения;
- утверждение порядка оказания медицинской помощи;
- разработка и утверждение нормативных документов и форм отчетно-учетной документации в области здравоохранения;
- разработка и утверждение стандартов в области здравоохранения;
- осуществление мониторинга в области здравоохранения;
- координация деятельности субъектов здравоохранения;
- организация подготовки, повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров в области здравоохранения;
- согласование назначения руководителей местных органов государственного управления здравоохранением;
- заключение меморандумов с руководителями местных исполнительных органов, направленных на достижение конечных результатов деятельности в области здравоохранения;
- осуществление государственного регулирования цен на ЛС и медицинские услуги, оказываемые государственными организациями здравоохранения;

- закуп услуг по оказанию ГОБМП по администрируемым бюджетным программам;
- осуществление межотраслевого сотрудничества;
- организация проведения аккредитации субъектов здравоохранения;
- осуществление взаимодействия с общественными объединениями по реализации государственной политики в области здравоохранения;
- осуществление государственного контроля за деятельностью субъектов здравоохранения;
- определение Списка ЛС, изделий медицинского назначения, закупаемых у единого дистрибьютора по закупке и обеспечению лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения;
- обеспечение готовности подведомственных организаций предупреждать и оказывать помощь в чрезвычайных ситуациях.

Министр здравоохранения РК назначается президентским указом и подотчетен Премьер-министру РК. Министр здравоохранения РК отвечает за общее управление министерством и осуществляет надзор за деятельностью административного департамента. Министр здравоохранения РК предлагает кандидатуры на должности вице-министров и председателей комитетов, которые утверждаются к назначению или освобождаются от должности Правительством РК. Распределение полномочий между заместителями министра производится в соответствии с приказом по министерству и может подлежать изменениям.

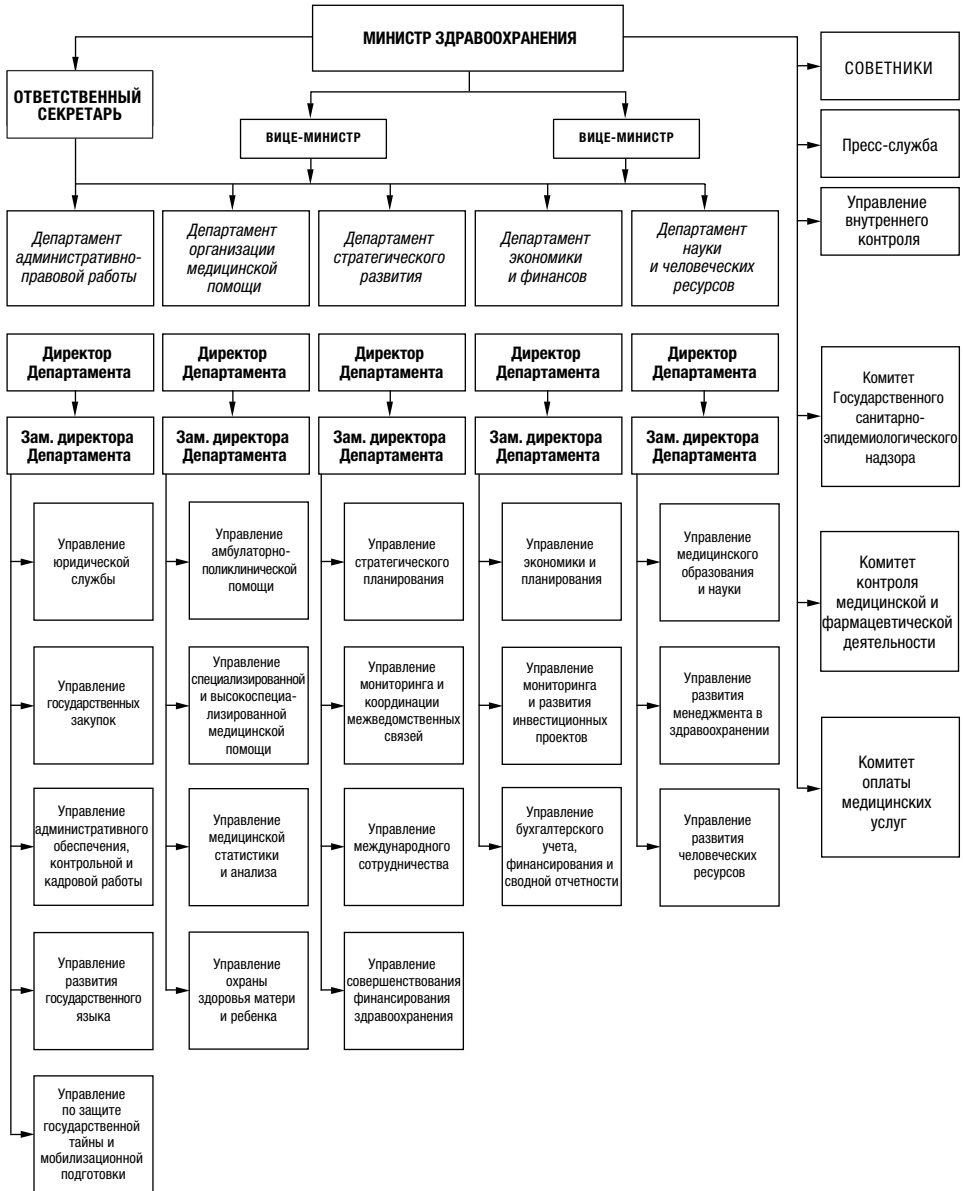
В состав Министерства здравоохранения РК входит ряд департаментов и управлений (рис. 2.2). При Министерстве действуют три комитета, в задачи которых входит реализация политики здравоохранения на национальном и региональном уровне:

- Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности;
- Комитет Государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- Комитет оплаты медицинских услуг.

Комитеты имеют вертикальную структуру управления с представительством во всех областях. Председатели комитетов подотчетны Министру здравоохранения. Комитеты финансируются из средств республиканского бюджета.

**Рис. 2.2**

**Организационная структура Министерства здравоохранения РК**



Источник: Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2011б.

### 2.3.2 Областные и городские органы управления здравоохранением

Основными органами управления здравоохранением являются ОУЗ, включая 14 областных, а также управления г. Алматы и г. Астаны. В их ведении находится большинство больниц и поликлиник. Областные департаменты здравоохранения являются структурными подразделениями областных органов исполнительной власти. Главы областных органов исполнительной власти (акимы) назначают директоров областных департаментов здравоохранения, которые им подотчетны; назначения согласуются с Министром здравоохранения. Области владеют и управляют всеми государственными поставщиками медицинских услуг на подведомственной территории. В сферу ответственности директора областного департамента здравоохранения входит назначение и освобождение от исполняемых обязанностей руководителей медицинских организаций и контроль над их деятельностью.

Областные органы исполнительной власти собирают большую часть государственных доходов, значительная часть которых находится в их распоряжении. Поэтому областные органы исполнительной власти (включая ОУФ и ОУЗ) обладают достаточно большой властью, хотя (как и уровень собираемых доходов) это очень зависит от конкретной области. В 2005–2009 годах финансовые ресурсы здравоохранения областного и национального уровней, за исключением расходов на оказание третичной помощи, консолидировались на уровне области, а решения по распределению финансирования принимались областными органами исполнительной власти, которые выполняли функцию единого плательщика на подведомственных им территориях.

В 2010 году в стране начался процесс объединения бюджетных средств здравоохранения на национальном уровне в рамках Концепции создания Единой национальной системы здравоохранения РК (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2009с). На первом этапе проведена консолидация бюджетов больниц общего профиля на национальном уровне. Следующий этап предусматривает консолидацию бюджета ПМСП на национальном уровне. Централизация бюджета здравоохранения на национальном уровне сопряжена с определенными проблемами.

Областные органы исполнительной власти в явной или неявной форме противодействуют данным реформам, проведение которых уменьшает их влияние и возможности контролировать финансовые потоки, лишая при этом механизмов реализации политики в социальной сфере и здравоохранении, отвечающей конкретным нуждам своих территорий.

ОУЗ выполняют следующие функции:

- являются единственным плательщиком медицинских услуг на территории области (по бюджетным программам, не консолидированным на национальном уровне);
- осуществляют планирование расходов здравоохранения в рамках местных бюджетов;
- заключают договора с поставщиками медицинских услуг и производят оплату услуг;
- осуществляют контроль над расходами государственных поставщиков медицинских услуг;
- устанавливают базовые ставки финансирования и тарифы на основе методологий, утвержденных Министерством здравоохранения РК;
- создают и поддерживают единую информационную систему здравоохранения на уровне области;
- назначают и освобождают от должности руководителей государственных организаций здравоохранения на подведомственных территориях.

Областные органы административного управления (акиматы и маслихаты) выполняют следующие функции:

- обеспечивают реализацию права граждан на ГОБМП в рамках базового пакета медицинских услуг;
- назначают и освобождают от должности руководителей департаментов здравоохранения своих территорий;
- планируют и утверждают местные бюджеты здравоохранения и медицинского образования в соответствии с бюджетными программами здравоохранения;
- осуществляют межрегиональное и международное сотрудничество в области здравоохранения;
- утверждают организационно-правовую форму государственных медицинских учреждений, положения об их деятельности.



### **2.3.3 Районные органы исполнительной власти**

Районы находятся в подчинении областных органов исполнительной власти и не имеют финансовых полномочий. В соответствии с Бюджетным Кодексом Республики Казахстан ответственность районных органов исполнительной власти ограничивается организацией транспортировки больных с ограниченными возможностями передвижения до медицинских организаций.

### **2.3.4 Министерство экономического развития и торговли РК**

Министерство экономического развития и торговли РК отвечает за планирование и ассигнование бюджетных средств в сектор здравоохранения; ранее данные функции выполняло Министерство финансов РК. Министерство экономического развития и торговли РК выделяет средства Министерству здравоохранения РК и областям, в том числе на оказание медицинской помощи и инвестирование в основной капитал.

### **2.3.5 Министерство финансов РК**

С вступлением в силу нового Бюджетного кодекса Республики Казахстан в 2004 году и учреждением Министерства экономического развития и торговли РК роль Министерства финансов РК ограничилась функциями по исполнению бюджета. В настоящее время в сферу его ответственности входит контроль над расходованием средств на уровне ОУЗ и медицинских организаций.

### **2.3.6 Министерство труда и социальной защиты населения РК**

Министерство труда и социальной защиты населения РК устанавливает порядок оплаты труда работников, включая компенсационные выплаты и надбавки за работу в опасных и вредных условиях. Министерство также отвечает за формулирование трудового законодательства и контроль над его исполнением. При Министерстве труда и социальной защиты населения РК функционируют медико-социальные экспертные комиссии по предоставлению гражданам статуса инвалидности. Министерство также обеспечивает инвалидов протезами и соответствующими устройствами.

### **2.3.7 Самостоятельные государственные предприятия**

В настоящее время некоторые государственные медицинские организации (больницы, крупные поликлиники и центры ПМСП) по закону имеют право получить статус государственного предприятия на праве

хозяйственного ведения. Это стало возможным в силу Закона РК «О местном самоуправлении» 1995 года и последующих к нему поправок и постановлений Правительства РК.

В настоящий момент в стране представлены три основных типа медицинских организаций разного уровня самостоятельности:

- *государственные учреждения* – государственные медицинские организации, полностью финансируемые за счет государственных средств. Они не могут самостоятельно распоряжаться своими финансовыми ресурсами и предоставлять платные услуги. Государственными учреждениями являются, как правило, больницы, оказывающие лечение социально значимых заболеваний (например, ТБ), и психоневрологические диспансеры;
- *государственные предприятия* – государственные медицинские организации, которые получают финансирование в соответствии с контрактами, заключенными с единым плательщиком, по объему предоставленных услуг (в случае больниц и амбулаторных организаций) или на основе подушевого норматива (для организаций ПМСП). Предприятия наделены некоторой самостоятельностью в управлении своими финансовыми ресурсами и имеют право оказывать платные услуги. Статус государственных предприятий имеют в основном больницы общего профиля, организации ПМСП и диагностические центры;
- *государственные предприятия на праве хозяйственного ведения*, как и государственные предприятия, получают финансирование в соответствии контрактами, заключенными с единым плательщиком, по объему предоставленных услуг (в случае больниц и специализированных амбулаторных клиник) или по подушевому нормативу (для организаций ПМСП). Однако в отличие от них, государственные предприятия на праве хозяйственного ведения имеют больше самостоятельности в распоряжении внутренними ресурсами, используют более гибкую схему оплаты труда персонала в пределах установленного максимального уровня, утверждаемого финансирующим органом (единым плательщиком). С 2011 года при государственных предприятиях на праве хозяйственного ведения создаются наблюдательные советы.

За некоторым исключением областные органы исполнительной власти обычно решают, какие организации здравоохранения должны оставаться в статусе государственных и финансироваться из средств

государственного бюджета, а какие организации могут быть преобразованы в государственные предприятия. В отличие от государственных организаций, деятельность которых контролируется на более высоком уровне и которые полностью финансируются из средств государственного бюджета, государственные предприятия могут взимать плату за отдельные услуги и обладают некоторой финансовой самостоятельностью. Концепция создания Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2009с) предусматривает увеличение самостоятельности организаций здравоохранения путем их реорганизации из государственных учреждений в государственные предприятия, а государственных предприятий в статус государственных казенных предприятий с правом хозяйственного ведения. В 2009 году в Казахстане насчитывалось 5811 государственных предприятий (включая предприятия с правом хозяйственного ведения), 1805 государственных учреждений и 837 частных организаций здравоохранения (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2011b). Большинство государственных учреждений являются небольшими сельскими амбулаторными организациями. Помимо вышперечисленных типов организаций здравоохранения в стране начинают создаваться акционерные общества с высоким уровнем самостоятельности.

### **2.3.8 Частные поставщики медицинских услуг**

Аптеки и стоматологические учреждения по большей части перешли в частные руки и стали коммерческими организациями, а больницы, санатории и крупные поликлиники остались в ведении государства. В период между 1999 и 2004 годом количество частных больниц увеличилось почти в два раза, а число частных поставщиков медицинских услуг – почти в три раза. Доля частного сектора в здравоохранении растет, и в 2009 году 16,4% всех врачей было занято в частном секторе здравоохранения.

### **2.3.9 Ведомственные системы здравоохранения**

В советские времена и первые годы после провозглашения независимости некоторые министерства и ведомства (Министерство внутренних дел, Министерство обороны, Правительство, Администрация Президента, Казахстанские железные дороги, а также некоторые государственные компании) традиционно имели собственную сеть медицинских учреждений, которая финансировалась из средств республиканского бюджета.

Некоторые ведомственные системы прекратили свое существование в последние годы; более подробная информация об их инфраструктуре, численности занятого персонала и расходах на оказание услуг отсутствует. Формально параллельные системы здравоохранения подотчетны Министерству здравоохранения РК, но это не всегда соответствует действительности.

### **2.3.10 Профсоюзы, профессиональные ассоциации и организации гражданского общества**

Законом 1994 года «О профессиональных союзах» была провозглашена свобода регистрации и формирования новых профессиональных союзов, и с того времени к прежним союзам-монополистам добавились новые профессиональные союзы. Федерация профсоюзов Республики Казахстан сейчас включает около 50 профессиональных союзов. В их число входит профсоюз работников здравоохранения, который является одним из крупнейших в стране; в 1998 году этот профсоюз охватывал 95% работников здравоохранения. Членство в профсоюзе является почти автоматическим, а взносы высчитываются у работников из заработной платы. Федерация профсоюзов Республики Казахстан до сих пор владеет значительными активами, в числе которых гостиницы, административные здания и санатории. Профсоюз работников здравоохранения поддерживает прочные рабочие отношения с Правительством РК и дает консультации по ключевым документам по формированию политики в области здравоохранения, хотя и не является официальным членом соответствующих комитетов.

Приоритетным направлением Концепции развития гражданского общества в Республике Казахстан на 2006–2011 годы, принятой Указом Президента РК от 25.07.2006, является развитие негосударственного сектора здравоохранения. Ассоциация врачей и провизоров, Ассоциация семейных врачей Казахстана, Диабетическая ассоциация Республики Казахстан и ОФ «Амансаулык» представляют собой одни из наиболее активных медицинских профессиональных и неправительственных организаций в стране. НПО активно участвуют в мероприятиях по формированию здорового образа жизни всех слоев населения, людей с хроническими заболеваниями и групп риска, и финансируются из средств государственного бюджета и других источников. Порядка 25 неправительственных организаций получили гранты Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФБСТМ) на реализацию проектов по профилактике и предотвращению распространения ВИЧ и СПИДа в стране.

Закон от 12.04.2005 №36-III ZRK «О социальном государственном заказе» определяет правовую основу устойчивого и эффективного партнерства государства и гражданского общества. Министерство здравоохранения РК накопило положительный опыт расширения такого сотрудничества. Сегодня профессиональные медицинские ассоциации и НПО вносят значительный вклад в разработку политики в области здравоохранения и развитие законодательной и нормативной правовой базы через такие механизмы, как участие в консультативных и рабочих технических группах, круглых столах, конференциях и общественных слушаниях. В частности, они внесли большой вклад в создание Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

В 2009 году Министерство здравоохранения РК одобрило Клиническое руководство по оказанию медицинской помощи больным с артериальной гипертонией, разработанное Научно-исследовательским институтом кардиологии и внутренних болезней МЗ РК в партнерстве с Ассоциацией семейных врачей Казахстана, Карагандинским лекарственным информационным центром и международными экспертами. Казахстанская Ассоциация по половому и репродуктивному здоровью (КМПА) принимает активное участие в разработке и реализации государственных программ, направленных на улучшение здоровья матери и ребенка, репродуктивного здоровья и продвижение здорового образа жизни. В будущем Министерство здравоохранения РК предусматривает постепенное делегирование профессиональным ассоциациям таких функций, как оценка уровня компетентности медицинских работников, разработка и внедрение клинических руководств и протоколов.

## 2.4 Децентрализация и централизация

Административное управление системы здравоохранения в Казахстане носит в высшей степени централизованный характер по сравнению с системами федерального типа или весьма децентрализованными системами стран Западной Европы. В то же время, по сравнению с большинством стран Центральной Азии или СНГ, она менее централизована, а области наделены большой степенью самостоятельности. После провозглашения страной независимости в 1991 году в системе здравоохранения была произведена децентрализация полномочий, что имело значительные последствия для финансирования здравоохранения и масштабов консолидации финансовых ресурсов здравоохранения. Децентрализация была произведена в основном путем приватизации

и передачи административных и финансовых полномочий с национального на областной уровень, а иногда и на районный (между 2000 и 2003 годом). Отношения между национальным и региональным уровнями управления часто менялись с перемещением полномочий то в одну, то в другую сторону. В общем и целом, однако, административные и финансовые полномочия были переданы с национального на областной уровень. Передислокация столицы страны из г. Алматы в г. Астану в еще большей степени повлияла на отношения между национальным и региональным уровнями управления, создав определенный простор для их развития.

После 1991 года многие государственные промышленные и сельскохозяйственные предприятия, такие, например, как фабрики и крупные колхозы были приватизированы. В системе здравоохранения приватизация носила более ограниченный характер и, так же, как и в Узбекистане (Ahmedov et al. 2007), коснулась, в основном, аптек и стоматологических услуг. К 1997 году более 90% аптек было приватизировано (UNDP, 1997). В октябре 1996 года 95,8% организаций фармацевтического сектора находилось в частных руках (Ministry of Health, 2007b).

Порядок передачи полномочий с республиканского уровня на областной оговорены в Законе «О местном самоуправлении» 1995 года, согласно которому функции управления и финансирования здравоохранением переданы в ведение органов областного уровня. В соответствии с данным законом уровни консолидации бюджета области определяли акимы (губернаторы) областей. До 2004 года бюджет некоторых областей формировался централизованно на областном уровне, в то время как в большинстве областей процесс формирования бюджета проходил на районном уровне. В период между 2005 и 2009 годом в соответствии с Бюджетным кодексом Республики Казахстан бюджеты всех областей формировались на областном уровне, а решения о выделении бюджетных ассигнований принимались областными органами управления здравоохранением. Региональные органы власти осуществляли планирование и оперативное управление в соответствии с единым порядком, установленном на национальном уровне. В сферу их ответственности входили следующие вопросы:

- оперативное управление региональными системами здравоохранения в соответствии с установленными на национальном уровне правилами и нормами;
- планирование и выделение ресурсов на оказание населению медицинской помощи в рамках ГОБМП;
- финансирование медицинских организаций.

В рамках административных реформ и Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2004) предусматривалось усиление полномочий Министерства здравоохранения РК, многие из которых были утрачены в 1990-х годах. В 2009 году Правительство РК наделило Министерство большей самостоятельностью с большей централизацией функций управления и финансирования. Данные меры были приняты в ответ на ряд чрезвычайных ситуаций (вспышка ВИЧ/СПИДа в Южном Казахстане в 2006 году), которые выявили определенные сложности в управлении на региональном уровне. Другими основными причинами, подтолкнувшими процесс централизации, стали значительные региональные различия в уровнях финансирования областных систем здравоохранения, методах оплаты медицинских услуг и инфраструктуре систем здравоохранения. В результате было принято решение о создании единой национальной системы здравоохранения с централизацией государственного бюджета здравоохранения на национальном уровне.

В структуре Министерства здравоохранения РК основополагающим элементом стал Комитет оплаты медицинских услуг, имеющий вертикальную структуру с отделениями во всех областях и отвечающий за оплату медицинских услуг в стране. Недавно созданное АО «Национальный медицинский холдинг» объединяет шесть национальных медицинских центров и Медицинский университет Астана в рамках единого управленческого аппарата. Также организована Система единого дистрибьютора ЛС, в функции которой входит закупка всех ЛС для государственных медицинских организаций.

## 2.5 Планирование

### 2.5.1 Стратегическое планирование

Казахстан разработал ряд стратегических документов общенационального значения на среднесрочную перспективу, в том числе Стратегии развития страны «Казахстан–2010», «Казахстан–2020» и «Казахстан–2030». В соответствии с приоритетными направлениями развития, определенными в этих документах, отраслевые министерства разработали более детальные стратегии развития по соответствующим отраслям.

В 2004 году Министерство здравоохранения РК разработало Государственную программу реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы (см. раздел 6). Также были разработаны детальные планы реализации программы, предусматривавшие два этапа: первый – 2005–2008 гг., второй – 2008–2010 гг. В ноябре 2010 г. была принята Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» (President of Kazakhstan, 2010).

В дополнение к основным документам, определяющим стратегию развития здравоохранения, все министерства, включая Министерство здравоохранения РК, подготовили и приступили к реализации трехлетних стратегических планов, устанавливающих основные цели и задачи стратегического развития. Начиная с 2009 года все области разрабатывают аналогичные планы, реализация которых началась в 2010 году.

Стратегический план Министерства здравоохранения РК на 2009–2011 годы (Правительство Республики Казахстан, 2008) дает оценку состояния здоровья населения страны и оказания медицинской помощи, а также анализ показателей состояния здоровья населения и предлагает ряд мероприятий по решению приоритетных проблем. Стратегический план также включает конкретные цели и задачи с достижением соответствующих показателей, а также оценку потенциальных рисков их практической реализации. В то время как Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы формулирует стратегию развития в общих чертах, Стратегический план нацелен на проведение мероприятий, необходимых для достижения требуемых результатов. К основным направлениям Стратегического плана Министерства здравоохранения на РК 2009–2011 годы относятся:

- улучшение здоровья населения, включая улучшение службы здоровья матери и ребенка, снижение бремени социально значимых болезней и травм, а также улучшение здорового образа жизни и питания;
- улучшение администрирования и управления в системе здравоохранения через пересмотр систем управления и финансирования, инвестиции в инфраструктуру и улучшение доступа населения к медицинским услугам и ЛС;
- развитие кадровых ресурсов и медицинской науки, предусматривающее ряд мероприятий, в том числе повышение уровня квалификации медицинского персонала и качества медицинских исследований.



На основании упомянутых стратегических документов, а также с учетом приоритетов, определяемых в ежегодных посланиях Президента РК и других программных документах, формируется бюджет Министерства здравоохранения РК. Так, Приказом Министра здравоохранения РК от 02.02.2009 № 63 утвержден бюджет здравоохранения на 2010–2012 годы, а Приказом от 10.03.2010 № 157 утвержден бюджет здравоохранения на 2011–2014 годы.

## 2.5.2 Планирование кадровых ресурсов

В Казахстане не разработаны комплексные механизмы управления кадрами, включая планирование, которые бы принимали во внимание вопросы распределения кадров по стране и медицинским организациям. Министерство здравоохранения РК и Правительство РК признают наличие этой проблемы. Развитие кадрового потенциала является одним из приоритетных направлений Проекта Всемирного банка по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения РК на 2009–2013 годы и Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан».

Министерство здравоохранения РК в настоящее время разрабатывает Стратегию развития кадровых ресурсов.

Основные задачи Стратегии:

- совершенствование сферы управления кадрами здравоохранения: разработка эффективных механизмов прогнозирования и планирования кадровых ресурсов здравоохранения;
- согласование кадровой политики с политикой развития сферы медицинского образования: совершенствование системы подготовки медицинских кадров для обеспечения качества и преемственности всех уровней подготовки медицинских кадров;
- внедрение оптимальных механизмов развития кадровых ресурсов, направленных на подготовку, поддержание, сохранение и эффективное использование имеющихся ресурсов.

Министерством здравоохранения РК планируется создание системы управления кадровыми ресурсами для оптимального использования медицинского персонала с учетом его профессиональной подготовки в условиях, максимально способствующих повышению его эффективности. Разрабатываются меры для обеспечения достаточного количества

медицинских кадров путем эффективного прогнозирования и планирования. Важным приоритетом кадровой политики является создание для медицинских работников оптимальных условий труда, систем стимулирующих выплат и социальной поддержки (в виде льгот), а также контроля профессионального уровня медицинских работников и оказание им поддержки в повышении квалификации.

### 2.5.3 Планирование инвестиций в основной капитал

Министерство экономического развития и торговли РК несет ответственность за планирование инвестиций в основной капитал во всех отраслях экономики, включая здравоохранение. Планирование вложений регулируется правительственными постановлениями, которые определяют правила планирования инвестиций в основной капитал. Несмотря на то, что, в общем и целом, процесс инвестирования в основной капитал хорошо налажен, недостаточный технический потенциал Министерства здравоохранения РК в этой сфере, а также недостаточный уровень экспертных знаний Министерства экономического развития и торговли РК негативно сказываются на качестве и значимости капитальных вложений в здравоохранение.

Например, проект «Строительство 100 школ и 100 больниц на основе государственно-частного партнерства», реализация которого в настоящий момент проходит в стране, направлен на строительство в течение нескольких лет 100 новых объектов здравоохранения (в основном, больниц) и представляет собой весьма масштабный и дорогостоящий проект. Вместе с тем, проект не является составной частью долгосрочного плана развития здравоохранения, а предполагаемые инвестиции не связаны с нуждами населения в услугах здравоохранения или более широкими задачами развития системы здравоохранения. Другие проекты капитальных вложений зачастую диктуются политическими интересами. К числу таких инвестиционных проектов можно отнести создание в столице республики г. Астане ряда клинических центров, некоторые из которых входят в АО «Национальный медицинский холдинг». Избыточные мощности и дорогостоящее медицинское оборудование этих организаций используются не в достаточной мере эффективно.

Общая доля инвестиций в основной капитал в национальном бюджете здравоохранения выросла более чем в три раза в период между 2003

и 2008 годом (Department of Economy and Finance, Ministry of Health, из личной беседы, 2010). На областном уровне инвестиции в основной капитал осуществляются за счет целевых трансфертов «на развитие» областными бюджетами из средств республиканского бюджета. Лишь относительно незначительная часть капитальных вложений областного уровня финансируется напрямую за счет областных бюджетов.

### **2.5.4 Бюджетное планирование**

Казахстан располагает современной и хорошо налаженной системой бюджетного планирования (World Bank, 2009). Бюджетный Кодекс Республики Казахстан является основным правовым документом, определяющим процесс и процедуры планирования и исполнения бюджета, в том числе графики исполнения. Министерство экономического развития и торговли РК издает ежегодные постановления, которые включают календарные планы исполнения бюджета.

Министерство экономического развития и торговли РК отвечает за макроэкономическое прогнозирование и расчеты доходов и расходов с последующей разбивкой имеющихся ресурсов по отраслям экономики. В 2009 году Министерство экономического развития и торговли РК установило бюджетные лимиты для каждого министерства, включая Министерство здравоохранения РК. В секторе здравоохранения эти лимиты были определены на основании уровня расходов предыдущих лет и стратегических приоритетов Правительства РК относительно увеличения финансирования сектора здравоохранения.

### **2.6 Межсекторальный подход**

К вопросам здравоохранения пока не выработан системный подход со стороны других министерств и организаций. Оценка влияния экономической деятельности на здоровье пока еще не получила нужного развития и не является обязательной процедурой для разработки различных проектов за рамками системы здравоохранения. Однако некоторые НПО делают попытки привлечь внимание общественности к потенциально опасным для здоровья проектам и производствам. Деятельность Республиканского центра развития здравоохранения, учрежденного в 2011 году, направлена на активное развитие межсекторального сотрудничества.

## 2.7 Информационные системы управления

### 2.7.1 Информационные системы

В 2007 году была учреждена Единая информационная система здравоохранения Республики Казахстан (ЕИСЗ). В 2008 году во всех областях страны были организованы медико-информационные центры: они были оборудованы современной техникой, а персонал прошел обучение информационным технологиям. К основным функциям медико-информационных центров относятся:

- координация и реализация, поддержка и развитие ЕИСЗ в соответствии с поставленными целями и задачами;
- обеспечение функционирования инфраструктуры ЕИСЗ;
- развитие единой системы медицинской и статистической отчетности и бухгалтерского учета на основе новых технологий сбора и обработки данных;
- обеспечение информации, необходимой для проведения оплаты услуг медицинских организаций и программ здравоохранения, в том числе данные о демографической структуре населения, свободной регистрации населения в организациях ПМСП, объеме консультативных и диагностических услуг, показатели результата деятельности организаций ПМСП, показатели для оплаты услуг медицинских организаций, а также расчет объема финансирования по подушевому нормативу и стимулирующих выплат по результатам труда и качеству обеспечиваемых услуг для организаций ПМСП;
- прием и обработка статистической отчетности организаций здравоохранения, проведение мониторинга статистической и финансовой отчетности областных организаций здравоохранения, особенно сельских;
- участие в разработке показателей результатов деятельности организаций здравоохранения и здоровья населения, а также вынесение предложений по улучшению эффективности работы организаций здравоохранения.

В 2009 году при Министерстве здравоохранения РК был создан РГП на ПХВ «Республиканский информационно-аналитический центр Республики Казахстан» (РИАЦ МЗ РК), в задачи которого входят общая координация региональных представительств, сбор агрегированных

данных на национальном уровне и подготовка аналитических отчетов для Министерства здравоохранения РК. В 2011 году РИАЦ МЗ РК был объединен с РГП «Институтом развития здравоохранения» МЗ РК, образовав РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК.

В 2009 году создан новый Центр информатизации с целью реализации ЕИСЗ. Однако в 2011 году Центр информатизации был объединен с РГП на ПХВ «Республиканским центром развития здравоохранения» МЗ РК.

Министерство здравоохранения РК планирует внедрение индивидуальных смарт-карт для всех граждан страны с целью улучшения качества медицинских осмотров, лечения и диспансерного наблюдения. Недавно созданная электронная карта организаций здравоохранения содержит полную информацию об инфраструктуре системы здравоохранения и состоянии здоровья населения. В 2004 году в стране началось поэтапное внедрение телемедицины в сельской местности, а в 2010 году ею было охвачено 14 областей (President of Kazakhstan, 2010).

Проект Всемирного банка по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения РК и «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы „Саламатты Қазақстан□» предусматривают дальнейшее развитие информационной системы здравоохранения. В частности, Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» включает проведение следующих основных мероприятий:

- реализация в ЕИСЗ клинических алгоритмов, протоколов и прочих стандартов;
- обеспечение доступа сельских медицинских работников в отдаленной от районных центров местности к информационным ресурсам здравоохранения;
- развитие электронных услуг здравоохранения и внедрение системы дистанционного обучения и аттестации;
- создание информационной системы службы крови, включая банк крови и доноров для управления запасами крови и ее компонентов и интегрирование этой системы в ЕИСЗ;
- разработка регистра социально значимых заболеваний;
- развитие Национальной сети телемедицины.

Внедрение национальных счетов здравоохранения (НСЗ) началось в 2006 году. Ответственность за НСЗ несет недавно созданный Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности. Все государственные и частные организации здравоохранения предоставляют годовую статистическую отчетность Министерству здравоохранения РК, которая затем используется при формировании НСЗ.

Первые шаги по регулированию отчетности в системе здравоохранения были предприняты в 2004 году в рамках Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы, когда Правительство РК организовало межсекторальную рабочую группу на национальном уровне. Данная группа разработала общие подходы и конкретные рекомендации по внедрению счетов здравоохранения в Казахстане с использованием Международной классификации счетов здравоохранения (МКСЗ). Министерство здравоохранения РК поручило компании ЗАО «Мединформ» сбор и анализ данных для подготовки отчетов по НСЗ в 2007 и 2008 годах. Регулярная работа по подготовке НСЗ приостановилась в 2009–2010 годы, а затем возобновилась после утверждения Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан». В рамках Проекта Всемирного банка по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения РК в 2009–2013 годы предусматривается институционализация НСЗ на основе Системы национальных счетов, принятой в Казахстане в 1933 году Агентством Республики Казахстан по статистике в качестве основной статистической системы национальной отчетности (Gotsadze, 2010).

### **2.7.2 Оценка медицинских технологий**

Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности при Министерстве здравоохранения РК координирует и контролирует внедрение новых методов диагностики и лечения. Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК координирует разработку клинических руководств и по заказу Министерства здравоохранения РК проводит оценку эффективности медицинских технологий.

## **2.8 Регулирование**

В настоящее время деятельность системы здравоохранения регулируется Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (President of Kazakhstan, 2009). Кодекс представляет собой

комплексный правовой документ, который регулирует широкий круг вопросов, относящихся к функционированию системы здравоохранения. С одной стороны Кодекс интегрирует и систематизирует всю существующую нормативную правовую базу здравоохранения, гармонизируя ее с нормативной правовой базой других отраслей экономики, а с другой стороны отменяет все устаревшие или более узкие законы и подзаконные акты, которые использовались ранее для регулирования различных аспектов деятельности системы здравоохранения. Создание Кодекса потребовало огромных усилий со стороны Министерства здравоохранения РК и других министерств, Правительства РК, профессиональных и общественных НПО, а также международных экспертов. Кодекс прошел несколько этапов слушаний в Парламенте РК.

Кодекс регулирует общественные отношения в области здравоохранения в целях реализации конституционного права граждан на охрану здоровья, гармонизации системы здравоохранения с международными нормами и стандартами, улучшения качества медицинских услуг и обеспечения лекарств, медицинских материалов и оборудования (President of Kazakhstan, 2009). Принятие Кодекса способствовало пересмотру всей нормативной правовой базы более низкого уровня законодательной иерархии, включая правительственные постановления, приказы Министра здравоохранения РК и нормативные и правовые акты органов местного самоуправления.

Улучшение администрирования и управления системы здравоохранения являлось одним из приоритетов Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы. В период между 2005 и 2009 годом основные изменения в управлении системой здравоохранения произошли благодаря переходу от административно-командной системы управления к системе экономического стимулирования. Эта новая система включала консолидацию ресурсов здравоохранения на областном уровне, создание системы единого плательщика, введение новых стимулирующих методов оплаты медицинских организаций, а также предоставление большей самостоятельности в распоряжении внутренними ресурсами; усиление роли населения посредством предоставления ему права свободного выбора медицинской организации.

### **2.8.1 Контроль качества**

Действующая в настоящее время система контроля качества медицинской помощи имеет ряд трудностей. Зачастую у медицинских работников и менеджеров отсутствуют стимулы для улучшения результатов своего

труда. В силу чего предложения по повышению качества не реализуются. Кроме того, механизмы внешнего и внутреннего контроля качества не связаны между собой, в то время как ведомственные системы здравоохранения при различных министерствах и организациях не интегрированы в систему контроля качества медицинской помощи Министерства здравоохранения РК.

Действующая в настоящее время система контроля качества медицинской помощи разрабатывается с 1996 года. В рамках процесса реализации ОМС в 1996–1998 годах была разработана система оценки качества медицинских услуг. Данная система носила преимущественно «карательный» характер и предусматривала различные штрафы и санкции в отношении поставщиков медицинских услуг в случае ненадлежащего качества их работы. И хотя эта система штрафов была упразднена, анализ и оценка медицинских услуг продолжали действовать, причем все большее внимание уделялось исследованиям уровня удовлетворенности пациентов и вопросам соответствия оказываемой медицинской помощи, установленным медицинским стандартам (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2004). Приказом Министра здравоохранения РК от 28.12.2004 № 898 был утвержден новый порядок осуществления контроля над качеством предоставляемых медицинских услуг. В соответствии с данным порядком в компетенцию Министерства здравоохранения РК входит:

- выработка политики в области обеспечения качества и аккредитации;
- разработка нормативно-правовой базы для проведения аккредитации организаций здравоохранения;
- разработка нормативно-правовой базы для осуществления контроля над качеством медицинских услуг, включая внутрибольничный менеджмент и эффективность деятельности организаций здравоохранения;
- осуществление надзора за соблюдением правил лицензирования медицинской деятельности.

Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности в составе Министерства здравоохранения РК был учрежден Приказом Министра здравоохранения РК от 23.10.2009 № 565. Этот комитет заменил собой два комитета – Фармацевтический комитет и Комитет по контролю



над качеством медицинских услуг МЗ РК, приняв на себя их основные функции. Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности выполняет следующие обязанности:

- реализация государственной политики в области контроля над оказанием медицинских услуг и контроля в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
- организация и проведение аккредитации субъектов здравоохранения независимо от формы собственности и ведомственного подчинения;
- лицензирование медицинской деятельности в части работ и услуг, выполняемых организациями республиканского значения, частными медицинскими организациями, а также теми организациями, чья деятельность выходит за рамки отдельной области (лицензирование медицинской деятельности других медицинских организаций областными органами здравоохранения);
- аттестация руководителей государственных медицинских организаций и организаций здравоохранения;
- контроль уровня оказанной медицинской помощи и ее качества;
- определение соответствия разных типов медицинской помощи выданным лицензиям;
- рассмотрение жалоб пациентов на качество медицинской помощи.

Комитет стремится к системному подходу к вопросам контроля качества с использованием объективных показателей и независимой экспертизы. В системе контроля качества медицинской помощи применяются следующие процедуры:

- комплексные плановые инспекции, проводимые не реже одного раза в год;
- внеплановые инспекции для рассмотрения жалоб пациентов по просьбе органов управления здравоохранением, других государственных органов или Парламента РК;
- целевые инспекции, направленные на достижение конкретных задач и проводимые в течение года;
- совместные инспекции, осуществляемые несколькими государственными органами, для проверки соответствия деятельности поставщиков медицинских услуг нормативной правовой базе здравоохранения.

Деятельность Комитета направлена на развитие независимой медицинской экспертизы. Комитет обладает полномочиями проводить аккредитацию физических и юридических лиц на получение ими статуса независимых экспертов.

Новые правила аттестации медицинских работников утверждены Приказом Министра здравоохранения РК от 06.11.2009. Новые правила разработаны в соответствии с новым Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». Согласно правилам руководители местных органов государственного управления здравоохранением, руководители республиканских организаций здравоохранения и их заместители, а также руководители государственных организаций здравоохранения подлежат обязательной аттестации. В целях объективного и компетентного осуществления аттестации созданы аттестационные комиссии. В состав комиссий входят не менее семи членов, включая представителей государственных органов, организаций здравоохранения, представителей медицинской науки и НПО. Процесс аттестации предусматривает написание электронного теста, включающего 100 вопросов, и прохождение интервью с членами аттестационной комиссии.

С 2009 года в рамках Концепции создания Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан Министерством здравоохранения РК была внедрена национальная система аккредитации медицинских организаций. Приказом Министерства здравоохранения РК от 26.02.2009 № 103 утверждены соответствующие стандарты аккредитации. В рамках реализации Проекта Всемирного банка по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения РК на 2009–2013 годы был создан Центр аккредитации при РГП на ПХВ «Республиканском центре развития здравоохранения» МЗ РК. В 2010 году 1319 медицинских организаций подали заявки на аккредитацию и 1205 организаций были аккредитованы.

### **2.8.2 Регулирование и управление кадровыми ресурсами**

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (President of Kazakhstan, 2009) регулирует все аспекты системы здравоохранения. Согласно этому документу Правительство РК несет ответственность за выработку основных стратегических направлений

политики в области здравоохранения. В сферу ответственности Министерства здравоохранения РК входит реализация данных стратегий. В отношении трудовых кадров Министерство здравоохранения РК осуществляет следующие функции:

- выработка общей политики в отношении кадровых ресурсов в здравоохранении;
- организация подготовки, повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров в области здравоохранения;
- разработка и утверждение стандартов обучения специалистов в системе вузовского образования, последипломного и непрерывного образования и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров;
- организация и проведение государственной аттестации медицинских организаций и руководителей здравоохранения;
- утверждение формы обучения и учебных программ по медицинским специальностям, разработка и утверждение штатного расписания медицинских организаций.

ОУЗ выполняют следующие обязанности:

- утверждают областные программы в области здравоохранения и осуществляют контроль над их исполнением;
- отвечают за укомплектованность кадрами государственных организаций здравоохранения;
- обеспечивают кадрами организации здравоохранения и проводят оценку профессиональной компетенции медицинских работников;
- принимают решение о дополнительном кадровом и материально-техническом обеспечении государственных организаций здравоохранения сверх утвержденных нормативов;
- определяют систему мер социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников, направленных для ведения профессиональной деятельности в сельские районы;
- обеспечивают подготовку, повышение квалификации и переподготовку медицинских и фармацевтических кадров.

### 2.8.3 Регулирование и управление лекарственными средствами

Главными участниками фармацевтического рынка в Казахстане являются Министерство здравоохранения РК, Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности, Комитет медицинской промышленности и Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники МЗ РК. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» регулирует функции и обязанности всех участников системы.

Министерство здравоохранения РК является центральным исполнительным органом и выполняет следующие основные функции:

- разработка государственной лекарственной политики;
- утверждение перечня основных (жизненно важных) лекарственных средств (ОЖВЛС);
- организация внутриотраслевой и межотраслевой координации в области лекарственного обеспечения;
- разработка и утверждение перечня заболеваний и отдельных групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и специализированные продукты детского и лечебного питания отпускаются по рецептам бесплатно или на льготных условиях;
- утверждение стандартов в области фармацевтической деятельности, включая фармацевтическое образование;
- утверждение Государственной фармакопеи и Государственного реестра лекарственных средств.

В компетенцию Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности входят следующие функции:

- реализация государственной политики в области распространения ЛС;
- осуществление государственной регистрации, перерегистрации и отзыва государственной регистрации ЛС, а также выдача разрешений на использование ЛС в медицинской практике;
- осуществление контроля и надзора за фармацевтической деятельностью физических и юридических лиц в области обращения ЛС;
- выдача лицензий на подлежащие лицензированию виды деятельности и осуществление контроля над соблюдением законодательства держателями лицензий;

- выдача разрешений на производство рекламы ЛС;
- координация импорта и экспорта ЛС, медицинской техники и изделий медицинского назначения;
- координация международного сотрудничества в области обращения ЛС.

К компетенции Национального центра экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники МЗ РК относятся следующие вопросы:

- сертификация ЛС;
- контроль качества и биологической эквивалентности ЛС;
- регистрация побочных эффектов, вызываемых приемом ЛС.

К компетенции Комитета по борьбе с наркобизнесом и контролю над оборотом наркотиков МВД республики Казахстан относятся следующие вопросы:

- реализация политики в области борьбы с наркобизнесом и контролю над оборотом наркотиков;
- лицензирование деятельности, связанной с производством и оборотом наркотических веществ;
- координация контроля над нелегальным использованием наркотических, психотропных веществ и прекурсоров.

В целях реализации Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» была создана нормативно-правовая база, регулирующая обращение лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. Для разрешения трудностей в фармацевтическом секторе Министерство здравоохранения РК недавно утвердило «Концепцию лекарственной политики РК», которая ставит следующие задачи:

- ежегодное увеличение ассортимента и объемов фармацевтической продукции отечественного производства;
- восстановление вертикальной структуры государственного администрирования фармацевтического сектора;
- организацию соответствующей системы контроля лекарств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

- передачу функций сертификации ЛС государственным организациям;
- регулирование порядка регистрации и рекламы пищевых добавок.

Меры, предпринимаемые Правительством РК, направлены на стимулирование отечественного производства высококачественной фармацевтической продукции. Налажены процессы регистрации, сертификации и контроля качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, а также их реклама. Организован Национальный информационный лекарственный центр. Правительство РК инициировало гармонизацию правовых процедур в соответствии со стандартами ЕС. Казахстан стал официальным членом Комиссии Европейской фармакопеи и полноправным членом международной программы ВОЗ по мониторингу лекарств. Подготовлены и утверждены два тома Государственной фармакопеи РК. Регулирование цен на лекарства, закупаемые за счет средств государственного бюджета, позволило сократить цены на эти лекарства в среднем на 30%. Введена формулярная лекарственная система для обеспечения рационального использования лекарственных средств исходя из их терапевтической эффективности, принципов фармакоэкономики и мониторинге побочных эффектов.

Было положено начало единой системы распределения ЛС, которая позволяет экономить значительные государственные расходы и способствует повышению доли отечественных лекарственных средств. С местными производителями ЛС заключаются долгосрочные договоры на производство, в числе прочего, высокотехнологичной продукции (например, вакцины, инсулин и продукты крови). Договоры с производителями позволяют провести реконструкцию существующих производственных мощностей и создать новые промышленные объекты в соответствии с международными стандартами надлежащей практики производства на общую оценочную сумму более 30 млрд тенге (206 млн долл. США). Предполагается, что к 2014 году данные инвестиции обеспечат повышение доли отечественной продукции на местном рынке до 50%.

Введение лекарственной формулярной системы в 2009 году (Ministry of Health, 2009f) позволяет делать закупку лекарственных средств для больниц на основе формулярных списков, которые разрабатываются врачами-специалистами для всех отделений больниц и утверждаются ОУЗ. Лекарственные формуляры формируются на основе принципов

доказательной медицины в целях обеспечения рационального использования и доступности качественных, эффективных и безопасных лекарственных средств.

Амбулаторный пакет льготных лекарственных средств, введенный в 2005 году, стал важным шагом в укреплении ПМСП. Список амбулаторных лекарств постепенно расширялся с 2005 г., охватывая все больше групп пациентов и заболеваний, включая острые респираторные инфекции и острую диарею у детей, артериальную гипертонию, пневмонию, язву желудка и др. Исследования, проведенные Карагандинским информационным лекарственным центром в 2006 г., а также ОФ «Амансаулык» в 2008 году, показали, что спрос на амбулаторные льготные лекарства как со стороны пациентов, так и врачей, очень высок, однако ассортимент лекарств, их доступность в розничной аптечной сети, а также система распределения и логистика не соответствуют стандартам и нормам. К числу трудных ситуаций относятся: механизмы планирования и финансирования амбулаторных льготных лекарственных средств недостаточно гибки, а методы, используемые для проведения оценки спроса на лекарственные средства на уровне области, неудовлетворительны. В результате имеет место нерациональное потребление приобретенных лекарственных средств, ограниченный выбор для пациентов, которые зависят от небольшого количества аптек и ограниченного ассортимента лекарственных средств, предлагаемых в рамках этой программы.

С целью осуществления функций единого дистрибьютора по закупке и обеспечению лекарственных средств в рамках ГОБМП в феврале 2009 года был создан АО «Фонд национального благосостояния „Самрук-Қазына»». Система Единого дистрибьютора была создана с целью улучшения обеспечения населения лекарственными средствами в рамках ГОБМП и содействия развитию фармацевтической отрасли путем более тесного сотрудничества частного и государственного секторов.

Основные направления деятельности единого дистрибьютора включают:

- организацию открытых торгов по закупке лекарственных средств в рамках ГОБМП;
- организацию хранения ЛС в соответствии с требованиями надлежащих дистрибьюторских практик и законодательства РК;

- организацию процессов логистики обеспечения ЛС государственным организациям здравоохранения;
- создание информационной системы для интеграции процессов логистики единого дистрибьютора, заказчиков и поставщиков, а также для получения актуальной информации об обороте и товарных остатках.

## 2.9 Права пациентов

Права и обязанности пациентов определены Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (President of Kazakhstan, 2009). Согласно Кодексу пациенты обладают следующими правами:

- получение ГОБМП в соответствии с перечнем, утверждаемым Правительством РК;
- обеспечение ЛС и изделиями медицинского назначения в рамках ГОБМП, в том числе отдельных категорий граждан бесплатными или льготными ЛС и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне в соответствии с перечнем, утверждаемым уполномоченным органом;
- свободный выбор медицинской организации;
- дополнительные медицинские услуги сверх ГОБМП за счет собственных средств или средств организаций системы добровольного медицинского страхования (ДМС);
- получение медицинской помощи за рубежом за счет бюджетных средств при наличии показаний;
- возмещение вреда, причиненного здоровью пациента в результате неправильного назначения и применения медицинскими работниками лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
- удостоверение факта временной нетрудоспособности;
- безвозмездное получение от государственных органов, организаций и лечащего врача в пределах их компетенции достоверной информации о методах профилактики, диагностики, лечения заболевания и медицинской реабилитации, клинических



исследованиях, а также таких влияющих на здоровье факторах, как состояние окружающей среды, условия труда, быта и отдыха, здоровое питание и безопасность пищевых продуктов;

- получение от государственных органов, независимых экспертных организаций и субъектов в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники информации о безопасности, эффективности и качестве реализуемых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
- обжалование действий медицинских и фармацевтических работников в организацию здравоохранения или в судебном порядке;
- ходатайство о привлечении независимых экспертов в случае несогласия с выводами государственной медицинской экспертизы.

Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности отвечает за рассмотрение жалоб в отношении качества предоставленных медицинских услуг, в то время как ОУЗ ответственны за защиту прав пациентов на областном уровне. В целом права пациентов пока ограничены и необходимы меры, направленные на их дальнейшую институционализацию и повышение осведомленности населения.



### 3. Финансирование

В 2009 году расходы на здравоохранение составили оценочно 4,5% от ВВП, что по сравнению с другими странами Европейского региона ВОЗ являлось весьма низким. Финансирование здравоохранения формируется из двух источников: государственный бюджет (республиканской и областной) и личные платежи граждан (по официальным тарифам оплаты за услуги и неофициально). Бюджетное финансирование здравоохранения было вновь введено в Казахстане в 1999 году после неудачной попытки ввести систему обязательного медицинского страхования. В 2007 году расходы на стационарную помощь из государственного бюджета в 2,3 раза превышали расходы на амбулаторную помощь. Ассигнования из средств республиканского бюджета идут, в основном, на финансирование ГОБМП (44%) и целевые трансферты в местные бюджеты (38%). В 2007 году большая часть (60%) областных расходов на здравоохранение направлялась на финансирование услуг, включенных в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, в то время как остальные 40% шли на финансирование дополнительных услуг за рамками ГОБМП. Только 0,17% областного бюджета здравоохранения отчислялось на мероприятия по формированию здорового образа жизни. Большая часть личных платежей граждан шла на покупку ЛС и расходных материалов.

ГОБМП включает скорую медицинскую помощь и отдельные виды амбулаторной и стационарной помощи. Введен обновленный список ЛС для амбулаторного обеспечения детей, подростков, женщин репродуктивного возраста бесплатными ЛС при амбулаторном лечении. Для остальной части населения ЛС представляют собой основной вид льгот, требующих софинансирования со стороны пациентов. Тарифы на платные услуги, как правило, утверждаются на областном уровне, в основном распространяясь на не жизненно важные медицинские услуги. Больным часто приходится платить за ЛС и расходные материалы в больницах, а также за лекарства, вспомогательные средства и стоматологические услуги при амбулаторном лечении. Предположительно доля неформальных платежей со стороны пациентов достаточно высока, хотя определить истинные масштабы трудно.

После децентрализации финансирования здравоохранения до районного уровня в 2000–2003 годах, с 2004 года была введена новая система финансирования, включавшая консолидацию ресурсов здравоохранения на областном уровне, создание областных департаментов здравоохранения с функциями единого плательщика медицинских услуг и совершенствование механизмов закупки медицинских услуг посредством новых методов финансирования медицинских организаций. Начиная с 2010 года финансовые ресурсы стационарной помощи, включенной в ГОБМП, консолидированы на республиканском уровне.

### 3.1 Расходы на здравоохранение

В последние годы расходы на здравоохранение в абсолютном выражении стремительно выросли, главным образом, за счет высокого темпа роста ВВП. Тем не менее, в 2009 году общие расходы на здравоохранение достигли лишь 4,5% от ВВП, причем, ассигнования из государственного бюджета составили 59,2% общих расходов на здравоохранение. Частные расходы на здравоохранение включали, главным образом, личные платежи граждан (до 98,84%), в то время как средства ДМС составили лишь 0,18% частных расходов на здравоохранение в 2009 году (таблица 3.1).

**Таблица 3.1**

Динамика расходов на здравоохранение, 1995–2009 гг. (выборочные годы)

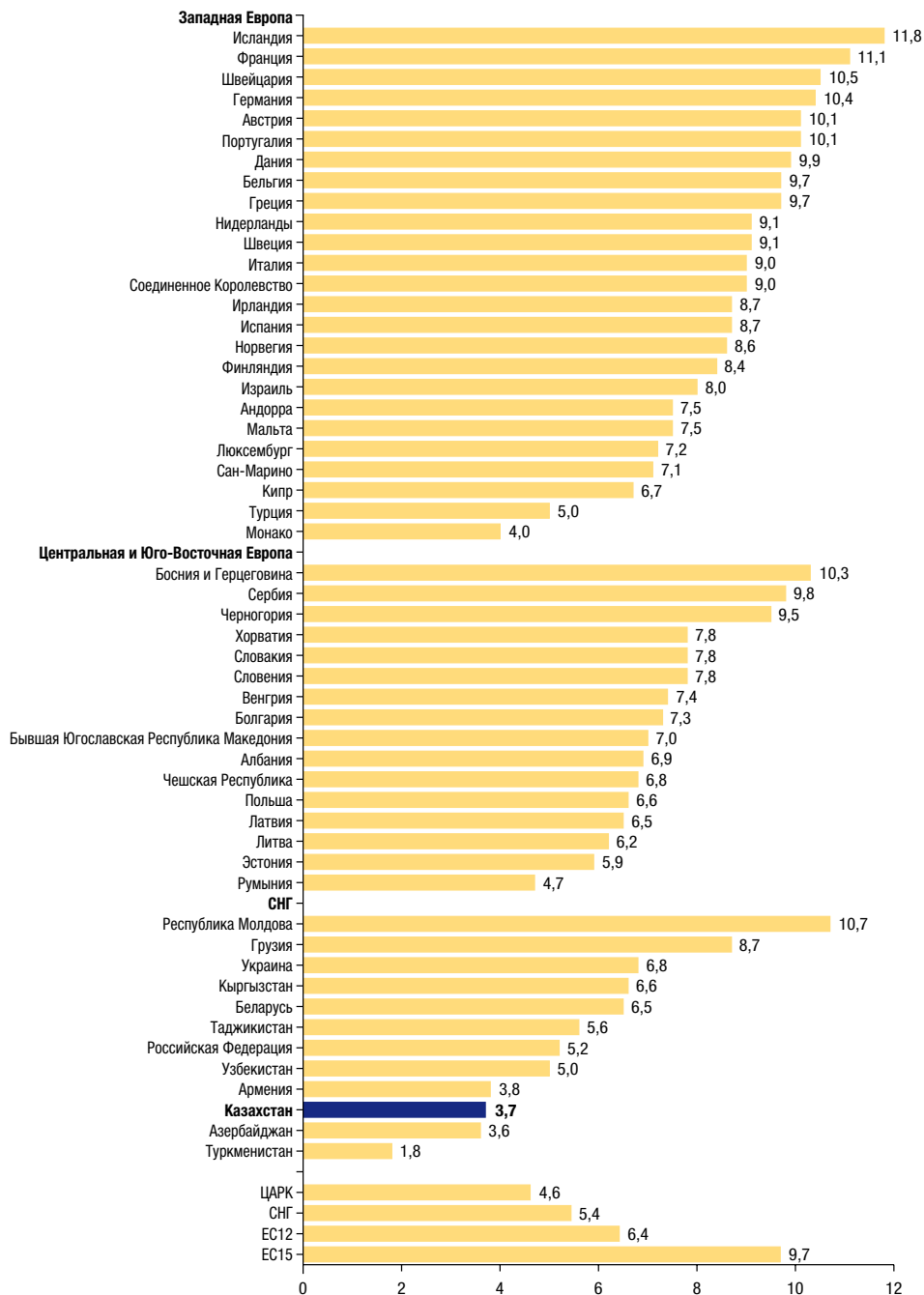
Расходы	1995	2000	2005	2009
Общие подушевые расходы на здравоохранение по ППС (тенге за долл. США)	165,3	194,7	352,9	553,8
Общие подушевые расходы на здравоохранение в % ВВП	4,6	4,2	4,1	4,5
Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение, %	64,0	51,0	62,0	59,2
Доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение, %	36,0	49,0	38,0	40,8
Доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение, %	11,5	9,2	9,3	11,3
Государственные расходы на здравоохранение в % ВВП	3,0	2,1	2,5	2,7
Доля личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение, %	35,5	48,5	37,5	40,3
Доля личных платежей граждан в общих частных расходах на здравоохранение, %	98,7	98,9	98,6	98,8
Доля частных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение, %	0,1	0,1	0,1	0,1
Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение, %	0,2	0,2	0,2	0,2

Источник: WHO, 2011.

В Казахстане общие расходы на здравоохранение, как доля ВВП, в 2008 году были одними из самых низких в странах Европейского региона ВОЗ (рис. 3.1, рис. 3.2).

Рис. 3.1

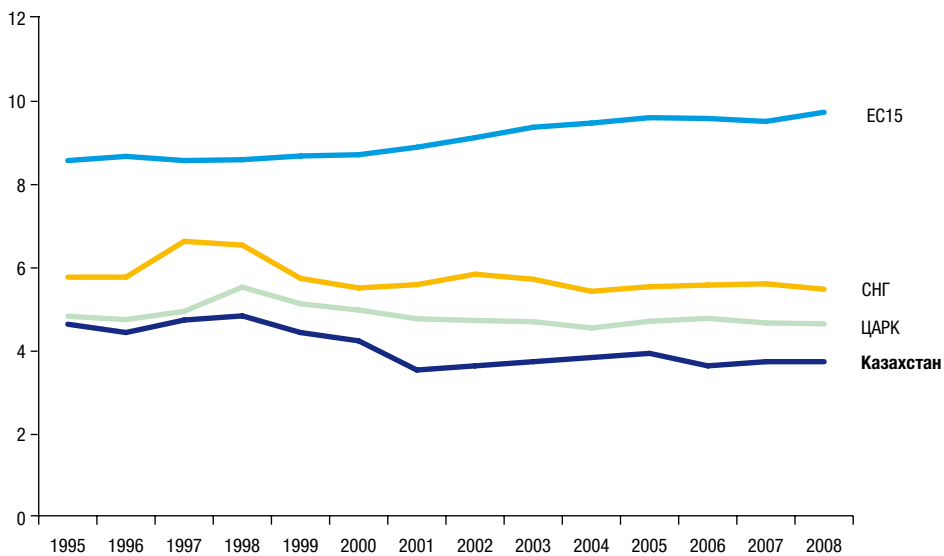
Общие расходы на здравоохранение в % ВВП в странах Европейского региона ВОЗ, по данным ВОЗ, 2008 г.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

**Рис. 3.2**

Динамика общих расходов на здравоохранение в % ВВП в Казахстане и средние показатели по отдельным регионам (по данным ВОЗ), 1995–2008 гг.



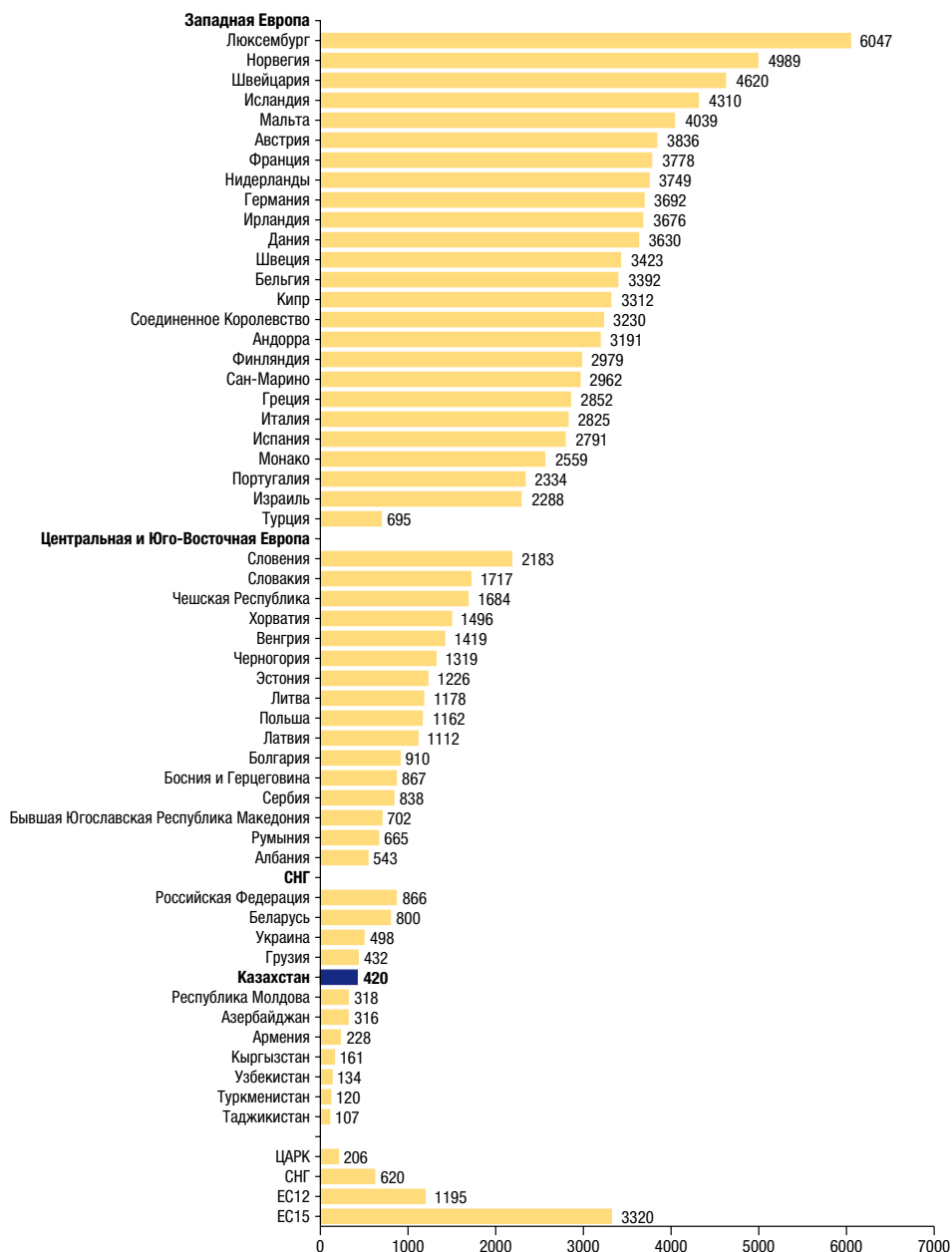
Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Несмотря на более низкие затраты на здравоохранение как доли ВВП по сравнению с другими странами Центральной Азии, а также ввиду более высокого уровня ВВП страны, подушевые расходы на здравоохранение по ППС в долларах США в Казахстане в 2008 году были выше, чем в других странах Центральной Азии (рис. 3.3). Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение в 2008 году в Казахстане была выше, чем в большинстве стран СНГ (рис. 3.4).

Общие государственные расходы на здравоохранение в абсолютном выражении выросли с 92,9 тенге на душу населения в 2003 году до 563,7 тенге в 2010 году. Стремление правительства защитить систему здравоохранения от последствий глобального экономического кризиса, начавшегося в 2007–2008 годах, послужило одной из причин столь значительного увеличения расходов. В 2010 году отрасль здравоохранения стала одной из самых затратных статей государственного бюджета, заняв второе место после расходов на социальное обеспечение и образование.

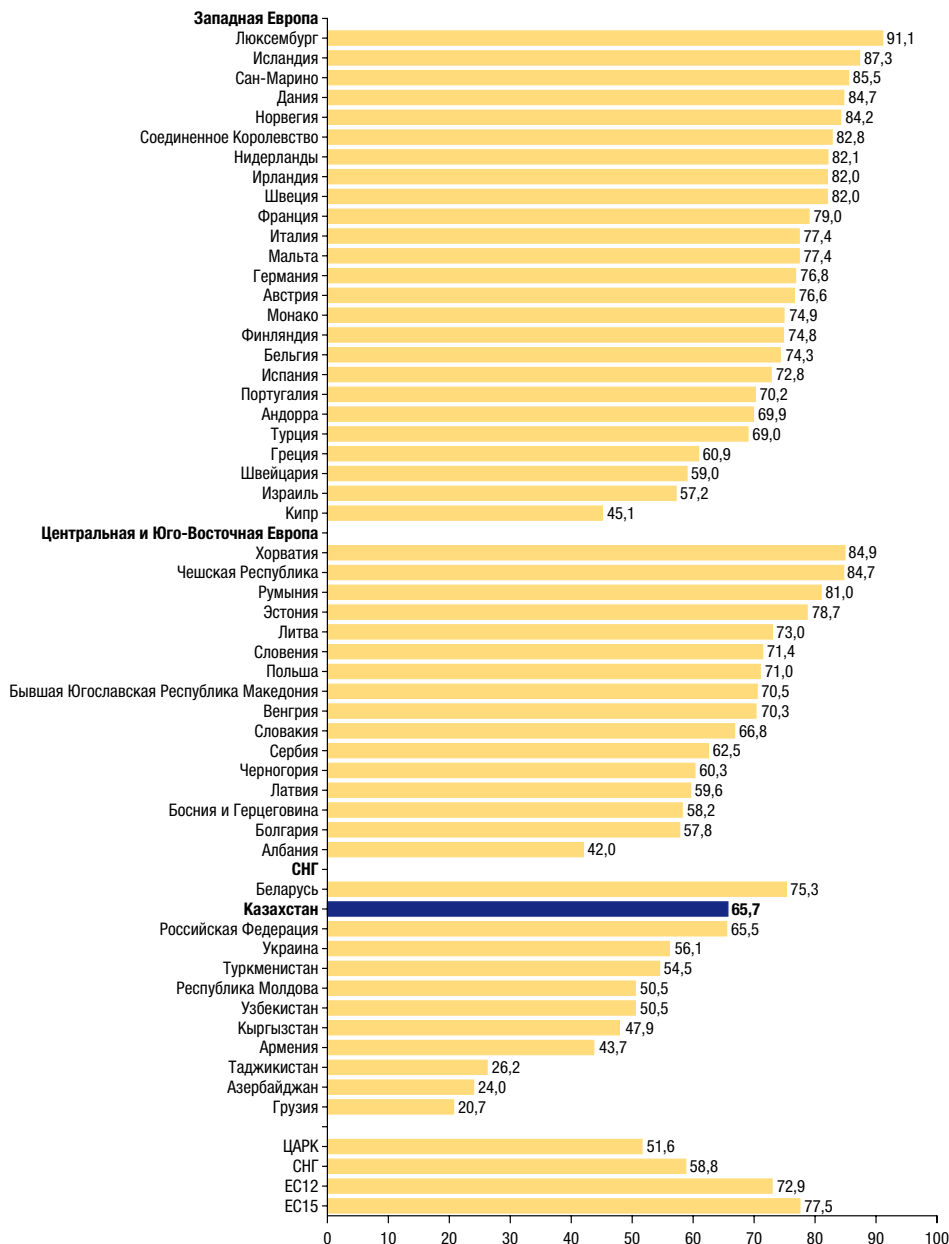
Рис. 3.3

Общие подушевые расходы на здравоохранение по ППС в долл. США в странах Европейского региона ВОЗ, по данным ВОЗ, 2008 г.



**Рис. 3.4**

Доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ, %, по данным ВОЗ, 2008 г.





Исторически области покрывают большую часть государственных расходов на здравоохранение; в 2003 году 77,2% государственных расходов на здравоохранение было профинансировано из средств областных бюджетов. Однако в 2010 году доля областных ассигнований на здравоохранение сократилась до 32,9%, в то время как расходы Республиканского бюджета составили 67,1%. Расходы ведомственных систем здравоохранения, находящихся в подчинении различных министерств или крупных государственных компаний, составили 1,7% общих государственных расходов на здравоохранение в 2008 году. Большая часть расходов покрывает нужды ГОБМП, и в 2009 году эти расходы составили 59,5% от общего государственного финансирования здравоохранения (таблица 3.2).

**Таблица 3.2**

Государственные расходы на здравоохранение, 2003–2010 гг.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Общие государственные расходы на здравоохранение (млрд тенге)	92,9	134,7	191,4	235,5	315,4	378,1	466,8	569,7
Расходы областных бюджетов (млрд тенге)	71,7	102,5	130,3	147,3	201,9	251,3	276,9	185,6
Доля областных расходов в общих государственных расходах, %	77,2	76,1	68,1	62,5	64,0	66,5	60,2	32,9
Расходы Республиканского бюджета (млрд тенге)	19,1	29,3	57,2	83,8	107,6	120,4	183,3	378,1
Доля расходов Республиканского бюджета в общих государственных расходах, %	20,6	21,8	29,9	35,6	34,1	31,8	39,8	67,1
Ведомственные системы здравоохранения (млрд тенге)	2,1	2,9	3,9	4,4	5,9	6,4	6,6	6,0
Доля расходов ведомственных систем здравоохранения в общих государственных расходах, %	2,3	2,2	2,0	1,9	1,9	1,7	1,4	1,1
Расходы на ГОБМП (млрд тенге)	64,8	90,4	118,5	134,9	195,3	226,7	273,1	354,2
Доля ГОБМП в общих государственных расходах, %	69,7	67,1	61,9	57,3	61,9	60,0	59,5	62,2

Источник: Ministry of Health of Republic of Kazakhstan, Department of Economy and Finance, из личной беседы, 2011.

Доля частных расходов граждан на здравоохранение в общих затратах на здравоохранение снизилась с 49,0% в 2000 году до 34,3% в 2008 году (таблица 3.1). Почти все частные расходы составляют личные платежи граждан, в результате чего уровень аккумулирования рисков очень низок. В 2007 году 16,7% частных расходов на здравоохранение относились к стационарной помощи, 82,7% – к амбулаторной помощи и остальные 0,16% – к помощи, оказываемой на дому. Частные расходы на амбулаторную помощь включали услуги ПМСП (14%), а также стоматологические и другие услуги – 86% (Ministry of Health, 2008).

### 3.1.1 Структура расходов на здравоохранение

Доля амбулаторной медицинской помощи в структуре общих государственных расходов на здравоохранение остается на достаточно низком уровне. Согласно данным Отчета по национальным счетам здравоохранения (НСЗ) (Ministry of Health, 2009e), доля расходов на ПМСП в 2008 году составила примерно 28,4% расходов местных бюджетов на ГОБМП или 15% общих государственных расходов на здравоохранение.

В 2008 году государственные расходы на стационарную помощь в 2,6 раза превышали расходы на амбулаторную помощь. Высокий уровень расходов на стационарную помощь объясняется следующими факторами:

- относительно высоким уровнем госпитализации, при том, что часть заболевших могли бы получить медицинскую помощь на амбулаторном уровне;
- высоким показателем средней продолжительности госпитализации;
- избыточной больничной инфраструктурой.

Соотношение финансирования стационарной и амбулаторной помощи сильно различается по областям, с 1,2 в Мангистауской области до 5,5 в Костанайской области (таблица 3.3).

**Таблица 3.3**

Подушевые расходы на стационарную и амбулаторную помощь в рамках ГОБМП, по областям, 2008 г. (в тенге)

Область	Общие расходы на ГОБМП	Стационарная помощь	Амбулаторная помощь	Соотношение расходов на стационарную и амбулаторную помощь
г. Астана	23 768	17 843	5 925	3,0
Кызылординская	19 530	13 895	5 635	2,5
Мангистауская	18 787	10 142	8 645	1,2
г. Алматы	18 705	13 827	4 878	2,8
Западно-Казахстанская	17 746	13 930	3 816	3,7
Восточно-Казахстанская	17 704	11 156	6 548	1,7
Павлодарская	17 369	11 923	5 447	2,2
Актюбинская	16 401	9 434	6 967	1,4
Акмолинская	16 294	11 159	5 134	2,2
Карагандинская	15 732	12 637	3 095	4,1
Северо-Казахстанская	14 905	9 975	4 930	2,0
Костанайская	14 348	12 148	2 201	5,5
Жамбылская	13 478	8 804	4 674	1,9
Атырауская	10 981	7 421	3 561	2,1
Алматинская	8 212	8 059	2 300	3,5
Южно-Казахстанская	7 730	5 796	1 934	3,0
<b>Республика Казахстан</b>	<b>14 529</b>	<b>10 535</b>	<b>3 995</b>	<b>2,6</b>

Неравенство в расходах на здравоохранение между областями, хотя и имеет устойчивую тенденцию к снижению, остается одной из проблем (см. раздел 7). Так, если в 2001 году разница в финансировании в расчете на одного жителя между самой богатой и самой бедной областью составляла 4,2 раза, то в 2008 году этот разрыв снизился до 2,1 (таблица 3.4).

Большая часть областных бюджетов (60%) расходуется на ГОБМП, и 40% составляют расходы, не входящие в ГОБМП (таблица 3.5). Расходы на формирование здорового образа жизни в областных бюджетах на здравоохранение крайне низки – 0,17%. Крупнейшие три статьи расходов в областных бюджетах на здравоохранение приходятся на заработную плату и социальные выплаты медицинским работникам (47%), закупку ЛС и питания (21%) и инвестиции в основной капитал (15%).

**Таблица 3.4**

Соотношение уровней финансирования из областных бюджетов к среднему уровню по стране, 2001–2008 гг.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Акмолинская	1,18	1,12	1,20	1,18	1,16	1,10	1,09	1,05
Актюбинская	0,80	0,81	0,84	0,82	0,81	0,77	0,91	0,96
Алматинская	0,47	0,51	0,52	0,62	0,60	0,67	0,66	0,64
Атырауская	1,16	1,08	1,04	1,01	0,98	0,99	0,96	0,91
Восточно-Казахстанская	0,97	1,01	1,04	1,05	1,02	1,03	1,01	1,03
Жамбылская	0,75	0,70	0,80	0,85	0,90	0,91	0,86	0,86
Западно-Казахстанская	1,14	1,22	1,16	1,18	1,09	1,09	1,09	1,02
Карагандинская	0,89	0,90	0,93	0,91	1,00	1,01	0,99	1,00
Костанайская	0,87	0,88	0,88	0,86	0,92	0,88	0,92	0,94
Кызылординская	1,16	1,25	1,31	1,30	1,24	1,26	1,26	1,21
Мангыстауская	1,96	1,76	1,57	1,39	1,28	1,22	1,10	1,06
Павлодарская	0,97	1,04	1,01	1,03	1,06	1,09	1,08	1,03
Северо-Казахстанская	0,92	0,93	0,92	1,05	1,04	1,06	1,10	1,05
Южно-Казахстанская	0,67	0,69	0,72	0,79	0,79	0,76	0,72	0,82
г. Алматы	1,12	1,13	1,06	0,98	1,00	1,03	1,00	1,05
г. Астана	0,95	0,99	1,00	0,97	1,11	1,14	1,25	1,37
<b>Соотношение (от макс. до мин. уровня)</b>	<b>4,20</b>	<b>3,45</b>	<b>3,01</b>	<b>2,23</b>	<b>2,11</b>	<b>1,89</b>	<b>1,89</b>	<b>2,13</b>
<b>Стандартное отклонение</b>	<b>0,84</b>	<b>0,65</b>	<b>0,54</b>	<b>0,36</b>	<b>0,32</b>	<b>0,27</b>	<b>0,27</b>	<b>0,32</b>

Источник: Ministry of Health of Republic of Kazakhstan, Department of Economy and Finance, из личной беседы, 2009.

В 2008 году порядка 59% средств Республиканского бюджета здравоохранения приходилось на целевые трансферты в областные бюджеты, из которых 36% – на инвестиции в основной капитал на областном уровне и 23% – на текущие издержки областных бюджетов на здравоохранение. Фактически только 41% расходов республиканского бюджета осуществлялся на национальном уровне. 10% средств Республиканского бюджета направлялись на финансирование ГОБМП, предоставляемого в государственных клиниках, и 6% на медицинское образование.

Таблица 3.5

Областные расходы на здравоохранение, 2007 г.

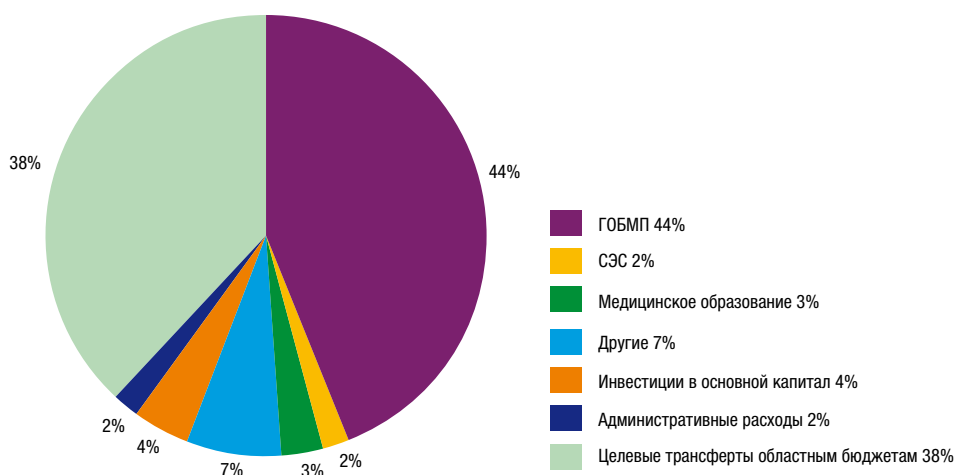
Вид расходов	Сумма (тыс тенге)	%
Расходы, не входящие в ГОБМП	135 447 020	38,97
Стационарная помощь (госзаказ)	79 230 711	22,79
Стационарная помощь («социально значимые заболевания»)	46 647 016	13,42
Производство продуктов крови	2 491 440	0,72
Формирование здорового образа жизни	579 280	0,17
ПМСП	56 402 163	16,23
Льготные ЛС		3,22
Скорая медицинская помощь	10 093 074	2,90
Чрезвычайные ситуации	556 201	0,16
Транспортировка больных	9 502	0,00
ВИЧ/СПИД	1 354 426	0,39
Судебная экспертиза	402 689	0,12
Диабетические препараты	3 178 905	0,91
<b>ИТОГО</b>	<b>347 581 151</b>	<b>100,00</b>

Источник: Ministry of Health of Republic of Kazakhstan, Department of Economy and Finance, из личной беседы, 2008.

С введением ЕНСЗ и консолидацией бюджета стационарной помощи на национальном уровне структура государственных расходов на здравоохранение изменилась. К 2010 году финансирование ГОБМП из средств Республиканского бюджета здравоохранения увеличилось до 44% (рис. 3.5).

Рис. 3.5

Расходы Республиканского бюджета на здравоохранение, 2010 г.



Источник: Ministry of Finance, 2011.

### 3.2 Охват населения и право на медицинское обслуживание

В советской модели здравоохранения медицинская помощь в принципе была бесплатной и общедоступной. После обретения страной независимости и катастрофического сокращения бюджетного финансирования здравоохранения, объем медицинских услуг, предоставляемых на бесплатной основе, сократился, в то время как резко возросли личные платежи граждан, как официальные, так и неофициальные.

В то же время, так же, как и в других странах региона, введение пакета гарантированных государством бесплатных услуг оказалось непростым процессом (Khodjamurodov & Rechel, 2010; Rechel & Khodjamurodov, 2010; Rechel et al., 2011a). Модель страховой медицины, действовавшей в стране в период с 1996 по 1998 год, создала у населения определенные ожидания. При этой системе были введены две программы бесплатной медицинской помощи:

- Программа гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП);
- Базовая программа бесплатной медицинской помощи.

Бесплатная медицинская помощь в рамках ГОБМП предоставлялась всем гражданам страны за счет государственных средств. В эту программу входили такие услуги, как скорая медицинская помощь при неотложных состояниях, услуги по переливанию крови, услуги специализированных республиканских больниц и научно-исследовательских институтов (например, онкологического и психиатрического профиля), услуги, оказываемые отдельным группам населения (инвалидам, ветеранам войны, престарелым и детям), и помощь при инфекционных болезнях (например, туберкулезе). Программа также включала услуги общественного здравоохранения, как, например, иммунизацию населения и деятельность служб санитарно-эпидемиологического надзора.

При системе обязательного медицинского страхования, действовавшего в стране с 1996 по 1998 год вторая программа – базовая программа бесплатной медицинской помощи – обеспечивала предоставление медицинских услуг только для застрахованных лиц, хотя теоретически медицинское страхование было обязательным для всего населения. Базовая программа включала амбулаторную и большую часть стационарной помощи. В целом, четкого разграничения между двумя программами не было, что приводило к путанице и возникновению ложных стимулов для медицинских организаций.

После отмены обязательного медицинского страхования в 1998 году, в 2000 году был утвержден перечень медицинских услуг, оказываемых населению в государственных организациях бесплатно. Одной из целей Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы было введение ГОБМП. Данная программа формировалась на основе следующих принципов: соответствие финансовым возможностям государства, социальная справедливость и доступность медицинской помощи, и разделение ответственности государства, работодателя и самих граждан за сохранение и укрепления здоровья (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2004). В Приказе Министра здравоохранения РК от 17.11.2004 № 815 определены правила оказания медицинской помощи и установлены объемы бесплатных услуг в рамках стационарной помощи. Постановлением Правительства РК от 28.09.2007 № 853 был утвержден ГОБМП на 2008–2009 годы, а следующий ГОБМП на 2010–2011 годы был утвержден Постановлением Правительства РК от 15.12.2009.

ГОБМП включает медицинские услуги, которые периодически пересматриваются и утверждаются соответствующими нормативными правовыми актами, и оплачиваются из средств республиканского бюджета. Пакет услуг ГОБМП включает услуги скорой медицинской, амбулаторной и стационарной помощи; его пересмотр предусматривается каждые два года. Оплата пациентами услуг, входящих в ГОБМП, является незаконной, платными могут быть только те услуги, которые не включены в ГОБМП. Медицинские услуги, не входящие в ГОБМП, граждане оплачивают либо из личных средств, либо за счет ДМС, либо за счет средств работодателя или из других источников. Также введен новый перечень ЛС для амбулаторных больных. Дети, подростки и женщины репродуктивного возраста имеют право на получение бесплатных ЛС при амбулаторном лечении.

ЛС по-прежнему представляют собой главный вид льгот, требующих софинансирования со стороны пациентов. При стационарном лечении ЛС приобретаются за счет медицинской организации (хотя на практике многие больницы не могли себе этого позволить), в то время как при амбулаторном лечении больные (за исключением социально уязвимых групп населения и больных, страдающих отдельными заболеваниями – такими как рак) должны покупать ЛС за свой счет. Это обстоятельство является одной из главных причин стремления граждан к госпитализации. Объем лекарственного обеспечения также сильно различается по областям.

### 3.3 Источники финансирования и финансовые потоки

Средства на здравоохранение поступают из двух основных источников: государственного бюджета (национального и областного уровня) и личных платежей граждан (официальные платные услуги и неофициальная оплата) (см. рис. 3.6). ДМС и международная финансовая помощь являются дополнительными, менее значительными, источниками поступлений. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» (President of Kazakhstan, 2010) предусматривает введение официального софинансирования со стороны граждан, введение обязательного медицинского страхования для иностранных граждан и продвижение ДМС.

#### 3.3.1 Бюджетные источники

В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2004) отмечено, что структурные преобразования в системе здравоохранения, в том числе изменения в системе финансирования, не всегда носили последовательный характер. После провозглашения страной независимости в 1991 году в стране было несколько этапов реорганизации системы финансирования здравоохранения, включая короткий неудачный опыт с введением ОМС.

После советского периода в 1990-х годах в Казахстане продолжала функционировать система здравоохранения, финансируемая полностью из средств государственного бюджета за исключением личных платежей пациентов, в основном, неформальных, как и в большинстве стран этого региона (Rechel and McKee 2009; Rechel, Ahmedov et al. 2011). Финансовый кризис 1990-х годов побудил к поиску дополнительных источников финансирования. После принятия закона об обязательном медицинском страховании в 1996 году был учрежден Фонд ОМС, и для всего населения страны (за исключением военнослужащих, у которых были ведомственные системы здравоохранения) была создана единая национальная система медицинского страхования. Работодатели отчисляли 3% от фонда заработной платы (фактически, налог на фонд заработной платы), областные органы исполнительной власти должны были оплачивать взносы на ОМС за социально уязвимые группы населения (включая детей, студентов, безработных и пенсионеров), а самозанятое население должно было оплачивать свои взносы самостоятельно. Управление системой ОМС проводилось через Алматинское городское отделение ФОМС и 14 областных филиалов (Kulzhanov & Healy 1999).





В период с 1996 по 1998 год по ОМС системе здравоохранения было обеспечено 24,5 млрд тенге дополнительного финансирования. Однако в 1998 году система ОМС была отменена в силу ряда причин. Во-первых, ФОМС испытывал сильнейший дефицит средств и в 1998 году оказался не в состоянии выполнить некоторые из своих договорных обязательств. В 1996 году ФОМС внес лишь 15% в общие расходы на здравоохранение страны вместо планируемых 25%, а в 1998 году эта доля составила около 40%, хотя в последнем случае половина этой суммы поступала от государства, которое оплачивало взносы на неработающее население. Дефицит средств объяснялся несколькими причинами. Многие предприятия имели большие долги и были не в состоянии выплатить налог с фонда заработной платы. Кроме того, примерно четверть населения не была охвачена системой ОМС (в том числе самозанятое население и фермеры), и многие не платили взносы на ОМС. Но главная причина состояла в том, что области не выплачивали взносы на неработающее население. В результате к концу 1998 года долг областных органов исполнительной власти перед ФОМС составил 27 млрд тенге. ФОМС оказался не в состоянии выполнить свои договорные обязательства и задолжал медицинским организациям в общей сложности 8 млрд тенге. В 1998 году страна была затронута финансовым кризисом в России, и международные финансовые организации (Международный валютный фонд и Всемирный банк) рекомендовали Казахстану закрыть все внебюджетные фонды, включая ФОМС, и перейти к системе целевого бюджетного финансирования здравоохранения. Наконец доверие к ФОМС было подорвано в связи с обвинениями в коррупции и незаконном присвоении средств (Kulzhanov & Nealy, 1999). В 1999 году Казахстан вновь вернулся к системе бюджетного финансирования здравоохранения, в то время как внебюджетные фонды, такие, как ФОМС, прекратили свое существование. Но хотя это и смягчило имевшиеся на тот момент экономические трудности, такие проблемы, присущие старой системе, как неэффективность и жесткое постатейное финансирование, вернулись.

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы предусматривала введение новой политики финансирования здравоохранения, направленной на эффективное использование средств, улучшение взаимодействия между различными звеньями помощи, реинвестирование сэкономленных средств и региональное выравнивание. В стране введена национальная система мониторинга качества и эффективного использования ресурсов, наряду с системой финансовых стимулов и наказаний.

В области финансирования приоритет был отдан следующим программам:

- ПМСП;
- строительство и реконструкция организаций ПМСП и организаций по охране здоровья матери и ребенка;
- закупка медицинского оборудования и средств транспорта для ПМСП, служб родовспоможения и скорой помощи в соответствии с утвержденными минимальными стандартами;
- медицинская помощь пациентам, направленным на стационарное лечение врачами ПМСП;
- медицинская помощь пациентам, страдающим «социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих»;
- лекарственное обеспечение отдельных групп населения и пациентов;
- обеспечение медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.

### 3.3.2 Личные платежи граждан

В настоящее время больницы и другие организации здравоохранения имеют право официально взимать оплату за услуги, не входящие в ГОБМП. Оплата товаров и услуг, предоставляемых в государственных учреждениях здравоохранения, была легализована в 1995 году. Областные органы исполнительной власти имеют право определять размеры этих платежей, и многие из них составили прейскуранты на услуги, не входящие в ГОБМП. Такие прейскуранты предусматривают полную оплату услуг, не входящих в перечень жизненно важных, как, например, услуги косметической хирургии и некоторые стоматологические услуги. Однако многие медицинские организации нуждались в ведении платных услуг только потому, что заработанные средства были необходимы для закупки товаров и услуг, которых им не хватало вследствие бюджетного дефицита. Пациенты часто оплачивали питание и ЛС в больницах, хотя официально они должны были получать эти услуги бесплатно. Пациентам часто давали списки ЛС и медицинских материалов, которые они должны были иметь при себе при госпитализации. Пациенты обычно платили за ЛС, вспомогательные медицинские аппараты и зубные протезы при амбулаторно-поликлиническом обслуживании.

Неформальные или «незаконные» платежи долгое время были характерной чертой систем здравоохранения стран Восточной Европы и бывшего Советского Союза. Оценить масштаб этих платежей по определению трудно. Министерство здравоохранения РК признает наличие и высокий уровень неформальных платежей в стране. К основным причинам данной ситуации относятся: низкая заработная плата медицинских работников, недостаточное финансирование ГОБМП, плохой мониторинг реализации ГОБМП, а также отсутствие четкого разграничения услуг, входящих в ГОБМП, и тех, которые пациенты должны оплачивать из личных средств (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2004).

Неформальные платежи в большей степени сказываются на беднейших слоях населения, которые из-за этого могут отказаться от лечения вообще или перейти на самолечение. Кроме того, это приводит к неэффективности оказания медицинских услуг, так как пациенты вынуждены покупать ЛС не по оптовым, а розничным ценам (Ensor & Savelyeva, 1998). Проведенные в 2001 и 2002 годах исследования бюджетов домохозяйств показали, что представители малоимущих слоев населения реже пользуются медицинскими услугами, меньше тратят денег на здравоохранение, чем более обеспеченные, и в большей степени полагаются на самолечение (World Bank, 2004). Исследование 2001 года показало, что 35% респондентов, сообщивших о том, что в году, предшествующему опросу, они болели, не обращались за медицинской помощью из-за невозможности ее оплатить (Balabanova et al., 2004). Более поздняя информация о неформальных платежах отсутствует.

Тем не менее, данные о расходах на медицинские услуги в частном здравоохранении дают некоторое представление об уровне личных платежей граждан. В таблице 3.6 приведены данные, полученные в результате опроса домохозяйств. Опрос выявил, что уровень расходов населения на оказание платных услуг существенно варьируется по областям: самый высокий уровень частных расходов отмечен в городах и промышленно развитых регионах. Вместе с тем, 70% респондентов указало, что им не были выданы квитанции о приеме средств. Несмотря на сокращающуюся долю частных расходов в процентном отношении от общих расходов на здравоохранение, в абсолютном выражении расходы домохозяйств на здравоохранение продолжают расти (рис. 3.7).

**Таблица 3.6**

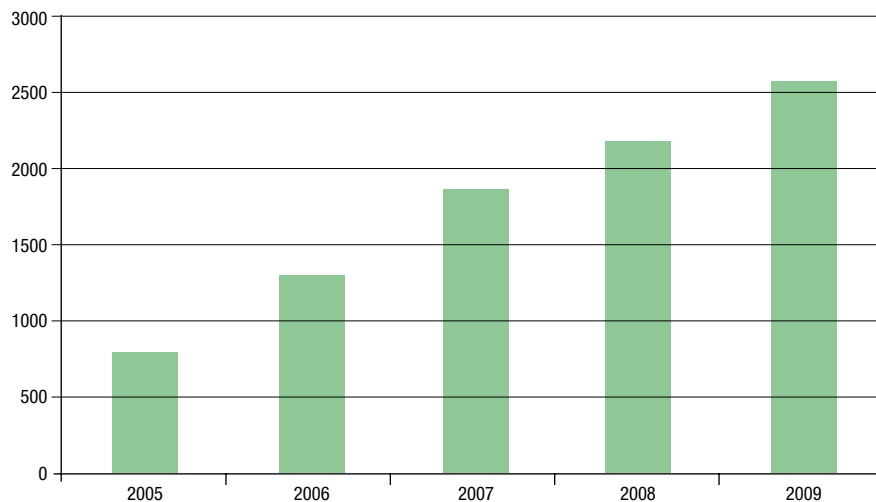
Расходы населения на платное медицинское обслуживание, 2010 г., в расчете на душу населения (в тенге)

Акмолинская	1 929
Актюбинская	3 957
Алматинская	2 500
Атырауская	2 261
Восточно-Казахстанская	2 450
Жамбылская	1 924
Западно-Казахстанская	2 254
Карагандинская	3 720
Костанайская	3 179
Кызылординская	2 295
Мангыстауская	6 619
Павлодарская	3 575
Северо-Казахстанская	2 048
Южно-Казахстанская	1 657
г. Алматы	6 185
г. Астана	10 424
<b>Республика Казахстан</b>	<b>3 154</b>

Источник: Agency of Statistics, 2011.

**Рис.3.7**

Расходы домохозяйств на здравоохранение в расчете на душу населения, 2005–2009 гг. (в тенге)



Источник: Agency of Statistics, 2010.

### 3.3.3 Добровольное медицинское страхование

Правительство РК продвигает введение ДМС как способа расширения источников финансирования здравоохранения, включающего вклад как граждан, так и работодателей. Правительство РК также поддерживает заключение контрактов между предприятиями и медицинскими организациями на проведение профилактических осмотров работников. ДМС в Казахстане в настоящий момент охватывает работников крупных промышленных предприятий, финансово-банковский сектор, секторы газо- и нефтедобывающей промышленности. В 2009 году примерно 1,2% населения было охвачено ДМС. Страховые компании предлагают от 3 до 14 «стандартных» страховых пакетов, куда не входят страховые услуги, предлагаемые компаниям по индивидуальным запросам.

Размер минимального страхового взноса составляет 70 долл. США (со страховым покрытием до 900 долл. США); размер максимального страхового взноса составляет 2000 долл. США (со страховым покрытием в 30 000 долл. США) (Lievens et al. 2010).

В 2007 году затраты страховых компаний на страхование здоровья прикрепленного населения в 2007 году составляли 0,9% общих расходов на здравоохранение. При этом 66,8% средств было израсходовано на стационарную помощь и 33,2% – на амбулаторную помощь. В отношении расходов на стационарные услуги 79,2% оплаченных больничных услуг составляли услуги стационаров, оказывающих квалифицированную медицинскую помощь (согласно классификации медицинских услуг Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»), и 20,2% – высокотехнологичную. В то же время в общем объеме оплаченных амбулаторно-поликлинических услуг 83,3% составляла ПМСП, 15,6% – стоматологическая, 2,1% – консультативно-диагностическая и 0,1% – медицинская помощь на дому (Ministry of Health, 2008).

Следуя вышеуказанному, Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» предусматривает введение обязательного медицинского страхования для иностранных граждан и дальнейшее развитие ДМС на обеспечение услуг, не включенных в ГОБМП.

### 3.3.4 Внешние источники финансирования

Сотрудничество с другими странами и международными организациями является одной из ключевых стратегий развития отрасли здравоохранения Казахстана. К 2009 году Казахстан подписал соглашения о международном сотрудничестве более чем с 50 странами и международными организациями, включая ВОЗ, Агентство США по международному развитию (USAID), ЮНИСЕФ и Всемирный банк.

В 2009 году поступления из внешних источников составили 0,2% общих расходов на здравоохранение (Gotsadze & Ensor, 2010). Одними из главных международных организаций являются Всемирный банк, ВОЗ, ЮНИСЕФ, Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), ЮНФПА, Азиатский банк развития, ЕС, ГФБСТМ, Международный Красный Крест, Агентство США по международному развитию (USAID) и др. В число проектов, поддерживаемых донорскими организациями, входят пилотные проекты по развитию ПМСП, проекты по реформированию финансирования здравоохранения и развитию методов оплаты медицинских организаций. Приоритетными программами оставались программы по планированию семьи, безопасному материнству, контролю туберкулеза, ВИЧ, программы по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, а также программы по обеспечению лекарств и медицинских материалов.

## 3.4 Консолидация финансовых средств

После распада Советского Союза модель объединения финансовых ресурсов здравоохранения в Казахстане менялась несколько раз; частично эти изменения объяснялись меняющимися подходами к вопросам децентрализации и централизации в целом, а также изменениями уровней, на которых проходило объединение ресурсов. К 2010 году Казахстан прошел три этапа консолидации ресурсов здравоохранения. На первом этапе между 1995 и 1999 годом, в связи с введением системы ОМС, существовала вертикально фрагментированная система объединения ресурсов. В январе 1996 года в Казахстане было введено обязательное медицинское страхование с созданием Фонда ОМС (ФОМС). Министерство здравоохранения РК продолжало заниматься объединением финансовых средств и закупками медицинских услуг за счет бюджета, а ФОМС приступил к объединению финансовых ресурсов и закупкам медицинских услуг за счет средств, поступающих от налогов

в фонд заработной платы. Программы, проводимые Министерством здравоохранения РК и ФОМС, были независимы друг от друга, охватывали разные группы населения и предусматривали различные пакеты услуг. Из-за различий в схемах объединения финансовых средств и в пакетах услуг для различных групп населения возникало неравенство в медицинском обслуживании. С упразднением ОМС в декабре 1998 года объединение финансовых средств здравоохранения улучшилось на некоторое время, поскольку государственный бюджет стал единственным источником финансирования здравоохранения, а консолидация ресурсов здравоохранения стала осуществляться на уровне области.

На втором этапе между 1994 и 2004 годом произошла горизонтальная фрагментация консолидации ресурсов из-за децентрализации финансирования и перехода полномочий к районным органам исполнительной власти. Такая децентрализация способствовала межрегиональному неравенству, поскольку районы являются небольшими административно-географическими единицами, что не позволяет объединение достаточного объема ресурсов. Кроме того, возможности финансирования в разных районах сильно различаются. Это неравенство усугубляется тем, что двигателем экономического роста Казахстана является нефтегазовый и другие добывающие сектора экономики. Консолидация средств на районном уровне значительно снижала возможности проведения в Казахстане реструктуризации системы здравоохранения и не способствовала введению реформы закупок медицинских услуг и повышению эффективности системы здравоохранения.

На третьем этапе, который начался в 2005 году, консолидация ресурсов здравоохранения происходит на уровне области. Эта схема базировалась на Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы и прочной нормативно-правовой базе, предусматривавшей объединение бюджетных средств на областном уровне. Такая схема способствовала сокращению территориального неравенства как в пределах области, так и между областями (таблица 3.4). Начиная с 2005 года в соответствии с Бюджетным Кодексом Республики Казахстан бюджеты всех областей страны консолидируются на областном уровне, а ОУЗ выступают в качестве единых плательщиков на подведомственных территориях. Областные департаменты здравоохранения занимаются планированием бюджета, заключением договоров с медицинскими организациями, сбором счетов и финансированием медицинских организаций, используя различные методы оплаты. Бюджет здравоохранения области

формируется за счет общего налогообложения и целевых трансфертов из республиканского бюджета, которые, как правило, предназначаются для реализации приоритетных национальных программ в области развития здравоохранения. Введение в 2005 году системы единого плательщика на уровне области способствовало совершенствованию управленческого потенциала в областях и развитию информационных систем здравоохранения.

Но, несмотря на то, что у системы консолидации средств на областном уровне есть много сторонников, есть и противники. Аргументы последних состоят в том, что без увеличения штата и наращивания необходимых мощностей на областном уровне ОУЗ трудно организовать эффективную систему аккумуляции ресурсов и закупки услуг. Эти проблемы решаются посредством проводимых в настоящий момент реформ. Другой проблемой является негативное отношение к консолидации средств на областном уровне со стороны некоторых акимов районов и парламентариев.

Консолидация ресурсов и создание системы единого плательщика на областном уровне позволили создать хорошие условия для улучшения эффективности, справедливости и доступности медицинских услуг. Несмотря на положительные результаты, в 2010 году начался процесс дальнейшей консолидации ресурсов здравоохранения на национальном уровне, обозначив четвертый этап консолидации ресурсов. В качестве первого шага данного этапа было предпринято объединение бюджетов стационарных медицинских организаций на национальном уровне. На следующем этапе предусматривается консолидация на национальном уровне ресурсов здравоохранения, финансирующих оставшуюся часть услуг в рамках ГОБМП, включая услуги ПМСП, но при этом исключая «социально значимые заболевания».

Министерство здравоохранения РК надеется, что консолидация всего бюджета здравоохранения на национальном уровне создаст лучшие условия для регионального выравнивания затрат на здравоохранение в расчете на душу населения, будет стимулировать обслуживание населения за пределами областей и улучшит прозрачность и регулирование сектора здравоохранения. В то же время некоторые аналитики высказывают опасения, что столь высокий уровень консолидации средств не подходит Казахстану ввиду исключительно обширной территории и больших географических и социально-демографических различий между регионами.



В рамках Проекта Всемирного банка по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения РК на 2009–2013 годы предусмотрена дальнейшая консолидация ресурсов здравоохранения посредством проведения следующих мер:

- создание и совершенствование формулы географического перераспределения ресурсов с поправками на различные факторы рисков;
- переход к модели формирования бюджета программ здравоохранения по результатам;
- проведение работы с целевой аудиторией политиков, областных акимов, общественности по разъяснению преимуществ консолидации бюджетов здравоохранения на областном и национальном уровне.

### **3.5 Закупка медицинских услуг и взаимоотношения между покупателями и поставщиками**

Начиная с 2005 года ресурсы здравоохранения консолидировались на областном уровне, что усилило роль ОУЗ как единых плательщиков медицинских услуг от лица населения соответствующих подведомственных территорий. ОУЗ заключают договоры с поставщиками медицинских услуг в своих областях и обеспечивают необходимый уровень финансирования здравоохранения области.

Начиная с 2010 года поставщики медицинских услуг получили больше самостоятельности в использовании внутренних ресурсов в связи с изменением своей организационно–правовой формы государственных организаций на государственные предприятия (см. раздел 2). Такая организационно-правовая форма дает организациям больше свободы и гибкости в распоряжении ресурсами, включая управление кадрами и определение уровня заработной платы персонала. Ожидается, что новая система позволит улучшить управление организаций, повысив их экономическую эффективность.

Развитие системы финансирования здравоохранения являлось одной из ключевых задач Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы. Проект Всемирного банка по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения РК на 2009–2013 годы нацелен на дальнейшее развитие системы финансирования здравоохранения с упором

на развитие потенциала страны в формировании и проведении политики здравоохранения, обеспечивающей эффективное и справедливое использование ресурсов и улучшение финансовой защищенности пациентов посредством проведения комплексных реформ финансирования здравоохранения и его управления. Проект нацелен на укрепление функций финансирования медицинских услуг на национальном уровне и включает:

- пересмотр и реформирование государственного регулирования для улучшения операционных процессов и делового климата в отношении частных поставщиков медицинских услуг;
- регулярный пересмотр ГОБМП;
- введение оплаты услуг медицинских организаций по результатам по всем бюджетным программам здравоохранения, проводимых Министерством здравоохранения РК и внесение необходимых изменений в нормативно-правовую базу;
- пересмотр и проведение реформ в области управления здравоохранением (включая назначение менеджеров медицинских организаций).

На областном уровне функции ОУЗ как покупателей медицинских услуг будут усилены посредством образовательных программ, предназначенных для ОУЗ, ОУФ и других участников областных систем здравоохранения.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» предусматривает дальнейшие реформы финансирования системы здравоохранения, включая:

- ведение системы четкой классификации расходов в системе здравоохранения по их типу и цели;
- введение системы учета расходов здравоохранения, независимо от источника финансирования, получателя или цели, на всех уровнях системы здравоохранения;
- разработку механизмов перераспределения финансовых потоков в сторону сокращения расходов на стационарную помощь и увеличения расходов на службу ПМСП и меры по профилактике заболеваний;

В целом, предполагается, что совершенствование финансирования будет реализовываться по следующим направлениям:

- развитие государственно-частного партнерства с целью инвестирования в основной капитал и создание стимулов для привлечения иностранных инвесторов в сектор здравоохранения;
- внедрение системы обеспечения основных средств (медицинского оборудования) через государственное финансирование и использования лизинговых схем поставок медицинской техники частным поставщикам медицинских услуг, участвующих в обеспечении услуг ГОБМП;

## 3.6 Механизмы оплаты

### 3.6.1 Оплата медицинских услуг

До 1996 года все медицинские организации финансировались по статьям бюджета. Первые реформы финансирования здравоохранения были введены в 1996 году с учреждением ФОМС, который ввел новые методы финансирования поставщиков медицинских услуг. Новые информационные системы финансирования, созданные в поддержку функций ФОМС, играли важную роль в этом процессе. С закрытием ФОМС в 1999 году новые системы оплаты поставщикам медицинских услуг как, например, оплата стационарной помощи по клинико-затратным группам (КЗГ) и подушевое финансирование ПМСП, продолжали работать. Однако ввиду низкого уровня аккумулирования средств государственного бюджета в 1999–2004 годах (аккумулирование средств на уровне района), ограниченной самостоятельности поставщиков медицинских услуг и жестких ограничений казначейской системы новые методы оплаты поставщикам медицинских услуг не использовались в полной мере. С 2010 года с введением ЕНСЗ ситуация улучшилась: самостоятельность поставщиков медицинских услуг повысилась, а правила системы казначейства несколько смягчились. В рамках Проекта Всемирного банка по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения РК на 2009–2013 годы планируется переход от финансирования медицинских организаций по ресурсам (например, по количеству коек и персонала) к финансированию по результатам.

До 2010 года основным документом, регулирующим методы и процедуры оплаты поставщикам медицинских услуг, было Постановление Правительства РК от 06.10.2006 № 965 «Об утверждении Правил возмещения затрат медицинских организаций за счет бюджетных средств и оказания платных услуг в организациях здравоохранения и порядка использования средств от платных услуг, осуществляемых государственными организациями здравоохранения». Методы оплаты включали подушевое финансирование услуг ПМСП, амбулаторно-поликлинический тарификатор для специализированных амбулаторных организаций и КЗГ для стационаров.

Однако эти методы оплаты не привели к видимым улучшениям результатов деятельности медицинских организаций. Для этого было несколько причин. Во-первых, между методами бюджетного планирования и стимулами, привносимыми новыми методами оплаты медицинских услуг, существовал конфликт. Система планирования бюджета строилась на традиционных нормативных подходах, стимулирующих наращивание мощностей, в то время как новые методы оплаты медицинских услуг способствуют оказанию помощи, ориентированной на результат, с большей экономической эффективностью и оптимизацией избыточных затрат и мощностей. Во-вторых, из-за жестких правил и процедур системы казначейства администраторы программ здравоохранения не могли перераспределять финансовые потоки между поставщиками медицинских услуг по результатам деятельности (Yermekbayev, 2007). В-третьих, жесткая система контроля за исполнением линейных статей бюджета и низкий уровень самостоятельности поставщиков медицинских услуг в использовании своих ресурсов ограничивали поставщиков в перераспределении своих внутренних ресурсов для наилучшего удовлетворения потребностей пациентов и более эффективного управления ресурсами. И наконец, заработная плата медицинских работников не была привязана к новым методам финансирования, поскольку результаты труда работников здравоохранения не учитывались.

В рамках процесса создания консолидированного национального бюджета здравоохранения Постановление Правительства РК № 965 было заменено Постановлением Правительства РК от 07.12.2009 № 2030, устанавливающим правила возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств. Начиная с 2010 года медицинские организации получают финансирование одной суммой по результату деятельности и имеют право самостоятельно распоряжаться этими средствами, а также перераспределять их по статьям расходов.

Статья 24 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» предусматривает возмещение затрат с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи. Постановление Правительства РК от 28.09.2007 № 853 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на 2008–2009 годы» определяет виды, объем и условия предоставления медицинских услуг, входящих в ГОБМП. Постановление Правительства РК от 23.12.2008 № 1213 «О стратегическом плане развития Министерства здравоохранения РК на 2009–2011 годы» предполагает поэтапное введение системы единого плательщика за услуги, включенные в ГОБМП. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» предусматривает введение улучшенной системы подушевого финансирования и модели частичного фондодержания для ПМСП, улучшение амбулаторно-поликлинического тарификатора с развитием механизмов софинансирования.

### 3.6.2 Финансирование больниц

В советское время финансирование больниц производилось соответствующими органами административного управления (республиканскими, областными и районными) на основании расходов прошлых лет (по бюджетным категориям, число которых доходило до 18), но основными категориями были численность медицинского персонала и размер коечного фонда. При такой системе финансирования заинтересованности в эффективном использовании ресурсов не было, поскольку перераспределение средств между статьями расходов было невозможным, а сэкономленные средства нельзя было оставить в распоряжении медицинской организации. Такая модель финансирования стимулировала максимальное увеличение числа госпитализаций и увеличение продолжительности пребывания больных в стационаре; при этом результаты и качество лечения в расчет не принимались.

В период между 1996 и 1998 годами между ФОМС и руководством больниц заключались договоры на финансирование по следующей системе: для больниц на основании количества пролеченных пациентов, для амбулаторных организаций – на основании числа амбулаторных посещений. Устанавливались цены на отдельные процедуры, что требовало оценки удельных затрат. Эти механизмы оплаты только начинали вводиться, причем в рамках этой схемы допускались довольно значительные различия. Реализации данных механизмов помешало отсутствие информации о размере удельных затрат (Kulzhanov & Healy, 1999).

Система финансирования стационаров на основе оплаты за пролеченный случай началась в 2000 году (Постановление Правительства РК № 806). Эта система оплаты была разработана в рамках ФОМС и постепенно развивалась, отражая изменения в клинической практике, структуре заболеваемости и медицинских услугах, предоставляемых на разных уровнях оказания помощи.

В 2010 году система оплаты за пролеченный случай была заменена на оплату по фактическим затратам (Постановление Правительства РК № 2020). Фактические затраты каждого пролеченного случая определялись как сумма медицинских и немедицинских затрат на отдельный пролеченный случай. Медицинские затраты включали заработную плату, дополнительные выплаты, социальные начисления и налоги работников здравоохранения, обеспечение ЛС и расходными материалами, а также питание. Немедицинские затраты включали оплату коммунальных услуг и другие затраты, как, например, аренду, отопление, водоснабжение, банковские сборы, коммуникации, капитальный ремонт, затраты на постельное белье, командировочные расходы, обучение персонала. Однако в октябре 2011 года Правительство РК одобрило возвращение к системе финансирования стационарной помощи по КЗГ (Постановление Правительства РК от 03.10.2011 № 1131).

### **3.6.3 Финансирование амбулаторных организаций**

В 1990-х годах с введением оплаты за большинство диагностических услуг, а также в силу того, что пациенты при амбулаторном лечении должны были покупать лекарства за свой счет, потребление амбулаторных услуг значительно сократилось. В настоящее время финансирование поставщиков услуг ПМСП производится по подушевому нормативу, а поставщиков специализированных амбулаторно-поликлинических услуг – по амбулаторно-поликлиническому тарификатору.

Подушевое финансирование ПМСП постепенно эволюционировало и сейчас производится с учетом половозрастной структуры населения и географического региона. Как следующий шаг, разработка и внедрение дополнительного к базовой подушевой ставке финансирования компонента, учитывающего результаты труда работника ПМСП, были включены в Государственную программу развития и реформирования здравоохранения на 2005–2010 годы и план ее реализации. Такая система стимулирующих выплат по результатам одобрена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2006.

Модель частичного фондодержания была изначально разработана и внедрена в Жезказганской области в 1990-х годах. Эта модель стимулирует расширение услуг в секторе ПМСП за счет включения в подушевой норматив ПМСП затрат на оказание услуг узких амбулаторно-поликлинических специалистов (при модели частичного фондодержания) или стационарных услуг (полное фондодержание). При такой модели организации ПМСП оплачивают услуги специализированных амбулаторных и стационарных услуг при направлении своих пациентов. В настоящее время планируется внедрение системы частичного фондодержания для организаций ПМСП.

С 2011 года в Казахстане начато повсеместное внедрение новой системы подушевого финансирования (так называемый двухкомпонентный подушевой норматив), которая включает дополнительный к базовой подушевой ставке финансирования компонент, учитывающий результаты труда работника ПМСП. Система индикаторов для оценки результатов труда и механизмы оплаты утверждены приказом Министра здравоохранения РК № 622 от 16 февраля 2011 г.

### **3.6.4 Оплата труда медицинских работников**

Работники государственных медицинских организаций получают заработную плату в соответствии с государственной тарифной сеткой, разработанной Министерством труда и социальной защиты населения РК. В ряде областей страны проводятся пилотные проекты по введению новой оплаты труда, в соответствии с которыми заработная плата работников здравоохранения складывается из трех компонентов: гарантированной базовой заработной платы, премии, выплачиваемой конкретному работнику за количество наблюдаемых им пациентов, и премии за определенные выполненные работником процедуры. В ходе проведения пилотных проектов в ряде регионов, включая Семипалатинскую и Жезказганскую области, было опробовано несколько различных механизмов оплаты труда врачей. В 2007 году была введена дифференцированная оплата труда работников здравоохранения, при которой учитывались уровень квалификации специалиста и степень испытываемой психоэмоциональной нагрузки.

Политическое руководство здравоохранением РК хорошо понимает необходимость улучшения системы оплаты труда работников здравоохранения, создания стимулов, решения проблемы удержания и увеличения кадровых ресурсов в секторе здравоохранения. Проект Всемирного

банка по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения и Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» определяют эти вопросы как приоритеты; при этом, программа развития здравоохранения предусматривает улучшение механизмов дифференцированной оплаты труда работников здравоохранения, включая развитие системы оплаты по результатам.



## 4. Материальные и кадровые ресурсы

Так же, как и другие страны бывшего Советского Союза, Казахстан унаследовал от советского периода непропорционально развитую инфраструктуру стационарной помощи. С тех пор количество стационаров и стационарных коек значительно сократилось. Одновременно началось обновление инфраструктуры всей системы здравоохранения. Тем не менее, уровень обеспеченности населения стационарными койками все еще превышает уровень стран ЕС15 и сильно варьирует по областям. Также за последние годы наблюдается снижение показателя средней продолжительности пребывания в стационаре.

Перед страной стоит ряд кадровых проблем, включая проблемы фактической численности кадров, структуры специальностей и распределения медицинского персонала по стране. Сельские и отдаленные регионы продолжают испытывать недостаток медицинского персонала, в то время как укомплектованность кадров в крупных городах значительно выше. Также наблюдается тенденция к большему использованию услуг узких специалистов в ущерб ПМСП. Особенно остро кадровый вопрос стоит в отношении таких специальностей, как менеджеры и экономисты здравоохранения, с учетом того, что организации здравоохранения получили больше самостоятельности в управлении своими ресурсами. Министерство здравоохранения РК приступило к решению данных вопросов, и планирует развитие системы управления кадровыми ресурсами. Начались реформы системы медицинского образования, нацеленные на приближение медицинского образования к международным стандартам. Низкий уровень заработной платы медицинских работников, особенно у медицинских сестер, остается одной из проблем.

### 4.1 Материальные ресурсы

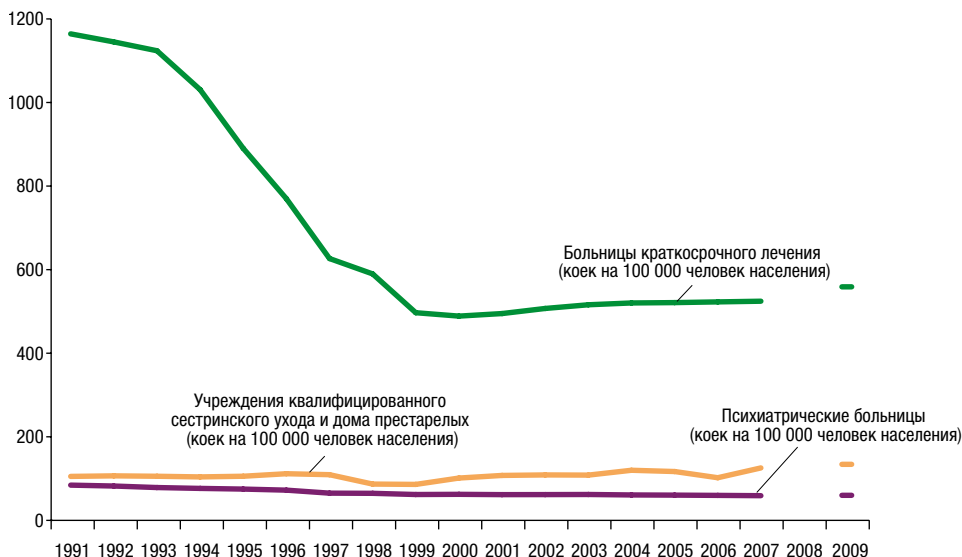
Во второй половине 1990-х годов в стране произошло значительное сокращение стационарной инфраструктуры, особенно в сельской местности, где закрылось много сельских больниц. Число больниц в стране

сократилось с 1796 в 1991 году до 845 в 2001 году с последующим увеличением больниц до 1041 в 2009 году. В 2009 году обеспеченность койками на 100 000 человек населения составила 765 единиц, в Алматинской области наблюдалась наименьшая обеспеченность (447), в Акмолинской области – наибольшая (989) (Ministry of Health, 2010).

Число коек в больницах краткосрочного лечения на 100 000 человек населения сократилось с 1167 коек в 1991 году до 498 коек в 2001 году, увеличившись до 559 коек в 2009 году (рис. 4.1, рис. 4.2). Основные причины избыточной госпитализации в 1990-х годах и в начале 2000-х годов включают недостаточный доступ к ЛС на амбулаторном уровне, низкое качество услуг ПМСП, плохо функционирующая система направлений пациентов из первичного звена оказания помощи на вторичный уровень. Министерство здравоохранения РК приступило к решению этих задач посредством введения пакета амбулаторных ЛС в 2005 году с последующим постепенным расширением списка амбулаторных лекарств для более широкого охвата групп пациентов и заболеваний. Помимо этого Министерство здравоохранения РК предприняло меры по укреплению ПМСП, расширению услуг на первичном уровне, улучшению качества медицинской помощи и внедрению механизмов регулирования направлений пациентов (President of Kazakhstan, 2009).

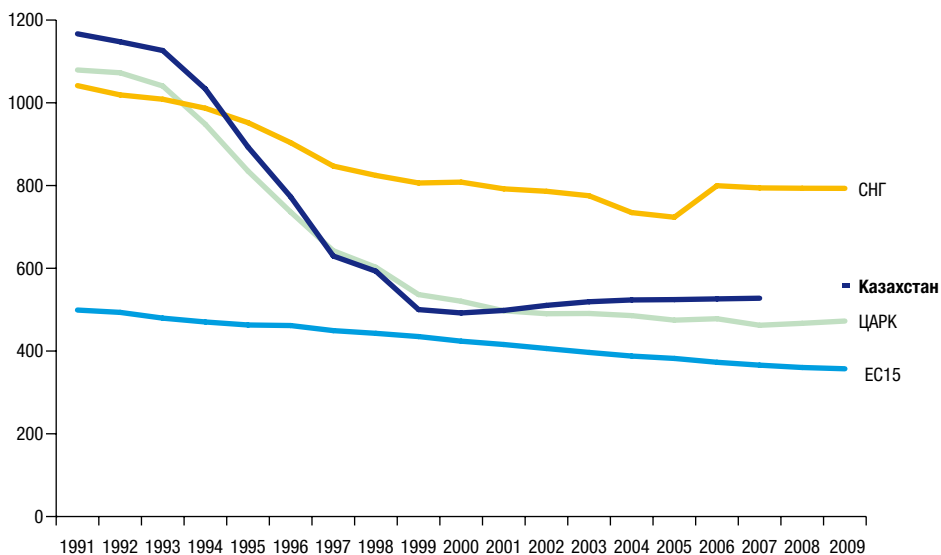
**Рис. 4.1**

Число коек в больницах на 100 000 человек населения по типу стационара, 1991–2009 гг.



**Рис. 4.2**

Число коек в больницах краткосрочного лечения на 100 000 человек населения в Казахстане и средние показатели по региону, 1991–2009 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

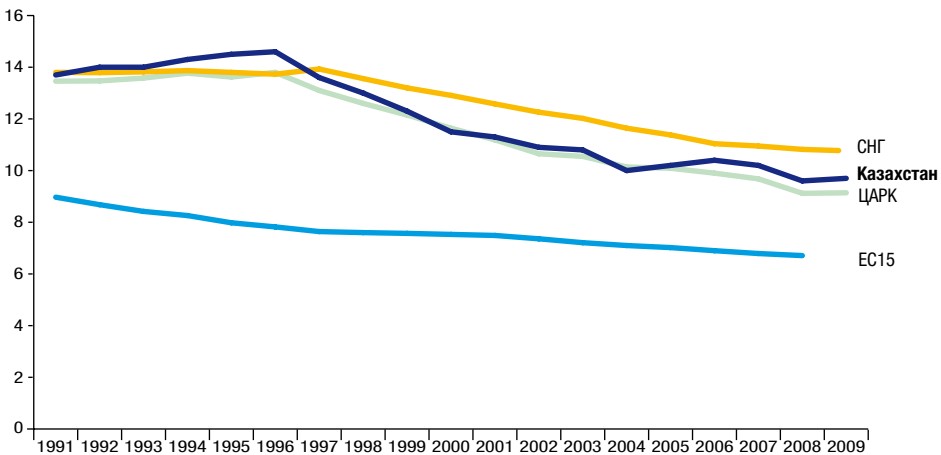
В 2007 году Казахстан приступил к реализации масштабной правительственной программы «Строительство 100 школ и 100 больниц на основе государственно-частного партнерства». В рамках этой программы в 2009 году закончилось строительство 10 новых больниц. В целом в период с 2007 по 2009 год в стране было построено порядка 201 нового объекта здравоохранения, включая 38 больниц и 51 врачебную амбулаторию за счет финансирования из республиканского бюджета, местных бюджетов, а также частных источников (Правительство РК, 2010). Предполагается, что новые больницы заменят старые без общего увеличения коечного фонда.

Постановлением Правительства РК от 15.12.2010 № 2131 утверждены новые нормативы сети организаций здравоохранения в стране с целью стандартизации системы здравоохранения. Постановление определяет номенклатуру и структуру организаций здравоохранения в зависимости от числа обслуживаемого населения на конкретных территориях и других факторов.

За последние годы наблюдается снижение показателя средней продолжительности пребывания в стационаре. Так, средний срок госпитализации в больницах краткосрочного пребывания в 1991 году составлял 13,7 дня, а в 2009 году сократился до 9,7 дня, максимально приближаясь к среднему показателю ЦАРК (9,1), но все еще превышая средний уровень ЕС – 6,7 дня в 2008 году (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011) (рис. 4.3). В стране наблюдается заметная разница в средней продолжительности госпитализации по областям. В 2009 году наиболее короткий средний срок продолжительности госпитализации для всех типов больниц (не только экстренной помощи) зафиксирован в г. Алматы (9,9 дней), а самый длинный – в Карагандинской области (14,4 дней).

**Рис. 4.3**

Средняя продолжительность госпитализации в больницах краткосрочного лечения, 1991–2009 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

## 4.2 Кадровые ресурсы

### 4.2.1 Основные тенденции и распределение медицинских кадров

В 2010 году в государственном секторе системы здравоохранения Казахстана, включая систему Министерства здравоохранения РК и ведомственные системы, например, систему здравоохранения государственной железной дороги, было занято 63855 врачей (388 на

100 000 человек населения) и 143 822 единицы среднего медицинского персонала (875 на 100 000 человек населения), включая медицинских сестер (таблица 4.1); в частном секторе было занято 10 567 врачебного и 12 803 среднего медицинского персонала.

**Таблица 4.1**

Число медицинских работников (физические лица) государственного сектора здравоохранения на 100 000 человек населения, 2000–2010 гг. (выборочные годы)

	2000	2008	2009	2010
Врачи	330	374	378	388
Средний медицинский персонал, включая стоматологов	718	835	864	875
Медицинские сестры	447	580	605	625
Фельдшеры	–	78	79	80
Акушерки	42	56	57	59
Стоматологи	21	8	8	10
Фармацевты	87	36	32	29

Источник: Ministry of Health, 2011a; Мединформ, 2011.

Помимо фармацевтов, указанных в таблице 4.1, в системе задействованы и «провизоры», так что, в целом, в 2010 году на 100 000 человек населения приходилось 39 фармацевтических работников. Фармацевты имеют высшее образование, в то время как «провизоры» – среднее медицинское образование.

В период с 1991 по 2009 год обеспеченность населения медицинскими работниками в расчете на 100 000 человек населения в государственном секторе здравоохранения сократилась по всем медицинским специальностям; особенно сократилось число медицинских сестер, акушерок и стоматологов (таблица 4.2).

**Таблица 4.2**

Число медицинских работников на 100 000 человек населения, 1991–2009 гг. (выборочные годы)

	1991	1995	2000	2005	2007	2009
Врачи (ЭПЗ) на 100 000 человек населения	468	458	338	353	383	403
Стоматологи (ЭПЗ) на 100 000 человек населения	36	33	13	9	8	10
Медицинские сестры (ЭПЗ) на 100 000 человек населения	1 157	1 018	684	783	817	870
Акушерки (ЭПЗ) на 100 000 человек населения	84	73	42	39	41	42
Фармацевты (физические лица) на 100 000 человек населения	88	7	31	103	82	77

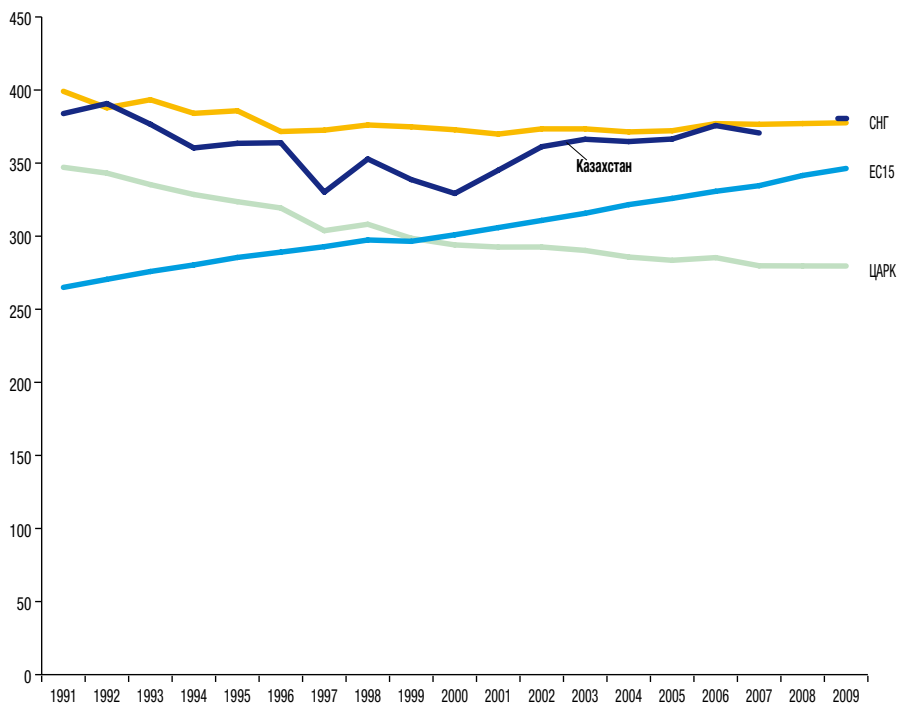
Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Примечание: ЭПЗ – эквивалент полной занятости.

В период между 1991 и 2000 годом обеспеченность населения врачами (физические лица) резко сократилась, в дальнейшем, однако, выросла вновь, превысив средний показатель по странам СНГ (рис.4.4).

**Рис. 4.4.**

Число врачей (физические лица) на 100 000 человек населения в Казахстане и средние показатели по региону, 1991–2009 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

В период между 1990 и 2000 годом Казахстан пережил резкое сокращение медицинских кадров в силу ряда факторов, включая появление частного сектора здравоохранения, выход медицинских работников из системы, эмиграцию русскоязычного населения и других этнических групп, сокращение медицинского персонала. Однако в период между 2000 и 2010 годом число врачей увеличилось до 9,5%.

Сеть частных поставщиков медицинских услуг значительно выросла с 2000 года. В 1999 году 10% всех врачей работало в частном секторе, к 2010 году доля врачей, занятых в частном секторе выросла до 16% (Ministry of Health, 2011a).

В целом, перед системой здравоохранения РК стоит ряд кадровых проблем, включая фактическую численность кадров, структуру специальностей и распределение кадров по стране. Сельские и отдаленные регионы продолжают испытывать недостаток медицинского персонала, в то время как укомплектованность кадров в крупных городах значительно выше. Также наблюдается тенденция к большему использованию услуг узких специалистов в ущерб ПМСП. По некоторым узким специальностям не хватает врачей, в то время как имеющиеся узкие специалисты неравномерно распределены по регионам, что приводит к избытку специалистов в одних регионах и их недостатку в других. Например, в 2010 году обеспеченность кардиологами в Северно-Казахстанской и Мангыстауской областях была наименьшей по стране (менее 1 врача на 100 000 человек населения), в то время как в Атырауской области обеспеченность кардиологами была наиболее высокой – 7 кардиологов на 100 000 человек населения (Ministry of Health, 2011a).

Молодые специалисты сконцентрированы в городах, в то время как в сельских районах большая часть медицинских специалистов находится в предпенсионном возрасте. Система здравоохранения РК испытывает недостаток в подготовленных экономистах и менеджерах здравоохранения. Недостаточные мотивация и стимулирование вкупе с несоответствующим уровнем заработной платы и социальных пакетов для работников здравоохранения привели к значительному сокращению притока молодых профессиональных кадров в сектор здравоохранения и общему возрастному старению рабочей силы системы здравоохранения. В 2008 году 24,5% врачей были старше 50 лет (приближаясь к пенсионному возрасту или уже на пенсии). При этом в период между 2000 и 2009 годом число врачей возрастной группы от 25 до 50 лет не изменилось сколько-нибудь значительно (Ministry of Health, 2009k). В последние годы наблюдается постепенный рост притока молодых медицинских работников в систему здравоохранения РК.

В стране наблюдается значительная вариация в обеспеченности регионов медицинскими кадрами. В 2010 году в г. Алматы (бывшая столица) и г. Астане (столица в настоящее время) обеспеченность врачами (как в государственном, так и частном секторе) была самой большой и составила 797 и 787 врачей на 100 000 человек населения соответственно. В том же году в Южно-Казахстанской области, регионе с наибольшей долей населения в стране, обеспеченность врачами составила лишь 313 врачей на 100 000 человек населения (таблица 4.3).

Таблица 4.3

Обеспеченность врачами на 100 000 человек населения, 2002–2010 гг., по регионам

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Акмолинская область	294	291	295	299	312	292	297	295	295
Актюбинская область	447	465	474	477	474	484	475	476	461
Алматинская область	209	213	209	210	245	201	200	211	208
Атырауская область	306	307	312	301	313	291	301	300	305
Восточно-Казахстанская область	362	371	381	388	394	398	406	404	416
Жамбылская область	269	256	255	251	255	251	256	257	265
Западно-Казахстанская область	329	336	333	323	330	301	297	309	311
Карагандинская область	429	434	440	451	462	437	457	466	474
Костанайская область	324	319	322	318	350	232	248	253	266
Кызылординская область	247	245	245	245	255	350	322	314	315
Мангистауская область	360	311	335	317	375	368	373	367	322
Павлодарская область	366	381	384	397	386	372	382	387	402
Северо-Казахстанская область	233	234	242	241	233	242	251	257	284
Южно-Казахстанская область	286	289	286	285	286	289	287	295	313
г. Алматы	841	855	786	769	758	737	753	741	797
г. Астана	605	606	570	597	661	745	731	747	787
<b>Казахстан</b>	<b>361</b>	<b>365</b>	<b>363</b>	<b>365</b>	<b>376</b>	<b>368</b>	<b>374</b>	<b>378</b>	<b>388</b>

Источник: Ministry of Health, 2002–2011.

Многие сельские регионы продолжают испытывать недостаток медицинских кадров, несмотря на усилия Министерства здравоохранения РК и областных органов исполнительной власти, направленные на улучшение укомплектованности кадров в сельских районах и отдаленных регионах посредством создания материальных стимулов для выпускников медицинских вузов, привлекая их к работе в этих регионах. Основные причины такого дисбаланса кроются в более заманчивых финансовых и социальных стимулах в городах и более тяжелой нагрузке в сельских районах.

В 2009 году обеспеченность врачами в городских регионах составила 583 врача на 100 000 человек населения, в то время как в сельской местности – 141 врач на 100 000 человек населения, почти в четыре раза меньше (таблица 4.4) (Ministry of Health, 2002–2011). В 2009 году от общего числа врачей лишь 17,3% работало в сельской местности (незначительный рост по сравнению с 15% в 2005 году), где проживает более 40% населения страны. В 2009 году наибольшая обеспеченность врачами в сельских районах зарегистрирована в Карагандинской области (201 врач на 100 000 человек населения), а наименьший уровень обеспеченности – в Северо-Казахстанской области (96 врачей на 100 000 человек населения). Кызылординская область, в которой до недавнего времени обеспеченность



врачами была самой низкой в стране, смогла значительно улучшить ситуацию через создание таких дополнительных стимулов для молодых врачей, как, например, повышенная заработная плата или обеспечение жильем.

**Таблица 4.4**

Обеспеченность врачами в городах и сельских районах на 100 000 человек населения, 2007–2010 гг.

	Город				Село			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Акмолинская область	485	502	477	461	136	130	145	150
Актюбинская область	782	757	752	653	137	140	147	155
Алматинская область	562	589	572	473	91	81	108	127
Атырауская область	426	462	452	479	167	149	154	146
Восточно-Казахстанская область	594	608	603	587	169	166	167	181
Жамбылская область	412	427	419	460	135	133	140	138
Западно-Казахстанская область	483	474	489	473	156	154	160	164
Карагандинская область	505	530	539	552	202	196	201	196
Костанайская область	402	396	394	410	103	107	116	121
Кызылординская область	713	606	557	494	117	167	158	185
Мангистауская область	529	570	553	485	149	144	158	140
Павлодарская область	499	513	516	512	127	126	129	160
Северо-Казахстанская область	512	534	545	534	95	95	96	114
Южно-Казахстанская область	538	545	527	549	135	132	155	161
г. Алматы	733	750	732	796	–	–	–	–
г. Астана	745	731	747	787	–	–	–	–
<b>Казахстан</b>	<b>579</b>	<b>588</b>	<b>583</b>	<b>587</b>	<b>131</b>	<b>130</b>	<b>141</b>	<b>150</b>

Источник: Ministry of Health, 2002–2011.

Укомплектованность врачами в 2010 году составляла 91,7%, что говорит о дефиците врачей (Ministry of Health, 2011a). Доля врачей ПМСП (включая терапевтов, врачей общей практики и педиатров) составила 10,7% в 2008 году (Ministry of Health, 2009k). В 2010 году на 100 000 человек населения приходилось 88 участковых терапевтов, в то время как хирургов – 44 на 100 000 населения (Ministry of Health, 2011a).

В период между 2000 и 2010 годом перечень клинических специальностей также изменился, отражая задачи широких реформ здравоохранения, направленных на развитие и интегрирование услуг ПМСП, усовершенствование профилактических мер и формирование здорового образа жизни с соответствующим перераспределением финансовых и кадровых ресурсов. Так, например, в 1996 году номенклатура врачебных кадров включала 106 врачебных специальностей, к 2006 году список увеличился до 169 специальностей, а к 2008 году сократился до 56 специальностей (Ministry of Health, 2009k).

**Таблица 4.5**

Число врачей (физические лица) по специальностям на 100 000 человек населения, 1991–2009 гг. (выборочные годы)

	1991	1995	2000	2005	2007	2009
Врачи, терапевтическая группа специальностей на 100 000 человек населения	88	89	75	85	86	86
Врачи, хирургическая группа специальностей, на 100 000 человек населения	35	38	37	42	43	44
Врачи общей практики на 100 000 человек населения	22	19	15	17	24	26

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

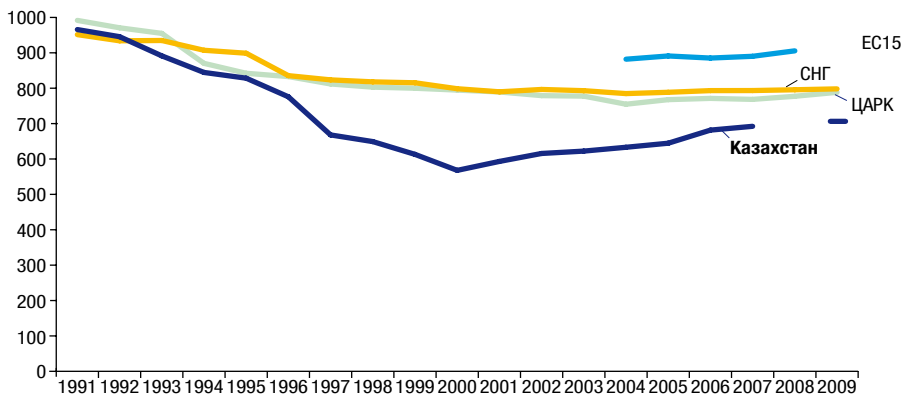
Учреждения ПМСП продолжают испытывать проблемы с наймом квалифицированного медицинского персонала, особенно в отдаленных регионах и сельских районах. В большей степени это объясняется недостаточным количеством новых выпускников. В последние годы Министерство здравоохранения РК предприняло значительные усилия по привлечению большего числа лучших абитуриентов в медицинские ВУЗы, однако, потребность в кадровых ресурсах в здравоохранении остается высокой.

Проблема кадров остро стоит в отношении таких специальностей, как менеджеры и экономисты здравоохранения, особенно с учетом того, что медицинские организации получили больше самостоятельности в управлении своими ресурсами согласно Приказу Министерства здравоохранения РК от 20.05.2008 № 287 «Об утверждении методики преобразования государственных организаций здравоохранения в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения». Недостаток хорошо подготовленных менеджеров приводит к плохому управлению и неэффективному использованию ресурсов. Как говорилось выше, Министерство здравоохранения РК хорошо понимает эту проблему. Новый Проект Всемирного банка по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан, финансируемый Правительством РК и Всемирным Банком, включает развитие системы подготовки современному менеджменту в качестве одной из своих приоритетных задач.

Обеспечение системы здравоохранения средним медицинским персоналом, включая медицинских сестер, несколько стабилизировалось. Обеспеченность медицинскими сестрами (физические лица) значительно сократилось в период между 1991 и 2000 годом, но затем вновь увеличилась (рис. 4.5). В период между 2004 и 2010 годом доля среднего медицинского персонала, включая медицинских сестер, на 100 000 человек населения варьировала между 776 и 875 единицами по областям (таблица 4.6).

**Рис. 4.5.**

Медсестры (физические лица) на 100 000 человек населения в Казахстане и средние показатели по региону, 1991–2009 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

**Таблица 4.6**

Обеспеченность средним медицинским персоналом (включая медицинских сестер) на 100 000 человек населения, 2004–2009 гг.

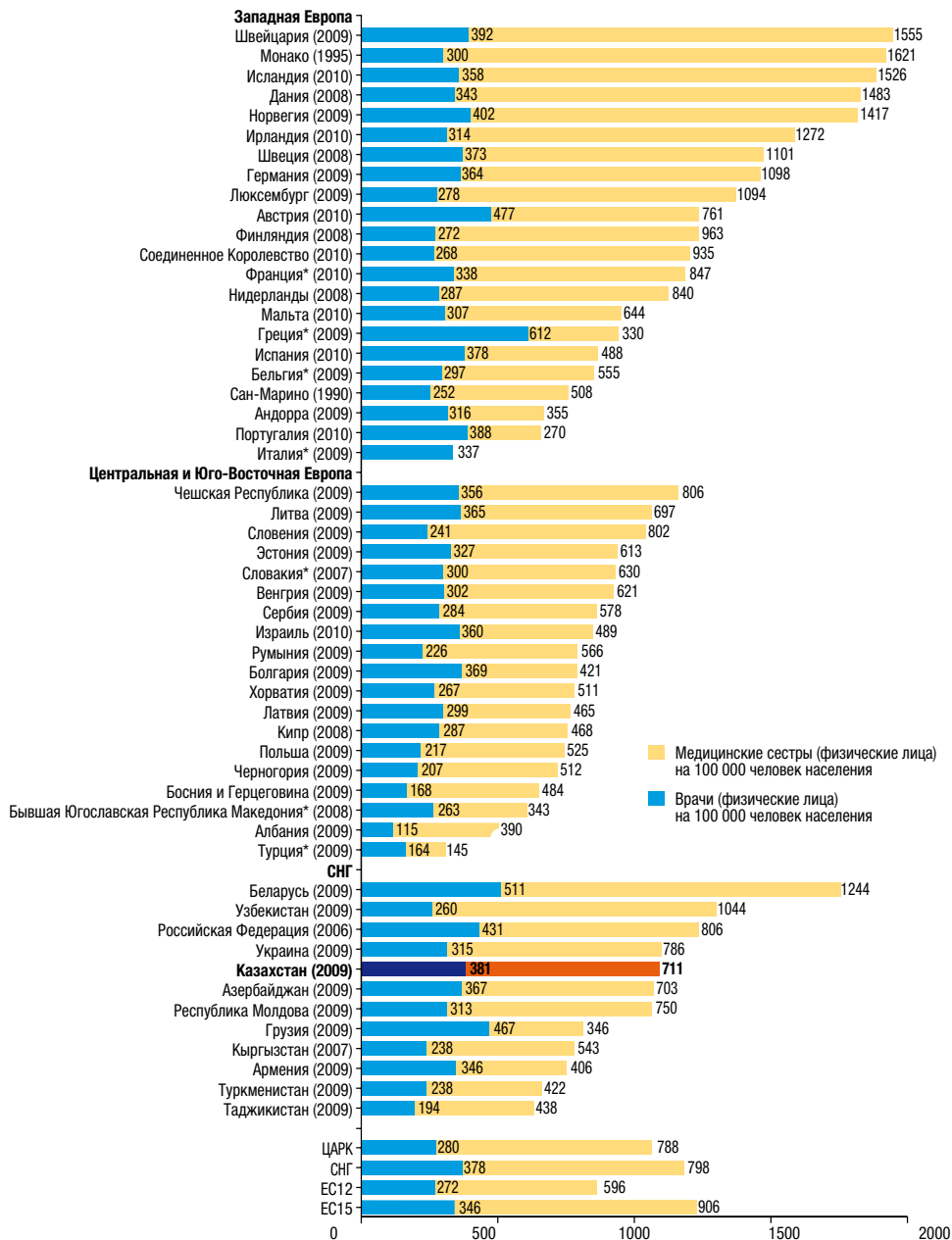
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Акмолинская область	854	874	912	883	906	903	912
Актюбинская область	760	771	787	812	812	803	806
Алматинская область	517	523	580	515	518	522	556
Атырауская область	695	722	759	753	785	772	778
Восточно-Казахстанская область	783	808	857	874	927	857	973
Жамбылская область	759	780	816	817	834	832	868
Западно-Казахстанская область	943	955	978	937	951	978	1 002
Карагандинская область	861	877	909	842	944	902	995
Костанайская область	1 033	1 031	1 176	892	780	1 096	857
Кызылординская область	698	724	798	1 084	1 177	794	1 170
Мангистауская область	865	825	757	878	910	858	816
Павлодарская область	838	862	837	853	875	869	933
Северо-Казахстанская область	810	810	846	838	929	871	1 061
Южно-Казахстанская область	722	717	729	734	741	778	801
г. Алматы.	926	924	895	883	891	812	963
г. Астана	675	685	773	857	862	866	954
<b>Казахстан</b>	<b>776</b>	<b>786</b>	<b>818</b>	<b>812</b>	<b>835</b>	<b>864</b>	<b>875</b>

Источник: Ministry of Health, 2002–2011.

В 2010 году 41% среднего медицинского персонала работал в сельской местности с соответствующей обеспеченностью в 597 единиц на 100 000 человек населения по сравнению с 1106 единицами персонала на 100 000 человек населения в городах. Соотношение числа врачей и медицинских сестер на 100 000 человек населения в 2009 году представлено на рис. 4.6.

Рис. 4.6.

Число врачей и медицинских сестер на 100 000 человек населения в странах Европейского региона ВОЗ в 2009 г. или за последний имеющийся год (указан в скобках)



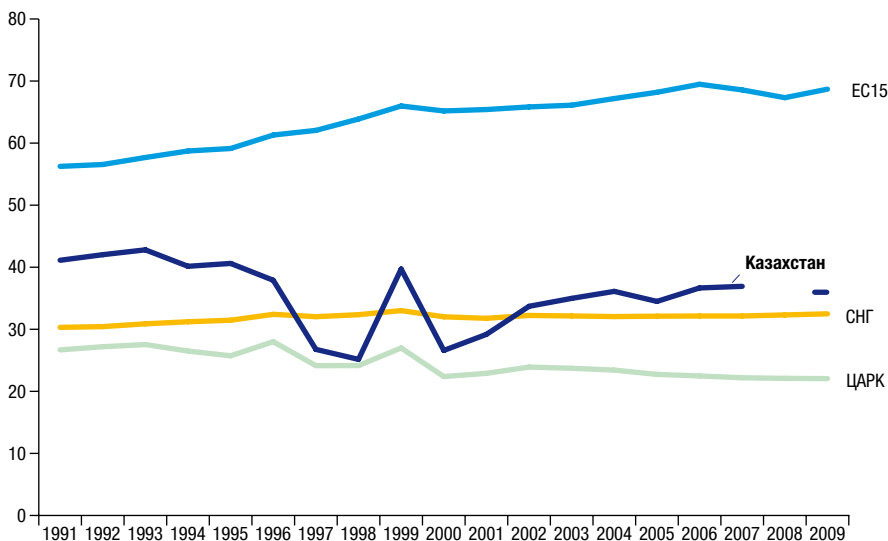
Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Примечание: \*для медицинских сестер использованы данные Евростата.

Число стоматологов в Казахстане сократилось в период между 2001 и 2004 годом, после чего положение стабилизировалось. Несмотря на то, что показатель обеспеченности стоматологами в Казахстане выше, чем соответствующие средние показатели стран СНГ и ЦАРК, он в два раза ниже среднего показателя стран ЕС15 (рис. 4.7, таблица 4.7). В период между 1995 и 2005 годом число фармацевтов стремительно выросло (от 7 до 103 на 100 000 человек населения), затем сократилось до 77 на 100 000 человек населения, приблизившись к среднему показателю стран ЕС15 и более чем в три раза превысив средний показатель стран СНГ и ЦАРК (рис. 4.8).

**Рис. 4.7**

Число стоматологов (физические лица) на 100 000 человек населения в Казахстане и средние показатели по региону, 1991–2009 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

В 2010 году обеспеченность стоматологами на 10 000 человек населения в сельских районах составляла 0,9 по сравнению со средним показателем по стране (3,0) и в городах (4,8) (Ministry of Health, 2011a).

Таблица 4.7

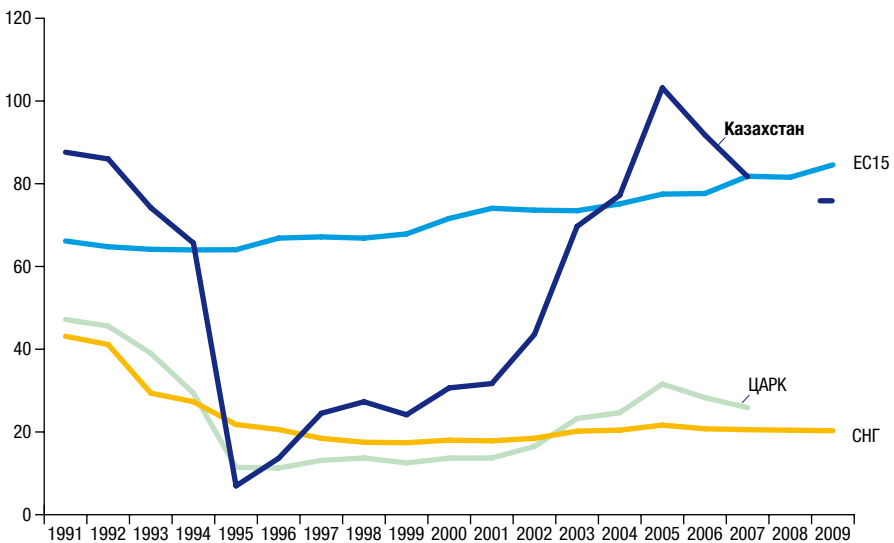
Число стоматологов по областям, 2008–2010 гг.

	В абсолютном выражении			На 10 000 человек населения		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Акмолинская область	144	161	145	1,9	2,2	2,0
Актюбинская область	200	219	236	2,8	3,0	3,0
Алматинская область	297	400	347	1,8	2,4	1,9
Атырауская область	101	104	99	2,0	2,0	1,9
Восточно-Казахстанская область	428	442	431	3,0	3,1	3,1
Жамбылская область	174	170	175	1,7	1,6	1,7
Западно-Казахстанская область	92	98	93	1,5	1,6	1,5
Карагандинская область	571	547	588	4,2	4,0	4,3
Костанайская область	130	140	192	1,5	1,6	2,2
Кызылординская область	107	108	106	1,7	1,6	1,5
Мангистауская область	129	115	120	3,0	2,6	2,3
Павлодарская область	261	240	272	3,5	3,2	3,6
Северо-Казахстанская область	101	106	111	1,6	1,6	1,9
Южно-Казахстанская область	391	415	512	1,6	1,7	2,0
г. Алматы	959	890	1 203	7,0	6,3	8,5
г. Астана	285	337	352	4,5	4,9	5,0
<b>Казахстан</b>	<b>4 370</b>	<b>4 492</b>	<b>4 982</b>	<b>2,8</b>	<b>2,8</b>	<b>3,0</b>

Источник: Ministry of Health, 2011a.

Рис. 4.8

Число фармацевтов (физические лица) на 100 000 человек населения в Казахстане и средние показатели по региону, 1991–2009 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

#### 4.2.2 Подготовка медицинских кадров

Подготовка медицинских кадров является одним из основных приоритетов национальной стратегии развития системы здравоохранения. Казахстан унаследовал советскую модель подготовки и переподготовки медицинских работников, и вплоть до 2004 года в системе медицинского образования не было серьезных изменений, хотя в систему последиplomного образования была включена программа по семейной медицине, а также программы по другим приоритетным направлениям, включая здоровье матери и ребенка и ТБ. Принятие Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК на 2005–2010 годы стало переломным моментом в сфере подготовки медицинских кадров. Программа предусматривала комплексные реформы в медицинском образовании, охватывающие пересмотр общих концептуальных подходов к медицинскому образованию, содержание и организацию учебного процесса. Своей главной целью реформы ставили повышение профессионального уровня на основе повышения качества подготовки.

В рамках Программы было выделено финансирование для развития потенциала системы медицинского образования страны с целью приближения ее к международным стандартам. В 2007 году на базе всех медицинских университетов были организованы клинические тренировочные центры, включающие аудитории и лаборатории, оснащенные первоклассным учебно-клиническим и лабораторным оборудованием, создавшие соответствующие условия для практики клинических навыков и умений медицинских студентов по педиатрии, терапии, акушерству, гинекологии, хирургии, анестезиологии, интенсивной терапии и общей врачебной практике. В 2008 году все медицинские университеты были оборудованы современными лабораториями. Четыре из шести государственных медицинских университетов (Астана, Караганда, Алматы и Шымкент) запланировали строительство собственных учебных клиник. В 2006–2008 годах республиканский и областные бюджеты выделили 1873 млн тенге (более 10 млн долл. США) на обучение и стажировку врачей общей практики, менеджеров здравоохранения, узких специалистов как в Казахстане, так и за рубежом (Ministry of Health, 2009d). Начиная с 2008 года ответственность за подготовку и переподготовку медицинских кадров возложена на областные органы исполнительной власти. Значительно возросла стоимость подготовки медицинских кадров с учетом затрат, сопряженных с обновлением материально-технической базы системы образования. Вместе с тем число выделяемых государством грантов

(стипендий) по медицинским специальностям выросло с 1059 мест в 1999 году до 5000 мест к 2009 году (Ministry of Health, 2009d). Данные меры позволили снизить число принимаемых на платную форму обучения абитуриентов с низким уровнем знаний, – практика, подрывающая качество медицинского образования и, в целом, этику медицинской профессии (Ministry of Health, 2009d).

Общая стратегия медицинского образования базируется на общей национальной стратегии образования, утвержденной Правительством РК и реализуемой Министерством образования и науки РК. В 2006 году на уровне Правительства РК была утверждена Концепция реформирования медицинского и фармацевтического образования на 2006–2010 гг., которая провозгласила новую модель подготовки кадров здравоохранения с учетом основных международных требований. С 2007 года в Казахстане начали действовать новые стандарты подготовки студентов медицинских и фармацевтических специальностей.

С этого момента значительные изменения произошли как в общей структуре, так и в содержании медицинского образования. Принятие Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» сделало возможным практически полную передачу функций Министерства образования и науки РК по управлению сферой медицинского образования (за исключением лицензирования образовательной деятельности) в компетенцию Министерства здравоохранения РК. К концу 2010 года четыре медицинских университета прошли аккредитацию в соответствии со стандартами Всемирной федерации медицинского образования (ВФМО).

Сегодня образование медицинских ВУЗов основывается на стандартах образования, утвержденных Министерством здравоохранения РК. К 2009 году Министерство здравоохранения РК пересмотрело квалификационные требования к имеющимся клиническим специальностям и советуемые обязанности медицинских работников, разработало требования к новым клиническим специальностям, разработало и внедрило новые стандарты преподавания для додипломного, последипломного и непрерывного послевузовского образования. Также разработаны и внедрены стандарты клинической резидентуры.

В 2009 году в Казахстане было 7 медицинских ВУЗов (включая один частный), 29 государственных и 28 частных медицинских колледжей (таблица 4.8), Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Высшая Школа Общественного Здравоохранения (ВШОЗ)



МЗ РК и 21 научно-исследовательская организация (НИИ и научно-методологические центры). Количество медицинских университетов и научно-исследовательских организаций сократилось в результате проводимой реформы медицинского образования и науки (Ministry of Health, 2002–2011).

Все медицинские университеты получили бóльшую самостоятельность в управлении своими ресурсами, что открывает возможности для более эффективного и целенаправленного использования ресурсов. В 2009 году утверждены стандарты аккредитации и к 2013 году планируется провести институциональную аккредитацию всех медицинских ВУЗов страны.

**Таблица 4.8**

Образовательные учреждения Казахстана (в абсолютном выражении), 2007–2009 гг.

	Государственные учреждения			Частные учреждения		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
<b>Медицинские ВУЗы</b>	6	6	6	2	1	1
Общее число студентов, начало учебного года	23 716	25 058	28 397	1 326	1 391	1 784
Число новых принятых студентов, начало учебного года	5 681	5 209	5 923	288	165	487
Число выпускников, конец учебного года	3 754	2 557	3 212	504	223	399
<b>Медицинские колледжи</b>	25	25	29	24	28	28
Общее число студентов, начало учебного года	28 037	26 011	26 662	17 916	19 553	19 713
Число новых принятых студентов, начало учебного года	8 537	7 501	9 458	6 871	6 009	6 110
Число выпускников, конец учебного года	7 968	8 136	6 610	2 611	3 330	3 901

Источник: Ministry of Health, 2011a.

Доля выпустившихся врачей увеличилась с 15 врачей на 100 000 человек населения в 1990 году до 19 врачей в 2009 году, а доля выпустившихся медицинских сестер сократилась с 66 в 1990 году до 19 в 2009 году (таблица 4.9).

**Таблица 4.9**

Число выпускников – врачей и медсестер – на 100 000 человек населения, 1990–2009 гг., (выборочные годы)

	1990	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Врачи	15	12	15	20	20	21	28	–	19
Стоматологи	2	1	1	2	1	2	1	–	2
Медицинские сестры	66	35	42	43	40	45	17	19	19
Акушерки	–	5	5	5	6	9	8	–	10
Фармацевты	4	3	3	3	1	5	3	–	4

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

До 2007 года обучение в медицинских ВУЗах осуществлялось по 8 направлениям: лечебное дело, педиатрия, восточная медицина, медико-биологическое дело, медико-профилактическое дело, стоматология, фармация и сестринское дело. С 2007 года в соответствии с новой стратегией медицинского образования и новыми стандартами подготовки в Казахстане начали действовать новые стандарты подготовки по 5 основным направлениям (общая медицина, стоматология, фармация, сестринское дело и общественное здравоохранение). В настоящее время все студенты медицинских вузов проходят пятилетний базовый курс обучения по общей медицине плюс 2 года интернатуры. Выпускникам дается право на самостоятельное занятие клинической практикой по общей врачебной практике. Специализация осуществляется через систему последипломной подготовки, включая курсы повышения квалификации врачей Алматинского государственного института усовершенствования врачей или через 2–4-х годичные программы резидентуры, которые в настоящее время вводятся в систему образования. В 2009/2010 учебном году 436 врачей обучались в резидентуре (Ministry of Health, 2011a).

Стоматологи обучаются 5 лет плюс один год интернатуры. Врачи санитарно-эпидемиологической службы (СЭС) и фармацевты обучаются 5 лет, медицинские сестры – 4 года. Выпускникам, закончившим курс обучения, превышающим 7 лет, присваивается степень магистра. Стоматологи, специалисты СЭС и медицинские сестры получают степень бакалавра и могут продолжить образование для получения степени мастера или доктора. Все обучающие программы разработаны на основе стандартов ВФМО.

Подготовка по семейной медицине была введена в 1995 году в виде краткосрочного четырехмесячного курса на базе Института усовершенствования врачей, а также в форме краткосрочных курсов, проводимых в других утвержденных учебных заведениях. Обучение общей медицине (как студентов, так и практикующих врачей) проводилось при поддержке Агентства США по международному развитию (USAID), Министерства международного развития Великобритании (DFID) и Всемирного банка. В период с 2007 по 2009 год 1694 врача общей врачебной и семейной практики прошли обучение и повышение квалификации за счет финансирования из средств республиканского и областных бюджетов (Ministry of Health, 2011a).

Для получения допуска к самостоятельной деятельности все специалисты медицинского профиля обязаны сдать квалификационный экзамен и получить сертификат специалиста. Для занятия частной практикой

специалист должен иметь лицензию на ведение медицинской деятельности. Лицензирование врачей государственных организаций здравоохранения не осуществляется, т.к. все государственные медицинские учреждения имеют лицензию на осуществление медицинской деятельности. Сертификация и лицензирование медицинских специалистов проводится специально созданным Комитетом по контролю качества медицинской помощи при Министерстве здравоохранения РК. В стране отсутствует независимая оценка профессиональной компетентности.

**Таблица 4.10**

Прием в учреждения послевузовского образования (резидентура, магистратура, докторантура), 2004/2005–2009/2010 гг.

Учебный год	2004/2005	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010
Резидентура	–	–	–	–	158	278
Аспирантура	60	63	63	63	–	–
Докторантура	33	30	33	33	–	–
Докторантура (PhD)	–	–	–	–	10	10
Магистратура	44	31	70	70	70	70
<b>Всего</b>	<b>137</b>	<b>124</b>	<b>166</b>	<b>166</b>	<b>238</b>	<b>358</b>

Источник: Ministry of Health, 2011a.

До недавнего времени практикующие медицинские работники получали непрерывное образование через систему последипломного образования, разработанную и введенную в советское время на базе НИИ и научных центров. Сегодня Алматинский государственный институт усовершенствования врачей и факультеты повышения квалификации врачей при медицинских университетах проводят курсы переподготовки каждые 5 лет и клинические лекции каждые 3 года для обновления практических умений и знаний практикующих врачей. В период между 2006 и 2009 годом Алматинский государственный институт усовершенствования врачей и другие структуры активно вовлекались в переподготовку и усовершенствование практикующих врачей.

В рамках Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования РК система повышения квалификации и переподготовки кадров претерпела концептуальные изменения, в результате которых произошел переход к системе непрерывного медицинского образования в соответствии с международными стандартами. В переходный период система повышения квалификации и переподготовки кадров стала более гибкой и отзывчивой на нужды медицинских работников: вместо обязательного (1 раз в 5 лет) курса переподготовки с обязательным физическим

присутствием студентов в классе стало возможным обучение без длительного отрыва от работы путем накопления часов, полученных на краткосрочных курсах повышения квалификации, семинарах и мастер-классах. В 2008/2009 году 28 884 врача прошли обучение по системе последипломного образования, включая 617 врачей, стажировавшихся за рубежом (Ministry of Health, 2011a). В период между 2005 и 2009 годом более 1300 медицинских работников прошли стажировку за рубежом (Ministry of Health, 2009k).

Во всех ВУЗах внедрена система менеджмента качества, повышаются требования к обучению и академическим результатам. Однако качество образования остается одной из главных проблем. В рамках Проекта Всемирного банка по передаче технологий и институциональной реформе в секторе здравоохранения РК предусмотрен компонент по медицинскому образованию, что позволяет провести ряд мероприятий по повышению качества подготовки кадров. При поддержке проекта Всемирного банка осуществляется стажировка преподавателей в хорошо зарекомендовавших себя зарубежных ВУЗах и центрах. Кроме того, создается Республиканский центр инновационных технологий в медицинском образовании, запланированы средства на создание центров клинической подготовки, а также центра независимой оценки практических навыков медицинских работников.

Как уже говорилось выше, в 2009 году в стране было 57 медицинских колледжей (28 из которых – частные). Подготовка кадров среднего звена осуществлялась по 8 специальностям: лечебное дело, акушерское дело, гигиена и эпидемиология, стоматология, стоматология ортопедическая, фармация, сестринское дело и лабораторная диагностика.

В рамках государственной стратегии развития образования существующая система подготовки среднего медицинского персонала была реформирована с созданием двухступенчатой системы обучения: первая ступень обучения включает 2–3 года базового обучающего курса, вторая ступень включает трехгодичный последипломный курс, направленный на подготовку среднего медицинского персонала с более высокой профессиональной квалификацией и уровнем ответственности. Новая система запущена в действие в 2010 году после утверждения новых стандартов обучения.

До 2010 года медсестринское обучение составляло два года базового обучения плюс один год специализации по общей практике, акушерству и менеджменту. Программы обучения устарели, не отражая потребности

в обеспечении медицинских услуг, и, как следствие, многие медицинские сестры были слабо подготовлены. В 2010/2011 учебном году в соответствии с общей реформой медицинского образования система подготовки медицинских сестер также была реформирована с целью поднятия ее до последиplomного уровня обучения, повышения статуса медицинских сестер как самостоятельных медицинских работников, а также предоставления возможности непрерывного образования с присвоением степени бакалавра и магистра.

Новая система также предполагает подготовку персонала для выполнения работ по несложным массовым профессиям, не требующим углубленной теоретической подготовки, таким, например, как медицинские сестры по уходу за больными или технический персонал.

Фельдшеры получают подготовку по медсестринскому делу и акушерству с дополнительным обучением диагностике и предписаниям. Они выполняют клинические обязанности средние между обязанностями врача и медицинской сестры. В сельских регионах фельдшеры, по сути, заменяют врачей ПМСП. Учитывая дефицит врачей в сельских районах, система медицинского образования продолжает готовить фельдшеров для работы в учреждениях ПМСП.

Больше внимания уделяется подготовке и переподготовке управленческих и административных кадров, включая подготовку менеджеров по медсестринскому делу, в соответствии с возрастающей ролью ПМСП, где в будущем будет занята большая часть медсестринских кадров. Например, в Алматинском медицинском колледже введена четырехгодичная программа подготовки менеджеров медсестринского дела. В период между 2007 и 2009 годом было подготовлено 1298 менеджеров здравоохранения (Ministry of Health, 2011a).

#### **4.2.3 Оплата и условия труда**

В 2007 году Правительство РК приняло единую систему заработной платы для работников организаций, финансируемых полностью или частично за счет государственного бюджета. Постановлением Правительства РК от 29.12.2007 № 1400 «О системе оплаты труда гражданских служащих» введена жесткая тарифная шкала, основывающаяся на существующих бюджетных нормативах. Заработная плата медицинских работников, занятых в государственных организациях здравоохранения, регулируется трудовым законодательством РК.

До недавнего времени качество оказываемых медицинских услуг не было связано с финансированием медицинских учреждений или отдельных медицинских работников. В 2007 году Министерство здравоохранения РК утвердило критерии, позволяющие дифференцировать заработную плату медицинских сотрудников по результатам их работы (Приказ от 07.12.2007 № 722 «Об утверждении критериев оценки конечных результатов труда медицинских работников»). Критерии оценки результатов труда определены для каждого уровня оказания помощи и создают стимулы к улучшению экономической эффективности и качества медицинских услуг.

Профессия медицинской сестры по-прежнему считается в Казахстане мало престижной и низкооплачиваемой. Хотя официальная заработная плата врачей не намного выше, чем у медсестер, врачи имеют возможность получать различные официальные премии и надбавки, а также неформальные платежи от пациентов. Врачи, помимо прочего, могут занимать несколько должностей, что, соответственно, сказывается и на их доходах.

Во многих европейских странах сейчас меняют профессиональную структуру медицинских работников в целях увеличения численности квалифицированных медсестер по отношению к численности врачей (Rechel, Dubois & McKee, 2006). В Казахстане врачи зачастую выполняют те задачи, которые в западноевропейских странах входят в функции медсестер, а медсестры выполняют то, чем в других странах занимается обслуживающий или технический персонал. Отличие Казахстана состоит в том, что разница в зарплате врачей и медсестер не так велика, но при этом у медсестер уровень подготовки гораздо ниже, чем у врачей. С целью улучшения ситуации Министерство здравоохранения РК предприняло меры по улучшению соотношения врачебного и медсестринского персонала и начало разрабатывать управленческие рычаги для повышения ответственности и расширения обязанностей медсестер.

## 5. Предоставление медицинских услуг

Система предоставления медицинских услуг в Казахстане развивалась на основе советской модели, которая была ориентирована преимущественно на стационарное лечение, а сектору ПМСП и вопросам укрепления здоровья населения в ней уделялось мало внимания. Для всей системы здравоохранения была характерна тенденция направления пациентов на более высокие уровни оказания помощи. В настоящий момент система предоставления медицинских услуг находится в процессе реорганизации. Цель реорганизации состоит в преобразовании ПМСП путем укрепления и развития института врача общей практики с последующим закрытием многих мелких стационаров.

В настоящий момент система предоставления медицинских услуг фрагментирована и в недостаточной мере обеспечивает преемственность оказания медицинской помощи. Отсутствует четкое взаимодействие между первичным и вторичным звеньями медицинской помощи, многие услуги предоставляются несколькими параллельными структурами, такими, например, как противотуберкулезной и санитарно-эпидемиологической службами, а также ведомственными системами здравоохранения при различных министерствах и ведомствах. Слабая горизонтальная интеграция приводит к дублированию функций и неэффективному использованию ресурсов здравоохранения.

Стандартизация оказания медицинской помощи населению является одной из ключевых задач реформ в системе здравоохранения. В 2009 году Министерство здравоохранения РК утвердило единые виды и объемы медицинских услуг на 5 уровнях оказания медицинской помощи (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2009g):

- доврачебная медицинская помощь: включает в себя виды медицинской помощи, которые могут быть выполнены без участия врача;
- квалифицированная медицинская помощь: оказывается без применения специальных методов диагностики и лечения. Как правило, этот вид помощи оказывается на сельском уровне;

- ПМСП: предполагает лечение на амбулаторном уровне; профилактические осмотры; иммунизацию; формирование и пропаганду здорового образа жизни; диспансеризацию и динамическое наблюдение хронических больных и населения прикрепленной территории;
- специализированная медицинская помощь: предусматривает оказание консультативно-диагностической поликлинической и стационарной помощи врачами определенных специальностей (уролог, невропатолог, кардиолог, нейрохирург и др.);
- высокоспециализированная медицинская помощь: оказывается с применением новейших ресурсоемких технологий в основном на областном и республиканском уровне.

В 2009 году приняты два основных стратегических документа здравоохранения: Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (President of Kazakhstan, 2009) и Концепция создания Единой национальной системы здравоохранения РК (Ministry of Health, 2009с). Оба документа предполагают проведение общенациональных мер по улучшению здоровья населения с упором на профилактику заболеваний и создание солидарной ответственности государства и граждан за здоровье.

- Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» регулирует все правоотношения между государством, гражданином и системой здравоохранения;
- Концепция создания Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан нацелена на продолжение реформ в системе здравоохранения. Концепция предполагает улучшение индивидуальных услуг здравоохранения посредством предоставления пациентам права выбора поставщика медицинских услуг, введение механизмов финансирования медицинских организаций по результатам деятельности, укрепление процессов непрерывного улучшения качества и в средне-, и долгосрочной перспективе (2016–2020 годы) создание системы здравоохранения на основе солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за индивидуальное и общественное здоровье. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» была разработана на основе Концепции создания Единой



национальной системы здравоохранения (President of Kazakhstan, 2010). Оба документа в большей степени опираются на Государственную программу реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы.

## 5.1 Общественное здравоохранение

В Казахстане ответственность за общественное здравоохранение и продвижение здорового образа жизни возложена на различные ведомства, в том числе СЭС, центры по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, поставщиков услуг ПМСП, НПО и международные организации. Наиболее серьезной проблемой в области общественного здравоохранения является координация, рационализация и четкое распределение ролей и обязанностей между различными ведомствами и организациями, вовлеченными в проведение мероприятий по охране и укреплению здоровья населения.

В области общественного здравоохранения Министерство здравоохранения РК выполняет следующие функции (President of Kazakhstan, 2009):

- разработка национальной политики, планов и программ в области общественного здравоохранения;
- установление правил государственной регистрации случаев инфекционных, паразитарных, профессиональных и других болезней, а также отравлений;
- установление правил государственной регистрации продуктов детского питания, пищевых и биологически активных добавок к пище, генетически модифицированных объектов, средств дезинфекции, репеллентов, отдельных видов продукции и веществ, оказывающих вредное воздействие на здоровье человека;
- установление правил государственного санитарно-эпидемиологического надзора на территории РК;
- осуществление межотраслевого сотрудничества в реализации национальных и отраслевых программ по охране здоровья населения и продвижению здорового образа жизни.

### 5.1.1 Санитарно-эпидемиологическая служба (СЭС)

К компетенции Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения РК относятся следующие вопросы:

- профилактика и контроль над инфекционными болезнями;
- санитарно-эпидемиологический мониторинг по стране;
- мониторинг безопасности лабораторий;
- мониторинг качества воды и пищевых продуктов;

В советский период в стране СЭС представляла собой единую жесткую вертикальную систему контроля, начиная с республиканского уровня до областного/городского и районного уровней. В постсоветский период СЭС в Казахстане была реорганизована с разделением функций между республиканскими и местными исполнительными органами. Все местные подразделения СЭС были переданы местным исполнительным органам. В итоге такое разделение негативно сказалось на работе системы СЭС в целом в силу нечеткого распределения институциональных ролей и ответственности между структурами, плохого управления и недостаточной скоординированности действий разных уровней государственного управления. В целях создания эффективной системы государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в рамках реализуемой административной реформы Министерством здравоохранения РК в течение 2007–2008 года, вертикальная структура государственного управления санитарно-эпидемиологической службой РК была восстановлена.

С 1 января 2009 года государственные органы и организации СЭС областей и городов (Астана и Алматы) были переданы из ведения местных исполнительных органов в подчинение Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора (President of Kazakhstan, 2009). Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения РК осуществляет следующие функции:

- вводит ограничительные мероприятия, в том числе карантин, с целью остановить распространение инфекционных болезней;
- ведет регистр потенциально опасных химических, биологических веществ;

- ведет регистрацию продуктов детского питания, пищевых и биологически активных добавок к пище, генетически модифицированных объектов, и отдельных видов продукции и веществ, оказывающих вредное воздействие на здоровье человека;
- организывает и осуществляет санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при пищевых отравлениях, инфекционных и других болезнях;
- осуществляет контроль над организацией и проведением профилактических прививок населению;
- проводит государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

В 2009 году санитарно-эпидемиологическая служба включала 16 департаментов госэпиднадзора всех областей с 204 филиалами, 16 центров санэпидэкспертизы с 190 филиалами, 6 межрегиональных департаментов госсанэпиднадзора на транспорте с 14 филиалами и 6 региональных центров санэпидэкспертизы на транспорте с 14 филиалами. В систему также входили следующие структуры: республиканская санэпидстанция, Научный центр гигиены и эпидемиологии, Научный центр карантинных и зоонозных инфекций и противочумные станции (Committee of State Sanitary-Epidemiological Surveillance, 2009). Врачи по специальности гигиена и санэпиднадзор проходят обучение на специальных факультетах медицинских ВУЗов (см. раздел 4.2). Эти факультеты проводят санитарно-эпидемиологические исследования и мониторинг.

Санитарно-эпидемиологическая служба располагает значительными лабораторными ресурсами. В целом на модернизацию лабораторий санитарно-эпидемиологической службы в период с 2005 по 2008 год из государственного бюджета было выделено 3,7 млрд тенге. В период с 2009 по 2010 год на продолжение реализации мероприятий по модернизации лабораторий районного уровня предусматривалось более 2 млрд тенге из государственного бюджета.

Санитарно-эпидемиологическая служба совместно с ОУЗ также несет ответственность за проведение кампаний по иммунизации населения. В начале 1990-х годов служба иммунизации значительно ухудшилась, но за последние годы уровень иммунизации по основным детским инфекциям снова повысился с соответствующим понижением уровня заболеваемости основными детскими инфекциями (Committee of State Sanitary-Epidemiological Surveillance, 2009).

Тем не менее, СЭС испытывает ряд проблем. К их числу относятся низкая интегрированность в ПМСП, отсутствие координации между СЭС и другими надзорными и контролирующими органами (например, ветеринарный надзор, охрана окружающей среды, службы контроля инфекционных болезней, например, ТБ и ВИЧ/СПИД).

Развитие СЭС является одной из приоритетных задач Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан», нацеленной на улучшение управлением системы и ее эффективности. Программа предполагает пересмотр стандартов СЭС (например, санитарных правил, гигиенических стандартов, правил инфекционного контроля, технических предписаний) в соответствии с международными требованиями и оптимизацию национального графика иммунизации населения (например, проведение вакцинации детей против пневмококковых инфекций). Программа также предусматривает разработку Государственного регистра профессиональных заболеваний, систему контроля иррадиации пациентов во время медицинских обследований, введение международных стандартов безопасности и качества пищевых продуктов (President of Kazakhstan, 2010).

### 5.1.2 Программы контроля ТБ

Уровень заболеваемости туберкулезом в Казахстане остается одним из самых высоких среди стран Европейского региона ВОЗ. Несмотря на то, что начиная с 2005 года идет постепенное снижение уровней выявления и смертности от туберкулеза, эпидемиологическая ситуация остается сложной (см. раздел 1.4). В стране принята национальная программа контроля туберкулеза, которая основана на рекомендациях стратегии ВОЗ (DOTS-плюс), направленной на контроль туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). Общенациональная координация по реализации мероприятий стратегии DOTS в Казахстане возлагается на Национальный Центр проблем туберкулеза Министерства здравоохранения РК (далее – НЦПТ МЗ РК). На областном уровне ответственность возлагается на областных координаторов – главных врачей областных противотуберкулезных диспансеров, которые находятся в ведении областных департаментов здравоохранения.

Казахстан получил несколько грантов Глобального фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией на проведение мероприятий по контролю над туберкулезом. В рамках шестого раунда грант на сумму

в 9,2 млн долл. США фокусировался на реализации стратегии DOTS; программа фактически стартовала в 2007 году. Также одобрена заявка Казахстана на получение гранта на сумму в 59,1 млн долл. США в рамках восьмого раунда. Мероприятия этого гранта направлены на улучшение лечения МЛУ ТБ, включая лечение в пенитенциарной системе. Реализация этого гранта началась в 2010 году (Global Fund, 2011).

Казахстан принимает меры по улучшению межведомственного взаимодействия по лечению туберкулеза и эпиднадзору. На национальном уровне создана национальная рабочая группа высокого уровня и 8 технических рабочих групп (ТРГ) по туберкулезу. На региональном уровне действуют межсекторальные рабочие группы. В частности, медицинские организации пенитенциарной системы тесно сотрудничают с областными противотуберкулезными диспансерами, которые координируют меры по борьбе с туберкулезом на местах. Национальным координационным советом по охране здоровья утвержден Межведомственный рабочий план по координации реализации противотуберкулезных мероприятий на 2008–2012 годы.

Контроль над МЛУ ТБ остается главной проблемой. Стратегия ВОЗ DOTS-плюс по лечению больных МЛУ ТБ стартовала в стране в 2000 году и в настоящий момент реализуется в масштабах всей страны. Закупка противотуберкулезных лекарств проходила централизованно на национальном уровне. С 2007 года закупка лекарств осуществлялась на областном уровне, что привело ко многим проблемам, способствовавшим росту МЛУ ТБ в стране. Начиная с 2009 года закупка лекарств вновь централизована на национальном уровне.

В 2009 году порядка 6000 больных с МЛУ ТБ получили лечение в рамках стратегии DOTS-плюс. В последние годы Правительство РК предпринимает серьезные шаги, направленные на решение проблемы МЛУ ТБ, обеспечивая закупки лекарств второго ряда из средств государственного бюджета. Придерживаясь, в целом, стратегии ВОЗ, Казахстан внес свои коррективы в рекомендации по лечению и выявлению ТБ с учетом специфики страны. Сроки госпитализации и лечения дольше сроков, рекомендованных ВОЗ, однако, делаются шаги по развитию амбулаторного лечения, дающего возможность больным ТБ получать лечение в амбулаторных условиях.

Методы выявления туберкулеза варьируют в зависимости от типа больного туберкулезом: анализ мокроты (микроскопия) – для больных с симптомами туберкулеза, флюорография – для группы больных

с высоким риском, тест Манту – для детей и ВИЧ-инфицированных. В 2009 – 2010 годах при поддержке ГФБСТМ внедрен ускоренный метод диагностики ТБ и МЛУ-ТБ БАКТЕК Мжит 960 (ВАСТЕС-MIGIT-960).

### 5.1.3 Программы по ВИЧ/СПИДу

В 2008 году заболеваемость ВИЧ в Казахстане была самой высокой в странах Центральной Азии (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011). В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (President of Kazakhstan, 2009) отражены основные гарантии государства в вопросах ВИЧ/СПИДа:

- доступность и качество добровольного анонимного и конфиденциального медицинского обследования на бесплатной основе,
- обеспечение динамического наблюдения, предоставление психосоциальных, юридических и медицинских консультаций;
- медицинская помощь и лекарственное обеспечение в пределах ГОБМП;
- недопущение каких-либо форм дискриминации в связи с характером заболевания;
- осуществление профилактических мероприятий по снижению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду.

В 2008 году Министерство здравоохранения РК издало два важных приказа по расширению мер по профилактике ВИЧ и СПИДа:

- Приказ Министерства здравоохранения РК от 05.02.2008 №45 «О мониторинге и оценке мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа в РК», регламентирующий национальные и областные индикаторы мониторинга ситуации по СПИД и ВИЧ в стране. Эти индикаторы поддерживают дозорный эпидемиологический надзор дозорных групп (потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса, МСМ, больные ИППП, заключенные, беременные женщины);
- Приказ Министерства здравоохранения РК от 29.12.2008 №699 «О профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Республике Казахстан» регулирует меры, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и утверждает клинические стандарты, основанные на рекомендациях ВОЗ.

В 2006 году постановлением Правительства РК была принята Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006–2010 годы в целях стабилизации распространенности ВИЧ в группах с высоким риском (Правительство Республики Казахстан, 2004). Программа фокусировалась на решении следующих вопросов:

- улучшение правовой и нормативной базы;
- претворение в жизнь профилактических программ для уязвимых групп населения;
- предоставление услуг по психосоциальному консультированию и тестированию на ВИЧ;
- претворение в жизнь программ лечения, ухода и поддержки в соответствии с международными стандартами противовирусного лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, включая реализацию социальных проектов для людей, живущих с ВИЧ;
- улучшение эпидемиологического надзора, мониторинга и оценки.

Плановый бюджет Программы составлял 3,6 млрд тенге на первом этапе реализации (2006–2008 годы) и 3,1 млрд тенге на втором этапе реализации (2009–2010 годы).

Координационный комитет при Республиканском Центре по профилактике и борьбе со СПИДом координирует межведомственные действия по предотвращению эпидемии, обеспечивает правовую и политическую базу, укрепляет сотрудничество между всеми задействованными сторонами. Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом обеспечивает общее руководство и координацию мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИД, включая мероприятия по профилактике, уходу за ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом и их лечению. Инфраструктура службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом включает 21 Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, работающие во всех областях и крупных городах. Типичный центр по профилактике и борьбе со СПИДом включает отделения по лечению, консультированию, эпидемиологическому надзору, мониторингу и оценке, а также лабораторию. Центры по профилактике и борьбе со СПИДом и НПО организовали 168 пунктов доверия, которые обеспечивают потребителей инъекционных наркотиков шприцами, презервативами, брошюрами и консультированием до и после теста на ВИЧ. Больницы, национальные центры по проблемам туберкулеза, онкологические диспансеры проводят лечение оппортунистических болезней и обеспечивают паллиативную помощь неизлечимо больным.

Национальная Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006–2010 годы предусматривала внедрение пилотного проекта по опиоидной заместительной терапии (ОЗТ). В 2007 году в городах Темиртау (Карагандинская область) и Павлодар были запущены два пилотных проекта по ОЗТ (по 25 человек в каждом).

В ходе актуализации проблемы безопасности донорских компонентов крови Министерством здравоохранения РК была разработана государственная Программа «О мерах по совершенствованию службы крови в Республике Казахстан на 2008–2010годы». Программа была направлена на решение ряда критически важных задач по обеспечению трансфузионной помощи, включая следующее:

- отсутствие республиканского регистра доноров и лиц, не подлежащих донорству;
- несовершенство механизма обмена информацией между медицинскими организациями по донорам;
- несовершенство учетно-отчетных форм в учреждениях службы крови, документирующих процесс регистрации обращений и медицинского обследования доноров.

Количество НПО, работающих в области предотвращения ВИЧ/СПИД, все еще недостаточно и на конец 2008 года составляло около 80 НПО. Большая часть этих НПО финансировалась за счет международных грантов, включая гранты Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. НПО, работающие в области предотвращения ВИЧ/СПИДа, выполняют следующие ключевые функции:

- бесплатная раздача средств индивидуальной защиты (презервативы, шприцы, смазки, дезинфектанты) через пункты доверия, в том числе мобильные, дружественные клиники и волонтеров;
- проведение образовательных бесед, в том числе по принципу равный – равному и раздача информационно-образовательных материалов;
- социальная и психологическая поддержка людей, живущих с ВИЧ/СПИД, и их близкого окружения;
- социальное сопровождение;
- реализация профилактических программ в тюрьмах;



- поддержка больных, проходящих противовирусное лечение для поддержания приверженности курсу лечения;
- организация и реализация профилактических программ, направленных на снижение стигматизации стороны населения.

Несмотря на улучшение работы НПО, работающих в области профилактики ВИЧ/СПИДа, они постоянно испытывают трудности в реализации своих задач. Во многом причинами этого являются отсутствие комплексной и целенаправленной государственной поддержки неправительственного сектора и отсутствие четкого определения роли НПО, работающих в области профилактики ВИЧ/СПИДа, основных направлений их деятельности и ответственности за качество работы с населением.

#### **5.1.4 Центры по борьбе с диабетом**

В Казахстане сахарный диабет становится все более серьезной проблемой. В 2008 году согласно данным Национального регистра РК в стране было зарегистрировано 162 012 больных с сахарным диабетом. Заболеваемость сахарным диабетом за последние 5 лет увеличилась с 111,3 на 100 000 человек населения в 2003 году до 131,1 в 2008 году. В ответ на эту тенденцию заболеваемости в стране повсеместно организованы центры по лечению диабета и обучению пациентов.

За последнее время лечение и уход за больными с сахарным диабетом значительно улучшились в плане обеспечения больных инсулином и другими препаратами, а также их доставкой и распространением. Закупка лекарств осуществляется за счет республиканского бюджета централизованно. В 2008 году государство выделило 2,8 млрд тенге на закупку препаратов для лечения диабета. В стране, однако, сохраняется дефицит глюкометров и других средств самоконтроля диабета; так, в 2008 году потребность в таких средствах покрывалась лишь на 58%.

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы предусматривала назначение в каждой области и районе эндокринолога для улучшения ранней диагностики и лечения больных с эндокринными заболеваниями типа диабета (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2004). Однако дефицит кадров остается серьезной проблемой, особенно в сельских районах, где обеспеченность населения эндокринологами на 100 000 человек населения почти в шесть раз ниже, чем в городах.

Диабетическая Ассоциация Республики Казахстан (ДАРК) играет важную роль в информировании населения по проблемам диабета. Более 10 лет ДАРК тесно сотрудничает с Министерством здравоохранения РК для достижения главной цели Сент-Винсентской Декларации (1989) – доведение качества и продолжительности жизни больных диабетом до параметров, свойственных здоровому человеку.

### 5.1.5 Формирование здорового образа жизни

Постановлением Правительства РК № 1304 с 2005 года мероприятия по формированию здорового образа жизни включены в Перечень ГОМБП. Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК (НЦПФЗОЖ МЗ РК), учрежденный в 1997 году, возглавляет службу формирования здорового образа жизни в стране. НЦПФЗОЖ МЗ РК имеет вертикальную структуру, охватывающую всю страну. Под координацией и методическим руководством НЦПФЗОЖ МЗ РК в стране функционируют 14 областных, 2 городских, 40 районных структурных подразделений Центров ФЗОЖ, 242 Центра укрепления здоровья и более 500 кабинетов профилактики и ЗОЖ, здорового ребенка и специализированных кабинетов. На национальном и региональном уровнях республиканскими, областными и городскими исполнительными органами созданы координационные комитеты по продвижению здорового образа жизни, повсеместно организованы рабочие группы по формированию здорового образа жизни.

Профилактические мероприятия, направленные, в большей степени, на детей и подростков, составляют наиважнейшую часть деятельности НЦПФЗОЖ МЗ РК. Кадровый потенциал НЦПФЗОЖ МЗ РК – специалисты по формированию здорового образа жизни – включает 16 500 педагогов, 5000 специалистов, работающих с детьми и подростками по вопросам профилактики употребления вредных веществ, ИППП/ВИЧ, инфекционных болезней, и 2500 медицинских работников, работающих по вопросам профилактики микронутриентных состояний.

НЦПФЗОЖ МЗ РК тесно сотрудничает с областными и городскими управлениями здравоохранением по усилению роли и укреплению потенциала ПМСП в сфере формирования здорового образа жизни. С целью улучшения и стандартизации медицинского образования на уровне ПМСП были утверждены порядки проведения мер по профилактике заболеваний, снижению факторов риска и формированию здорового образа жизни. Примерно 70% медицинских работников ПМСП вовлечены в мероприятия по формированию здорового образа жизни. На

национальном и областном уровне реализуются следующие программы, финансируемые из средств республиканского и местных бюджетов:

- предотвращение и сокращение потребления алкоголя, табака и табачных изделий, наркотиков, профилактика хронических и инфекционных болезней, ИППП, ВИЧ/СПИД, несчастных случаев и отравлений;
- продвижение физической активности, здорового питания и репродуктивного здоровья.

За последние несколько лет финансирование мероприятий по формированию здорового образа жизни из средств государственного бюджета значительно возросло (таблица 5.1). Однако 85% бюджета расходуется на административные затраты, включая заработную плату персонала, налоговые отчисления и аренду.

**Таблица 5.1**

Финансирование Комплексной программы по формированию здорового образа жизни (в млн тенге), 2004–2009 гг.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Республиканский бюджет	33,5	40,0	88,5	81,6	51,6	81,7
Областные бюджеты	149,0	196,0	168,2	199,4	684,6	744,0
Всего	182,5	236,0	256,7	281,0	736,2 <sup>a</sup>	825,7 <sup>a</sup>

Источник: Dikanbayeva, 2010.

Примечание: <sup>a</sup> включая средства, выделенные Министерством культуры и информации РК и Министерством труда и социальной защиты РК.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы определяет одним из основных приоритетов продвижение здорового образа жизни через широкое межсекторальное и межведомственное взаимодействие по вопросам охраны общественного здоровья. Программа предусматривает проведение следующих ключевых мероприятий (President of Kazakhstan, 2010):

- внедрение новых подходов к мероприятиям по продвижению здорового образа жизни и профилактике заболеваний, включая создание школ для пациентов, инициативных клубов, кризисных центров, организацию волонтеров, подготовку лидеров и тренеров из числа представителей местных сообществ, создание общественных советов и ассоциаций;

- формирование мотивации населения и создание условий для ведения здорового образа жизни, включая создание доступных спортивно-оздоровительных объектов и развитие массового спорта в городах и селах, информирование и обучение населения здоровому образу жизни с широким привлечением средств массовой информации;
- формирование мотивации работодателей к обеспечению условий ведения здорового образа жизни работниками организаций, а также закрепление за работодателями ответственности за своевременное прохождение работниками профилактических осмотров;
- создание условий для активного привлечения НПО к мероприятиям по формированию здорового образа жизни.

## 5.2 Первичная медико-санитарная/амбулаторная помощь

Несмотря на то, что Казахстан принял Алма-Атинскую декларацию 1978 года, в которой указано, что основой действенной, эффективной и справедливой работы всех систем здравоохранения должна быть ПМСП (ВОЗ, 1978), в стране сектору ПМСП в течение долгого времени уделялось мало внимания, так как приоритет отдавался сектору стационарной помощи. В 1990-х годах после введения платы пациентов за большую часть диагностических услуг, а также вследствие необходимости приобретать ЛС для оказания амбулаторной помощи, произошло резкое сокращение потребления амбулаторно-поликлинических услуг. Государственные учреждения ПМСП годами испытывали дефицит финансирования.

В 2000-х годах эта ситуация значительно изменилась. Государственные учреждения ПМСП, отделились от стационаров как самостоятельные организационно-правовые единицы с отдельным финансированием, получив больше самостоятельности в управлении внутренними ресурсами и возможностью более эффективно их использовать.

Государственная программа по развитию и реформированию здравоохранения на 2005–2010 годы обозначила следующие меры по приоритетному развитию ПМСП (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2004):

- развитие общей врачебной практики и переход к семейной медицине;
- введение новых стимулирующих методов оплаты, как, например, подушевое финансирование с учетом объема предоставленных услуг;

- повышение заработной платы, включая дополнительные выплаты сельским медицинским работникам;
- обучение и повышение квалификации медицинских работников ПМСП;
- введение свободного выбора поставщика медицинских услуг ПМСП.

В то время как объем и перечень услуг ПМСП, включенных в ГОБМП, определяет Министерство здравоохранения РК, предоставление ПМСП администрируют ОУЗ с финансированием из средств областных бюджетов.

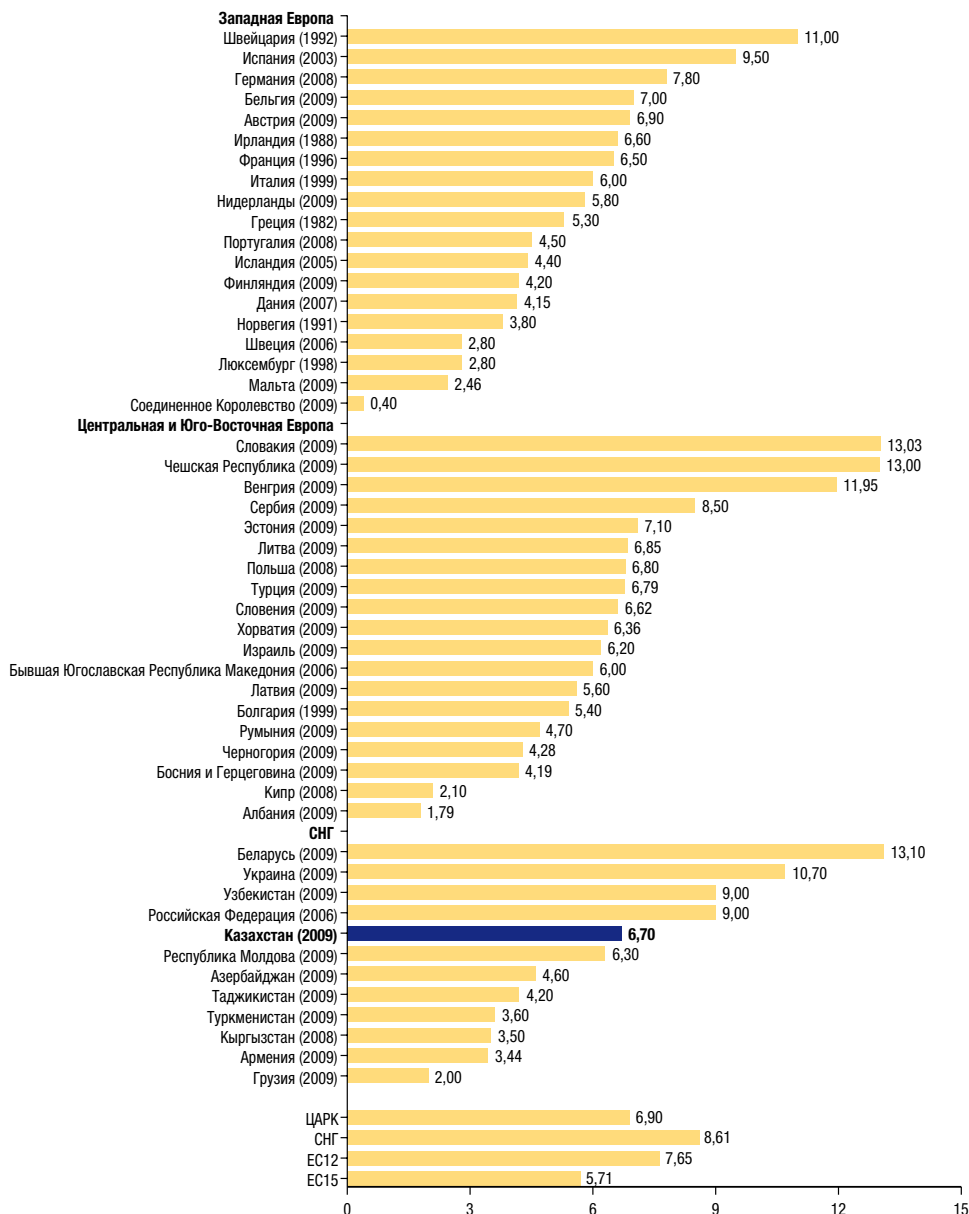
В рамках программы реформ в здравоохранении инфраструктура организаций ПМСП, особенно в сельской местности, обновлена и приведена в соответствие с Государственным нормативом сети организаций здравоохранения, а также Государственной программой развития сельских территорий на 2001–2010 годы. В 2009 году за счет средств местных бюджетов проведен капитальный ремонт 612 объектов здравоохранения (на общую сумму 11 млрд тенге). Базовый оклад работников ПМСП в 2007 году вырос до 10 890 тенге (Постановление Правительства РК от 29.12.2007 № 1400). Однако дефицит квалифицированного медицинского персонала остается одной из наиболее важных проблем сектора ПМСП, особенно в сельской местности, где не восполняется уходящий на пенсию медицинский персонал. Согласно данным областных и городских управлений здравоохранением в 2009 году в секторе ПМСП не хватало 6700 медицинских работников, включая 2000 работников в сельских регионах. Показатель обращений за амбулаторной помощью на одного человека в год в 2009 году составил 6,7, приблизившись к среднему аналогичному показателю по ЦАРК в 6,9 (рис. 5.1).

### 5.2.1 В городах

Оказание ПМСП в городах отличается от сельских районов. В городских поликлиниках оказывают как ПМСП, так и специализированную амбулаторно-поликлиническую помощь. Городские поликлиники – это либо самостоятельные, либо входящие в состав больниц организации. Это довольно крупные медицинские организации, в которых работают врачи 10–20 специальностей и предоставляются консультативные, диагностические и лабораторные услуги. В советские времена пациенты прикреплялись к участковому врачу по месту жительства. В настоящее время пациенты имеют право на выбор поставщика ПМСП.

**Рис. 5.1**

Число обращений за амбулаторной помощью на одного человека в странах Европейского региона ВОЗ или за последний имеющийся год (указан в скобках)



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Создание смешанных поликлиник (обслуживающих как взрослое, так и детское население) поддерживается Министерством здравоохранения РК, и их число постоянно растет. Однако в системе сохраняется большое число специализированных поликлиник для целевых групп населения, таких, например, как поликлиники только для взрослых или только для детей, или только женские консультации. В период между 2005 и 2009 годом число семейных и врачебных амбулаторий в городах сократилось, поскольку они были реорганизованы в смешанные поликлиники, при этом число врачей общей практики возросло (таблица 5.2).

**Таблица 5.2**

Организации ПМСП в городах, 2005–2009 гг., в абсолютном выражении

	2005	2006	2007	2008	2009
Семейные врачебные амбулатории	227	211	101	111	79
Врачи общей практики	730	460	719	836	837

Источник: Ministry of Health, 2011a.

### 5.2.2 В сельской местности

В 2009 году в стране насчитывалось 7660 сельских населенных пунктов с населением в 7,4 млн человек. Медицинские услуги в этих населенных пунктах оказывают 1718 сельских врачебных амбулаторий (СВА и ВА), 163 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) и 3847 медицинских пунктов на базе ФАП.

В СВА сельской местности обычно работают терапевт, педиатр, медсестра и акушерка, иногда – хирург и стоматолог. Врачи, работающие в СВА, обеспечивают базовые услуги ПМСП и в определенные дни выезжают на прием больных на дому, а также принимают пациентов, направленных медицинскими работниками ФАПов.

ФАПы являются подразделениями СВА и включают фельдшеров, помощников врачей и/или акушерок. В советское время ФАПы были первой линией контакта сельского населения с медицинскими работниками. Персонал этих организаций обеспечивал базовую лечебную помощь, антенатальную и постнатальную помощь (роженицы направлялись в ближайшее родильное отделение), проводили основные профилактические мероприятия, как, например, иммунизацию, санитарно-просветительную работу, выдачу ЛС по предписанию врача.

Врачи близлежащих больниц, поликлиник или районных больниц регулярно навещали ФАПы, которые, в среднем, обслуживали 700–1000 человек населения. В 1990-е годы вся система распалась, а ФАПы и ФП пришли в упадок. В 2006 году Министерство здравоохранения РК ввело новый тип сельского медицинского учреждения на базе ФАП – медицинские пункты. Они крупнее ФАПов и предоставляют более широкий спектр услуг. На конец 2009 года их количество составляло 3847 (таблица 5.3).

**Таблица 5.3**

Сельские организации ПМСП, 2005–2009 гг., в абсолютном выражении

	2005	2006	2007	2008	2009
Число сельских врачебных амбулаторий (СВА)	1 241	1 375	1 565	1 656	1 718
Число фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП)	1 287	1 013	209	56	72
Число фельдшерских пунктов (ФП)	2 738	1 813	481	91	91
Число медицинских пунктов	0	1 229	3 403	3 896	3 847
Число медицинских сестер и фельдшеров, работающих в сельской местности без содержания отдельных помещений	817	621	392	352	322

Источник: Ministry of Health, 2011a.

Обеспечение качественной медицинской помощи в сельской местности остается одной из самых трудных задач системы здравоохранения Казахстана. Сельское здравоохранение в переходный период испытывало особенно сильный дефицит финансирования. До недавнего времени некоторые сельские организации не снабжались ЛС, техническое обслуживание зданий и медицинского оборудования оставалось на низком уровне. В 2009 году уровень оснащенности сельских объектов ПМСП медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения с учетом проводимой типизации организаций ПМСП составлял 35% для МП, 44% для ФАПов, 39%, для СВА/ВА. Кроме того, среди существующих зданий и сооружений в сейсмоопасных регионах республики не соответствуют установленным нормам и подлежат усилению или сносу 247 учреждений здравоохранения.

Одной из основных проблем первичного звена в сельской местности является кадровый дефицит. На национальном и местном уровне принимаются меры к решению данной проблемы. Акимы областей улучшили социальный пакет для новых специалистов, куда входят подъемные в размере 200 000 – 300 000 тенге, льготы при получении земельных участков, на коммунальные услуги, проезд на общественном транспорте, устройство детей в дошкольные организации и т.д.



За последние несколько лет на село было привлечено более 600 врачей. Однако в 2009 году отмечался дефицит в 2000 врачей для работы на селе.

Другая проблема связана с доступностью медицинской помощи в сельских регионах Казахстана в виду отсутствия транспортного сообщения (общественного и частного) между удаленными деревнями и районными центрами. Для улучшения доступности медицинской помощи в сельских и отдаленных регионах Министерство здравоохранения РК поддерживает развитие телемедицины, позволяющей специалистам организовывать дистанционные конференции для постановки диагноза и консультирования. С 2004 года Министерство здравоохранения РК реализует инвестиционный проект «Развитие телемедицины и мобильной медицины в сельской местности» для улучшения доступности высокоспециализированной помощи в сельских и отдаленных районах. В 2010 году телемедицина была внедрена в 14 областях страны.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» предусматривает улучшение доступности и качества ПМСП. Программа предусматривает значительное увеличение предоставления услуг ПМСП врачами общей практики, разработку механизмов сокращения стационарной помощи и перераспределение высвобожденных ресурсов на нужды ПМСП, профилактические мероприятия, улучшение социальных пакетов для медицинских работников, особенно в сельской местности (President of Kazakhstan, 2010).

### **5.3 Специализированная амбулаторная/ стационарная медицинская помощь**

Специализированная амбулаторная помощь предоставляется поликлиниками и больницами общего профиля. Высокотехнологичная помощь, требующая высоких диагностических, клинических и реабилитационных технологий, обеспечивается специальными лечебными организациями (President of Kazakhstan, 2009).

Специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь оказывают следующие виды медицинских организаций:

*Поликлиники* – самостоятельные или амбулаторные подразделения больниц, оказывающие как ПМСП, так и специализированную амбулаторную помощь. Городские поликлиники имеют свое руководство и обычно

собственный штат, отдельный от больничного. Большинство поликлиник являются государственными; многие располагают собственным коечным фондом, позволяющим оказывать услуги дневного стационара.

*Сельские участковые больницы (СУБ)*, как правило, имеют примерно 20–25 коек и используются для оказания скорой медицинской и специализированной помощи, а также оказывают услуги по охране материнства и амбулаторное лечение. СУБы являлись основой сельской стационарной помощи. В настоящий момент многие СУБы находятся в состоянии физического износа, работают на устаревшем оборудовании и испытывают нехватку ЛС. В период с 1991 по 1997 год количество СУБов уменьшилось с 830 до 208 (Kulzhanov & Healy, 1999). В 2009 году осталось 172 СУБа. Закрытие СУБов сократило доступ сельского населения к специализированной помощи (Ministry of Health, 2011a).

*Центральные районные больницы (ЦРБ)* располагаются в районных центрах и рассчитаны примерно на 100–300 коек. В ЦРБ работают врачи различных специальностей; при многих ЦРБ также есть поликлиники. В течение 2006–2008 годов в соответствии с Государственной программой реформирования ЦРБ целенаправленно оснащались современным диагностическим оборудованием, однако из-за необученности персонала, дефицита комплектующих и расходных материалов много дорогостоящего оборудования простаивает.

*Областные и городские больницы* рассчитаны на 600–1000 коек и оказывают широкий спектр услуг специализированной медицинской помощи с использованием более продвинутых технологий. Обычно располагаются в областных центрах.

*Специализированных больниц* очень много, поскольку для многих категорий заболеваний и групп населения предусмотрены отдельные стационарные учреждения, в том числе: детские больницы, родильные дома, кардиологические, туберкулезные, психиатрические, неврологические, онкологические больницы и кожно-венерологические диспансеры.

*Национальные (республиканские) больницы* и научно-исследовательские институты оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь, проводят различные исследования, занимаются координацией соответствующих вертикальных программ и служат клинической базой для студентов медицинских вузов и практикантов-стажеров. В основном они расположены в г. Алматы, но в последние годы их число растет и в г. Астане; сюда входят НИИ онкологии, НИИ акушерства и гинекологии, НИИ педиатрии, НИИ психиатрии и НИИ туберкулеза.

АО «Национальный медицинский холдинг», организованный в г. Астане в 2009 году, включает медицинский университет и пять республиканских НИИ, обеспечивающих высокотехнологичную помощь: Национальный научный центр материнства и детства, Республиканский детский реабилитационный центр, Национальный диагностический центр, Республиканский научный центр нейрохирургии, Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи. К 2011 году должно завершиться строительство еще одного объекта: Республиканского научного центра кардиохирургии.

Основными характеристиками стационарного сектора оказания медицинской помощи являются:

- высокие расходы (более половины бюджетных средств, выделенных на здравоохранение, уходят на этот этап оказания помощи);
- использование устаревшего нормативного принципа планирования сети и структуры стационарной помощи: число коек на количество населения является основным нормативом, который определяет другие нормативы планирования, что приводит к малоэффективному использованию ресурсов;
- узкая специализация больничной помощи с широкой сетью различных специализированных клиник;
- пролонгированное лечение и длительное пребывание в стационарах, что не всегда было оправданным;
- неформальные платежи за более внимательное отношение и качественную медицинскую помощь.

Качество медицинской помощи во многих больницах остается на низком уровне. В 2009 году при поддержке Всемирного банка в Казахстане проведена аккредитация медицинских организаций, независимо от формы собственности. Результаты аккредитации подтвердили низкую степень соответствия национальным стандартам. Аккредитация проведена 1404 медицинским организациям. Из них только 8 аккредитованы на 3 года, сроком на 1 год аккредитовано 1328 и не аккредитованы 13 медицинских организаций (Ministry of Health, 2009a).

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» предусматривает комплексные меры по улучшению экономической эффективности и качества стационарной помощи. Основными направлениями улучшения являются работа стационаров, развитие больниц общего профиля со

специализированными отделениями, расширение технологий диагностики и лечения. Одним из путей достижения наиболее экономичного использования ресурсов является более широкое использование стационарозамещающей помощи. Количество дневных стационарных коек выросло с 278 813 в 2005 году до 445 145 в 2009 году (President of Kazakhstan, 2010).

## 5.4 Скорая медицинская помощь

Службы скорой медицинской помощи обеспечивают круглосуточную помощь через отдельные станции скорой помощи и службы, организованные при больницах. В состав бригад скорой помощи входят врачи, фельдшеры и медсестры; иногда им в помощь дают врачей-специалистов, например, кардиологов. Пациенты вызывают скорую помощь по телефону, и врач приезжает по вызову, за исключением простейших случаев, и принимает решение о том, можно ли лечить пациента на дому или его необходимо доставить в поликлинику или больницу. В 2009 году выполнено более 5 миллионов вызовов, из которых 581 000 вызовов (11%) переадресованы в организации ПМСП. Сведения о проведенном лечении направляются врачу в учреждение ПМСП, к которому прикреплен пациент. В 2009 году служба скорой помощи включала 40 станций скорой помощи и 208 отделений скорой медицинской помощи. В 2009 году число бригад составило:

- общих врачебных – 531;
- педиатрических – 186;
- фельдшерских – 1299;
- специализированных бригад всего 348, из них кардиологических – 111, психиатрических – 37, интенсивной терапии – 160, другие – 40.

В стране продолжают приниматься меры по модернизации службы скорой медицинской помощи. Так, для служб скорой помощи в г. Алматы и г. Астана введена новая компьютеризированная диспетчерская служба, использующая программное обеспечение специализированной медицинской информационной системы для скорой помощи («MISS-Emergency»), разработанное в Российской Федерации. Это позволило в 4–5 раз сократить время ожидания ответа (теперь оно составляет менее одной минуты), повысить число отвеченных звонков и улучшить качество работы службы скорой медицинской помощи в целом.

Хотя служба скорой медицинской помощи улучшается, предстоит решить ряд серьезных проблем, включая недостаточное финансирование, изношенное и устаревшее оборудование, слабую интеграцию с ПМСП и скорой медицинской помощи. Отделения скорой медицинской помощи недооснащены санитарным транспортом, который к тому же зачастую находится в плохом техническом состоянии. Бывают случаи, когда у служб скорой помощи нет бензина, чтобы доставить пациента в больницу; не хватает оборудования и медикаментов. В неотложном состоянии пациента зачастую приходится перевозить на довольно значительные расстояния либо потому, что не во всех больницах ему могут оказать необходимую помощь, либо потому, что у бригады скорой помощи есть еще и другие вызовы. Согласно стандартам, принятым Министерством здравоохранения РК, оснащенность служб скорой и неотложной помощи в 2009 году составила 70% от нормы, потребности в санитарной авиации покрывались на 85%, а укомплектованность кадрами – на 76,5%. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» нацелена на улучшение скорой медицинской помощи посредством модернизации оборудования и помещений, улучшение логистики и менеджмента, приведение клинической практики в соответствие с международными стандартами доказательной медицины (President of Kazakhstan, 2010).

## 5.5 Медикаментозная помощь

С 2000 года Правительство РК оказывает активное содействие развитию фармацевтического рынка, и в настоящее время в Казахстане он является один из самых динамичных на всем постсоветском пространстве. Этому способствовало быстрое экономическое развитие страны, отмена НДС на ЛС и благоприятный инвестиционный климат. В 2008 году оборот фармацевтического рынка страны составил около 800 млн долл. США или 0,1% мирового рынка (ВТА, 2008). Доля местного производства составила 10%, в то время как 90% лекарств импортировалось. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» нацелена на увеличение доли местного производства ЛС до 50% к 2015 году. В 2009 году Правительство РК утвердило строительство нового фармацевтического завода в г. Астана. Правительство также предполагает оказание значительной поддержки отечественным фармацевтическим производителям, гарантируя внедрение лучших международных практик и высокое качество местной

фармацевтической продукции. Правительство РК также предполагает оказание поддержки отечественным производителям в форме льготных займов, условий аренды и лизинга, а также контрактов на поставки продукции для обеспечения потребностей ГОБМП. Другие меры могут включать оборудование лабораторий Национального центра экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, а также подготовку национальных экспертов.

В последние годы система распределения ЛС и изделий медицинского назначения претерпела реформы. Новая система распределения ЛС нацелена на удовлетворение потребностей ГОБМП и оперирует на основе партнерства государства и частного сектора (Правительство РК, 2009). Предусматривается создание прозрачной системы закупок, эффективной системы транспортной и складской логистики; внедрение автоматизированной системы дистрибуции ЛС. Одна из целей новой системы – улучшение обеспечения отдаленных регионов и сельских районов ЛС. Существующая система складирования в Казахстане не отвечает современным требованиям. В настоящее время идет работа по организации фармацевтических центров, выполняющих функции современных фармацевтических складов-хранилищ. Оценочные затраты на строительство таких центров составляют 15 млн долл. США.

К 2008 году количество аптек в стране увеличилось в 1,7 раза по сравнению с 2001 годом (Medical Information Centre, 2009). В 2010 году в стране было 9990 фармацевтических организаций, включая 5956 аптек, 8244 аптечных пунктов, 1184 аптечных киоска и 1390 склада фармацевтических препаратов (таблица 5.4). Большая часть аптек находилась в частных руках (таблица 5.5).

Перечень «социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих» определен Постановлением Правительства РК от 30.03.2000 № 468. В этом перечне к «социально значимым» отнесены следующие заболевания: онкологические, онкогематологические и психические заболевания, наркологические заболевания, диабет сахарный, диабет несахарный, ревматизм, системная красная волчанка, локализованные болезни соединительной ткани, болезнь Бехтерева, детский церебральный паралич, наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы и мышц, демиелинизирующие заболевания нервной системы, эпилепсия, хронический гипокортицизм, Аддисонова болезнь, муковисцидоз, фенилкетонурия, псориаз, экзема мокнущая, врожденный ихтиоз, рахит,

Таблица 5.4

Объекты фармацевтической деятельности, 2010 г., в абсолютном выражении

	Фармацевтические и медицинские производства	Аптечные склады	Аптеки	Аптечные пункты	Аптечные киоски	Магазины (отделы) оптики	Магазины медицинской техники и изделий медицинского назначения	Всего
Акмолинская	4	33	243	68	42	21	1	412
Актюбинская	7	53	288	21	13	21	3	406
Алматинская	9	110	570	88	114	17	1	909
Атырауская	1	24	215	3	24	13	5	285
Восточно-Казахстанская	9	104	641	34	76	47	11	922
Жамбылская	5	42	224	46	42	39	2	400
Западно-Казахстанская	1	27	164	3	18	8	3	224
Карагандинская	6	48	444	29	84	39	9	659
Костанайская	2	78	374	42	3	21	11	531
Кызылординская	0	55	187	31	22	13	1	309
Мангистауская	0	25	159	10	8	15	2	219
Павлодарская	3	41	308	122	0	35	6	515
Северо-Казахстанская	4	50	228	153	35	9	0	479
Южно-Казахстанская	18	182	894	62	99	20	14	1 289
г. Алматы	59	389	673	106	520	45	3	1 795
г. Астана	3	129	344	26	84	39	11	636
<b>Итого</b>	<b>131</b>	<b>1 390</b>	<b>5 956</b>	<b>844</b>	<b>1 184</b>	<b>402</b>	<b>83</b>	<b>9 990</b>

Источник: Ministry of Health, 2011a.

Таблица 5.5

Аптеки, декабрь 2010 г., в абсолютном выражении

	Государственные		Частные		Всего	
	Городские	Сельские	Городские	Сельские		
Акмолинская		17	7	160	59	243
Актюбинская		26	9	208	45	288
Алматинская		15	17	255	283	570
Атырауская		0	0	144	71	215
Восточно-Казахстанская		18	7	448	168	641
Жамбылская		10	1	124	89	224
Западно-Казахстанская		6	3	120	35	164
Карагандинская		5	6	390	43	444
Костанайская		16	5	242	111	374
Кызылординская		0	0	105	82	187
Мангистауская		7	0	117	35	159
Павлодарская		4	0	258	46	308
Северо-Казахстанская		19	16	130	63	228
Южно-Казахстанская		32	24	452	386	894
г. Алматы		34	0	639	0	673
г. Астана		29	0	315	0	344
<b>Итого</b>		<b>238</b>	<b>95</b>	<b>4 107</b>	<b>1 516</b>	<b>5 956</b>

Источник: Ministry of Health, 2011a.

железодефицитная анемия, бронхиальная астма, инфаркт миокарда (первые шесть месяцев) и состояния после операции на жизненно важных органах, а также «заболевания, представляющие опасность для окружающих» (туберкулез, психические и венерические заболевания, лепра, ВИЧ/СПИД, а также карантинные инфекции), по которым гарантируются бесплатные ЛС при амбулаторном лечении. Список данных бесплатных препаратов постепенно расширяется с момента его введения в 2005 году с охватом все большего числа групп пациентов и болезней. В 2009 году из областных бюджетов было выделено 3,7 млрд тенге на финансирование амбулаторных лекарств полностью бесплатных или лекарств по сниженным ценам.

В фармацевтическом секторе создано несколько ассоциаций, которые представляют профессиональные и деловые интересы местных и иностранных производителей фармацевтической продукции и других участников фармацевтического рынка Казахстана. Среди них такие организации, как Ассоциация представительств фармацевтических фирм в РК, в которую входит 38 членов; Ассоциация товаропроизводителей фармацевтической и медицинской продукции «Медфарм Казахстан», представляющая интересы 39 компаний; Ассоциация поддержки и развития фармацевтической деятельности, имеющая свои территориальные отделения и в состав которой входит 205 компаний; и Ассоциация импортеров фармацевтической продукции, в которую входят дистрибьюторы.

## 5.6 Реабилитационная и долговременная помощь

Согласно Кодексу Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» реабилитационная и долговременная помощь предоставляется пациентам с врожденными и приобретенными в течение жизни заболеваниями, а также пациентам с хроническими болезнями или травмами. Законодательная база для организации долговременной помощи также включает закон от 21.06.1991 «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» и закон от 11.07.2002 «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями». В приказе министра труда и социальной защиты населения РК от 02.04.1998 № 88-п «Об утверждении Инструкции «О порядке предоставления населению Республики Казахстан протезно-ортопедической помощи» определены



категории населения, имеющие право на бесплатное обеспечение лекарствами, а также протезно-ортопедическими изделиями и слуховыми аппаратами и оборудованием для занятий лечебной физкультурой.

Министерство здравоохранения РК, Министерство труда и социальной защиты РК, Министерство образования РК координируют оказание реабилитационной и долговременной помощи при участии НПО и общественных ассоциаций. Затраты на оказание такой помощи финансируются из средств областных и республиканских бюджетов здравоохранения в зависимости от уровня подчиненности лечебной организации. Более 10 лет Республиканский научно-практический центр социальной адаптации и профессионально-трудовой реабилитации детей и подростков с нарушениями в развитии (Центр САТР) занимается оказанием медико-социальной помощи детям с нарушениями в развитии. Во многих областях НПО оказывают помощь родителям детей с особыми нуждами в сотрудничестве с педагогами, медицинскими работниками и психологами. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» предусматривает улучшение реабилитационной и долговременной помощи, включая создание сети реабилитационных организаций и дневных стационаров, введение стандартов образования для медицинского персонала для повышения кадрового потенциала, а также внедрение высоких технологий в реабилитационной помощи.

## 5.7 Паллиативная помощь

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» определяет следующий порядок оказания паллиативной помощи и сестринского ухода (President of Kazakhstan, 2009):

- паллиативная помощь оказывается под руководством врача неизлечимым больным в терминальной (конечной) стадии заболевания в специализированных структурных подразделениях, самостоятельных медицинских организациях (хосписах) или в форме стационара на дому;
- сестринский уход осуществляется в случаях, не требующих врачебного наблюдения, в специализированных структурных подразделениях, самостоятельных медицинских организациях (больницах сестринского ухода) или в форме стационара на дому.

Социологическое исследование, проведенное в 2009 году в рамках проекта «Качество жизни пожилых людей» в сотрудничестве с международными организациями показало, что недостаточный доступ людей пожилого возраста к специализированной и третичной помощи является одной из причин высокого уровня смертности среди пожилых людей. Соцопрос подтвердил, что паллиативная помощь в стране находится лишь на начальном этапе своего развития при ее огромной потребности. Отсутствие паллиативной помощи респонденты отметили как одну из главных проблем. Хосписы финансируются государством лишь на 80%, в то время как остальную часть затрат покрывают международные организации (Амансаулык, 2010b).

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» предусматривает ряд мер, направленных на совершенствование паллиативной помощи больным и геронтологической помощи, включая:

- разработку стандартов и протоколов лечения больных, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу, в соответствии с международными требованиями;
- разработку и внедрение программы обучения паллиативной помощи для врачей, среднего медицинского персонала и социальных работников;
- совершенствование медицинской помощи, оказываемой людям пожилого возраста (геронтологическая и гериатрическая помощь);
- предполагает комплексное решение медико-биологических, социальных и психологических нужд людей пожилого возраста.

## 5.8 Охрана психического здоровья

Согласно данным Министерства здравоохранения РК в январе 2010 года в стране было зарегистрировано 295 760 психиатрических больных, что составило 1,9% населения страны, 27% из которых было признано инвалидами (Амансаулык, 2010b). Официально в Казахстане гарантирован доступ к широкому спектру услуг, включая консультации и диагностику, лечение, профилактическую психиатрическую помощь и реабилитацию. В целях реинтеграции лиц с нарушениями психики в общество в законодательстве РК предусмотрено создание государством возможностей для их труда и обучения, включая обязательные квоты для приема на работу

лиц с нарушениями психики (Appelbaum, 1998). Однако на практике эти положения не реализуются в полной мере. Детей с физическими и психическими отклонениями часто помещают в специализированные учреждения, а большинство положений законодательства по-прежнему носят декларативный характер и не получают финансовой поддержки со стороны государства. Перед службой охраны психического здоровья стоит ряд проблем, включая дефицит подготовленного квалифицированного персонала, социальная изоляция лиц с психическими заболеваниями, ограниченные возможности трудоустройства и экономически недоступные ЛС и медицинские услуги.

В соответствии с Постановлением Правительства РК от 30.03.2000 № 468 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих», психиатрические заболевания включены в перечень «заболеваний, представляющих опасность для окружающих», а пациенты с психическими заболеваниями имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» обеспечивает законодательную базу оказания психиатрической помощи (President of Kazakhstan, 2009), включая следующие положения:

- положения о добровольности обращения за психиатрической помощью и принудительных мерах медицинского характера в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);
- ограничение выполнения отдельных видов профессиональной деятельности для лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);
- права лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);
- процедуры психиатрического освидетельствования, диагностирования и лечения лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);
- оказание психиатрической помощи и социальная защита, гарантированные государством;
- госпитализация в психиатрический стационар и выписка;
- меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи.

## 5.9 Стоматологическая помощь

Перед стоматологической помощью страны стоит ряд управленческих и организационных проблем. Большая часть стоматологической помощи оказывается частными клиниками (таблица 5.6). Самые крупные и лучше всего оснащенные стоматологические клиники, как государственные, так и частные, находятся в городах Алматы и Астане, однако в целом доступность и качество стоматологических услуг остается низким, особенно в сельской местности. Профилактическая служба работает слабо, особенно в отношении детей. Согласно официальным данным в 2008 году у 30% детей зубы были поражены кариозным процессом, и у 45% до 55% детей имелись гнойно-воспалительные заболевания. Из 7800 школ только 340 (4,5%) имели зубоврачебные кабинеты (Chief Dentist, 2009).

**Таблица 5.6**

Медицинские организации, оказывающие стоматологическую помощь, 2009 г.

	Частной формы собственности	% частных от общего числа	Государственной формы собственности	% государственных от общего числа
Стоматологические поликлиники	254	93	20	7
Стоматологические кабинеты	294	30	672	70
Частные лица, оказывающие стоматологические услуги	554	100	–	–
<b>Всего</b>	<b>1 794</b>	<b>72</b>	<b>692</b>	<b>28</b>

Источник: Chief Dentist, 2009.

Возможности местной промышленности ограничены; в основном это производство зубного цемента и пломбирочного материала. Качество местной продукции считается низким; все высококачественное современное оборудование, материалы и инструменты импортируются (Commercesan, 2004). По законодательству РК вся стоматологическая продукция, импортируемая на территорию страны, должна быть зарегистрирована в Министерстве здравоохранения РК. После регистрации она вносится в Государственный реестр лекарственных средств Республики Казахстан («Перечень лекарственных средств, зарегистрированных и разрешенных уполномоченным государственным органом к применению и производству в Республике Казахстан»). В зависимости от вида препарата регистрация действительна в течение 3–5 лет, после чего препарат подлежит перерегистрации (Commercesan, 2004).

## 5.10 Альтернативная/дополнительная медицина

В СССР дополнительная и альтернативная медицина была официально признана как отдельная медицинская специализация в 1977 году и разрешена как элемент медицинской реабилитации. После обретения Казахстаном независимости в 1991 году сектор альтернативной медицины стал расти очень быстро, благодаря в целом положительному отношению властей к методам народной медицины, резким ухудшением ситуации в государственной системе здравоохранения и чрезвычайно сложными экономическими условиями, которые вынуждают людей искать альтернативные, более дешевые методы лечения (Penkala-Gawecka, 2002).

Хотя Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» исключил альтернативную медицину из официального списка медицинских профессий, она разрешена к практике на основании сертификата, «выдаваемого организациями здравоохранения, аккредитованными уполномоченным органом» (President of Kazakhstan, 2009). Физические лица, получившие данный сертификат, подлежат включению в реестр целителей РК.



## 6. Основные реформы здравоохранения

**П**осле обретения независимости в 1991 году Казахстан столкнулся с проблемой поддержания массивной и нерентабельной системы здравоохранения, ориентированной, в основном, на оказание стационарной помощи. Так же, как и в ряде других стран бывшего Советского Союза, первые реформы здравоохранения носили непоследовательный и недостаточно продуманный характер. Недостаток подготовленных административно-управленческих кадров вкупе с частыми изменениями в организационной структуре системы здравоохранения препятствовали поступательному ходу реформ. Начиная с 1996 года структура Министерства здравоохранения РК менялась, в среднем, каждые два года, со сменой министров здравоохранения и их команд. В 1996 году Министерство здравоохранения РК как самостоятельный административный орган было упразднено и интегрировано в объединенное Министерство здравоохранения, образования и спорта РК с последующим восстановлением своего независимого статуса в 2002 году.

Реформы системы финансирования здравоохранения прошли этап создания Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) в 1996 году, функционировавшего как параллельная структура наряду с прежней системой децентрализованного администрирования и финансирования медицинских организаций. После упразднения ФОМС в 1999 году система здравоохранения финансировалась из средств республиканского бюджета здравоохранения и областных бюджетов, однако в 2001 году в рамках процесса более широкой децентрализации административно-управленческого аппарата функции финансирования здравоохранения и управления были децентрализованы до районного уровня. Такие изменения привели к созданию нерентабельных и плохо управляемых микросистем здравоохранения, что негативно влияло на общую эффективность системы здравоохранения и доступность медицинских услуг для населения. В настоящий момент финансовые ресурсы здравоохранения консолидированы на национальном и областном уровнях и находятся под администрированием Министерства здравоохранения РК и ОУЗ соответственно.

Структура периферийной системы здравоохранения изменилась: дезинтегрированная система здравоохранения районного уровня с жесткой вертикальной субординацией трансформировалась в интегрированную систему областного уровня с большей самостоятельностью и, затем, в ныне действующую систему с разделением стационарной и первичной помощи между национальным и областным уровнями соответственно. Приоритет ПМСП в начале реформ был на высоком уровне, затем снизился, и вновь был реально усилен в ходе последних реформ. В системе медицинского образования инициированы комплексные реформы, отражающие потребности системы здравоохранения во врачах общей практики и семейной медицине. В клиническую практику начинают вводиться подходы, основанные на доказательной медицине. И наконец, такие новые структуры, как АО «Национальный медицинский холдинг», становятся важными участниками системы.

## 6.1 Анализ последних реформ

Необходимость реформ здравоохранения в Казахстане, инициированных в 1995 году, была вызвана несколькими факторами: ухудшением состояния здоровья населения, бюджетным кризисом, ростом формальных и неформальных платежей больных за медицинские услуги, чрезмерной ориентированностью на стационарную помощь и неудовлетворенность общества системой здравоохранения в целом. Кроме того, на реформах настаивали международные организации, оказывавшие Казахстану донорскую поддержку. Проводимые в то время реформы характеризовались значительной фрагментацией как результат непоследовательности в реализации реформ на областном и районном уровнях, а также отсутствием скоординированной национальной стратегии.

Ввиду жестокого экономического кризиса, последовавшего за развалом Советского Союза, экономические реформы в стране начались сразу же в первые годы переходного периода. В 1995 году были начаты многие реформы здравоохранения, в том числе попытка введения обязательного медицинского страхования и реализация первых реформ на региональном уровне в пилотных областях (Жезказганской и Семипалатинской, впоследствии объединенных с Карагандинской и Восточно-Казахстанской областями соответственно).

В 1996 году был создан Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС). К 1998 году ФОМС оказался неплатежеспособным в силу того, что отчисления от фонда заработной платы оказались гораздо



**Вставка 6.1****Основные вехи реформ в области здравоохранения**

- 1991 Разрешена частная медицинская практика.
- 1992 Принята Концепция реформирования здравоохранения, призывающая к введению обязательного медицинского страхования, усилению роли ПМСП, децентрализации управления системой, введению частной медицинской практики, обеспечению права пациента на свободный выбор врача и улучшению медицинского образования.
- 1995–1999 Проведение реформ здравоохранения в двух пилотных областях.
- 1996 Введено обязательное медицинское страхование, финансируемое за счет налогов работодателей (фонд заработной платы) (затем отменено в 1998 году).
- 1997 Принята стратегия Президента РК до 2030 года, представляющая спектр мер в сфере социальной политики, в том числе и достижение таких целей системы здравоохранения, как формирование здорового образа жизни и проведение мер в других областях по продвижению здорового образа жизни и профилактике заболеваний.
- 1998 Правительство учреждает Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК (НЦПФЗОЖ МЗ РК) и утверждает первую национальную программу формирования здорового образа жизни.
- 1998 Закон Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан». Законом был охвачен широкий обзор проблем здравоохранения в стране и определены приоритетные направления реформ, утверждены стратегии развития, включающие постановку более 20 измеримых, но, тем не менее, широких, задач, охватывающих многие проблемные аспекты здоровья населения и также определяющие пути решения этих задач к 2008 году.
- 2004 Принята Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы.
- 2005–2010 Реализация Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы, направленной на улучшение качества и экономической эффективности медицинских услуг, создание новой нормативно-правовой базы, обеспечивающей равный доступ населения к медицинским услугам, а также переход к ПМСП и амбулаторной помощи.
- 2009 Принята Концепция Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ), основанной на свободном выборе поставщика медицинских услуг пациентом, развитии конкуренции и обеспечении прозрачности в системе здравоохранения.
- Принят Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».
- 2010 Принята Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан».

меньшими, чем ожидалось, и областные органы исполнительной власти не перечисляли средства на обязательное медицинское страхование социально уязвимых групп населения. После российского экономического кризиса 1998 года социальные льготы для многих групп населения были отменены и в Казахстане была вновь введена жесткая схема бюджетного финансирования системы здравоохранения; ряд внебюджетных фондов, включая ФОМС, прекратили свое существование. С 1999 года единственным общественным источником финансирования здравоохранения стал государственный бюджет республиканского и областного и районного уровней.

Реализация реформ здравоохранения в масштабах всей страны, предпринятая в 1999–2000 годах, потерпела неудачу в силу недостаточной технической и методологической подготовки, слабой нормативно-правовой базы и недостаточной политической поддержки. Это привело к откату многих элементов реформ здравоохранения в 2001–2004 годах, особенно в области ПМСП. Децентрализация финансирования здравоохранения до районного уровня послужила еще одним серьезным препятствием на пути реализации реформ. Новый этап реформ начался в 2004 году, когда правительство и вновь созданное Министерство экономики и бюджетного планирования инициировали значительное увеличение бюджета здравоохранения, настаивая на более эффективном использовании выделенных средств.

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы была принята в сентябре 2004 года. Основанием для ее разработки послужила масштабная стратегия государственного развития «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике и конкурентоспособной нации», принятая Правительством РК в марте 2004 года. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы ставила целью улучшение доступа населения к медицинской помощи, а также качества медицинских услуг при повышении их экономической эффективности. Программа определяла следующие приоритетные задачи:

- приоритетное развитие ПМСП и перенос акцента со стационарного на амбулаторное лечение;
- достижение международных стандартов в здравоохранении посредством внедрения новых технологий и современных методов лечения;
- укрепление здоровья матери и ребенка;
- создание системы независимой экспертизы;
- обучение медицинских и управленческих кадров;

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

Разработка и реализация Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы обеспечили более последовательный подход к реформам здравоохранения и внесли стабильность в проведение политики в области здравоохранения. Была создана новая система финансирования здравоохранения, включающая консолидацию финансовых ресурсов на областном уровне с ОУЗ, выполняющими функции единого плательщика медицинских услуг, улучшены механизмы оплаты услуг посредством введения новых систем оплаты поставщиков медицинских услуг. Проведенные финансовые реформы создали условия для развития конкуренции и повышения управленческой самостоятельности медицинских организаций. Новые методы финансирования поставщиков медицинских услуг (подушевое финансирование ПМСП, финансирование стационарной помощи за пролеченный случай, частичное фондодержание для амбулаторной специализированной помощи) внесли в систему здравоохранения принцип оплаты по результатам.

В период с 2005 до 2009 год страна достигла значительного прогресса в продвижении принципов доказательной медицины среди менеджеров системы здравоохранения, академического сообщества и поставщиков медицинских услуг. Доказательная медицина как принципиальное условие клинической практики, образования и науки получает все более широкое признание.

В рамках Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2004) были достигнуты следующие основные цели:

- в 2009 году был принят Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- установлены минимальные стандарты по ГОБМП;
- разработаны и реализуются отраслевые программы по следующим направлениям: здоровье матери и ребенка, служба крови, СПИД, кардиологическая и кардиохирургическая помощь, здоровый образ жизни, санитарно-карантинная служба на Государственной границе, ПМСП, лекарственное обеспечение, типизация и стандартизация сети государственных медицинских организаций, Единая национальная система здравоохранения, бюджет здравоохранения, подготовка менеджеров здравоохранения, информационно-аналитическая служба;

санитарно-эпидемиологическая служба, оценки рисков в области здравоохранения (President of Kazakhstan, 2010).

Однако не все поставленные программой цели были достигнуты к 2009 году. Например, не в полной мере реализованы новые финансовые механизмы, направленные на улучшение результатов деятельности (Accounts Committee, 2009).

В продолжение проведенных реформ предстоит решить ряд фундаментальных проблем:

- необходимость дополнительных вложений в здравоохранение, особенно в развитие ПМСП и ГОБМП;
- низкая эффективность системы здравоохранения, поскольку финансирование здравоохранения ориентировано на поддержание мощности сети, а не на ее эффективность;
- недостаточное использование эффективных механизмов финансирования ПМСП ввиду отсутствия финансирования на стимулирующие выплаты, направленные на создание стимулов для работников ПМСП улучшать качество и расширять ассортимент услуг;
- несовершенство нормативной правовой базы здравоохранения;
- слабая подготовка менеджеров здравоохранения;
- несправедливость в доступе населения к медицинским услугам в регионах, что особенно относится к сельскому населению по сравнению с городским населением (President of Kazakhstan, 2010).

Как говорилось выше, другим препятствием для разработки и реализации последовательных реформ в здравоохранении в первые два десятилетия после обретения страной независимости послужила частая смена политического руководства Министерства здравоохранения РК.

## 6.2 Перспективы развития

Концепция реформ в здравоохранении следующего этапа изложена в трех основных документах: Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года, Концепции создания Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан 2009 года и Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан», принятая Указом Президента РК от 29.01.2010.

### **6.2.1 Стратегический план развития Республики Казахстан до 2020 года**

Стратегический план развития Республики Казахстан до 2020 года, утвержденный Указом Президента РК от 01.02.2010 № 922, определяет приоритетной задачей улучшение доступности и качества медицинских услуг. План предусматривает пересмотр инвестиционной политики в здравоохранении, внедрение системы финансирования и оплаты медицинских услуг, ориентированной на результаты, создание эффективной системы лекарственного обеспечения. Формирование здорового образа жизни и солидарной ответственности государства и населения за здоровье являются неотъемлемой частью всей политики здравоохранения. В таблице 6.1 представлены цели развития здравоохранения, отраженные в Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года.

### **6.2.2 Концепция создания Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан**

В 2009 году Министерство здравоохранения РК одобрило Концепцию создания Единой национальной системы здравоохранения РК. В концепции отражены стратегические цели развития единой системы здравоохранения, основанной на свободном выборе поставщика медицинских услуг пациентом, развитии конкуренции и обеспечении прозрачности в системе здравоохранения. Реализация этой концепции предусматривает решение следующих задач:

- создание на национальном уровне единого плательщика ГОБМП в рамках стационарной и стационарозамещающей помощи с оплатой за фактические расходы;
- внедрение новой модели финансирования ГОБМП, ориентированной на конечный результат;
- внедрение современных принципов управления;
- развитие электронной информационной системы;
- проведение аккредитации, развитие системы внутреннего аудита субъектов здравоохранения и независимой экспертизы качества медицинских услуг;
- совершенствование дифференцированной оплаты труда, ориентированной на конечный результат.

Таблица 6.1

### Цели Стратегического плана развития Республики Казахстан до 2020 года в сфере здравоохранения

	К 2015 году	К 2020 году
<b>Основные показатели здоровья</b>		
Ожидаемая продолжительность жизни населения увеличится	до 69 лет	до 72 лет
Материнская смертность снизится	в 1,5 раза	в 2 раза
Младенческая смертность снизится	в 1,5 раза	в 2 раза
Смертность снизится	на 15%	на 30%
Заболееваемость туберкулезом снизится	на 10%	на 20%
<b>Финансирование и управление в здравоохранении</b>		
Внедрена система свободного выбора врача и медицинской организации	X	
Созданы равные условия для граждан республики в получении медицинских услуг в рамках ГОБМП независимо от места проживания	X	
Снижен уровень частных неформальных платежей населения	X	
Внедрен механизм софинансирования	X	
Разработана система оценки эффективности инвестиций в здравоохранение	X	
Внедрена эффективная тарифная политика	X	
Созданы эффективные системы финансирования здравоохранения и оплаты поставщиков медицинских услуг		X
Создана современная система управления здравоохранением		X
Внедрены новые механизмы повышения солидарной ответственности граждан за свое здоровье		X
<b>Предоставление медицинских услуг</b>		
30% всех медицинских услуг амбулаторного сектора в рамках ПМСП предоставляются врачами общей практики	X	
Стационарную помощь оказывают в основном многопрофильные больницы		X
Уровень расходов на ПМСП доведен до 40% от общего объема средств, выделяемых на ГОБМП	X	
Основные показатели работы организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь (оборот койки, средняя продолжительность пребывания в стационаре и др.), соответствуют международным стандартам эффективности		X
<b>Доступность и качество ЛС</b>		
Повышена доступность ЛС и изделий медицинского назначения, используемых для оказания ГОБМП, особенно в сельской местности	X	
Внедрено государственное регулирование цен на ЛС, закупаемые государственными организациями здравоохранения	X	
Внедрена эффективная система обеспечения ЛС и изделиями медицинского назначения в рамках ГОБМП		X
<b>Сфера здорового образа жизни</b>		
Охват граждан, занимающихся физической культурой и спортом, увеличен	до 25%	до 30%
Охват детей и подростков, занимающихся физической культурой и спортом, увеличен	до 12%	до 15%
Табакокурение, наркомания и злоупотребление алкоголем среди населения снижены	на 15%	
В обществе сформирована идеология ведения здорового образа жизни		X

Указом Правительства РК от 04.08.2009 № 1174 утвержден План реализации Единой национальной системы здравоохранения. План предусматривает переподготовку более 5000 менеджеров здравоохранения в 2009 году (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2009h).

В то время как некоторые элементы Концепции, как, например, обоснованность консолидации финансовых ресурсов стационарной помощи на национальном уровне, ставятся под вопрос ввиду территориальных масштабов страны и небольшой плотности населения, первые результаты реализации ЕНСЗ, хотя и не однозначны по ряду причин операционного характера, в общем и целом положительны.

В результате конкуренции, создавшейся в здравоохранении в 2010 году, сокращены 1448 стационарных коек, 709 коек переведены в дневной стационар и 944 койки поменяли клинический профиль в соответствии с потребностями. Показатели среднегодовой занятости койки в отделениях в больницах краткосрочного лечения выросла с 81,2% в 2009 году до 91,5% в первом квартале 2010 года. Кроме того, частные лечебные организации получили право на предоставление услуг, включенных в ГОБМП.

### **6.2.3 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан»**

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» (President of Kazakhstan, 2010) определяет следующие основные принципы реформ в здравоохранении следующего этапа:

- интеграция системы здравоохранения наряду с ее общей экономической модернизацией;
- развитие стратегического планирования и управления, эффективного и устойчивого финансирования, качественной нормативно-правовой базы, современной базы для научного, методологического и институционального развития.

Программа ставит целью улучшение общественного здоровья, создание конкурентной среды в здравоохранении, а также обеспечение устойчивого социально-демографического развития страны. В программе определены следующие основные мероприятия, направленные на ее реализацию:

- усиление межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья;

- усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм;
- улучшение санитарно-эпидемиологической службы;
- совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в ЕНСЗ;
- совершенствование медицинского и фармацевтического образования, развитие и внедрение инновационных технологий в медицине;
- повышение доступности и качества ЛС для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой.



## 7. Оценка системы здравоохранения

За последние годы Казахстан достиг успехов в развитии здравоохранения, однако ключевые аспекты функционирования системы здравоохранения Казахстана требуют дальнейшего серьезного улучшения. Правительство РК планирует повышение финансовой защищенности населения посредством обеспечения ГОБМП и амбулаторных ЛС уязвимым группам населения. Также возросли государственные расходы на здравоохранение. Вместе с тем, в 2009 году частные выплаты за медицинские услуги составили 40,8% от всех расходов здравоохранения, создавая потенциальную угрозу катастрофических расходов на медицинские услуги для наиболее уязвимых групп населения. Согласно данным Агентства Республики Казахстан по статистике в 2008 году 7,4% населения не воспользовались медицинскими услугами по причине их высокой стоимости.

Несмотря на инвестиции и проведенные реформы, здоровье населения улучшилось незначительно. Основные проблемы общественного здоровья включают низкую ожидаемую продолжительность жизни, высокий уровень детской и материнской смертности, высокий уровень заболеваемости ТБ, рост бремени неинфекционных болезней. Об уровне предотвратимой смертности, несмотря на ограниченность доступных данных, можно судить по показателю пятилетней выживаемости больных с впервые установленным диагнозом рака, который в 2009 году оставался на низкой отметке в 50,2%.

Требуется серьезная работа по улучшению качества медицинской помощи. Казахстан уже движется в этом направлении, поддерживая принципы доказательной медицины, разрабатывая и внедряя новые клинические руководства, основанные на стандартах ВОЗ, работая над улучшением качества на уровне поставщика медицинских услуг. Предварительные результаты Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан

на 2005–2010 годы свидетельствуют об успехах в улучшении качества медицинской помощи, особенно в службе охраны материнства и детства, противотуберкулезной службе; однако и здесь необходимы серьезные усилия по дальнейшему улучшению.

Неравномерное распределение ресурсов по регионам, неравномерное потребление медицинских услуг и неравномерность показателей здоровья, несмотря на некоторое улучшение за последние годы, остаются одной из основных проблем в стране. Так, в период между 2001 и 2008 годом разброс расходов в здравоохранении в расчете на душу населения между наиболее обеспеченной и наиболее бедной областями сократился с 4,2 до 2,1 раза. Жители городов Алматы и Астана имеют преимущества в доступе к медицинской помощи, поскольку в этих двух городах сосредоточено большинство высокотехнологичных клинических центров; при этом, доступность медицинских услуг в отдаленных регионах страны значительно затруднена в силу географической разбросанности и малонаселенности территории.

В 2009 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении варьировала от 66,21 лет в Акмолинской области до 75,74 лет в г. Астане. Показатели детской и материнской смертности также сильно варьировали по регионам.

Эффективность использования ресурсов в системе здравоохранения РК снижена из-за продолжающейся ориентации системы на стационарную помощь; в 2008 году на стационары приходилось 53,4% всех государственных расходов на здравоохранение, в то время как на ПМСП выделялось лишь 16%. Избыточное количество стационарных коек, плохие показатели результатов лечения в стационарной службе, а также большое количество специализированных больниц свидетельствуют о необходимости улучшения технической эффективности системы.

Как и в других системах здравоохранения региона, прозрачность и подотчетность остаются главными проблемами в Казахстане; об этом свидетельствуют продолжающаяся неформальная оплата за медицинские услуги и ограниченное вовлечение населения по формированию политики в области здравоохранения.

## 7.1 Задачи системы здравоохранения

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (President of Kazakhstan, 2009) определяет следующие основные принципы государственной политики в области здравоохранения:

- обеспечение равного доступа граждан к безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи;
- солидарная ответственность государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- обеспечение ГОБМП;
- приоритетность профилактической направленности в деятельности системы здравоохранения;
- доступность медицинской помощи;
- постоянное повышение качества медицинской помощи;
- обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» нацелена на улучшение общественного здоровья через решение следующих задач (President of Kazakhstan, 2009):

- усиление межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия;
- улучшение доступности и качества медицинской помощи через развитие и совершенствование ЕНСЗ с приоритетным развитием ПМСП и повышение уровня ответственности граждан за свое здоровье;
- совершенствование медицинского и фармацевтического образования;
- развитие медицинской науки и исследований с акцентом на развитие и внедрение инновационных технологий в медицине.

## 7.2 Система финансовой защиты

Экономическая защищенность населения в здравоохранении является одной из основных задач реформ в сфере здравоохранения Казахстана. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы предусматривала комплексный подход к улучшению экономической защищенности населения в получении амбулаторной и стационарной помощи в рамках ГОБМП посредством консолидации финансовых ресурсов здравоохранения на областном уровне и создание системы единого плательщика, реструктуризацию системы обеспечения медицинских услуг с переносом акцента на развитие ПМСП и профилактику заболеваний, сокращение и реструктуризацию стационарного сектора (через развитие больниц общего профиля и стационарозамещающей помощи), а также внедрение систем оплаты поставщиков медицинских услуг по результатам, включая подушевое финансирование для ПМСП с корректировочными коэффициентами по полу, возрасту и географического нахождения обслуживаемого населения.

Последовательный рост ГОБМП, расширение пакета амбулаторных лекарств как часть ГОБМП для наибольшего охвата уязвимых групп населения и заболеваний, сокращающаяся разница между ставками подушевого финансирования как внутри областей, так и на региональном уровне, послужили главными факторами улучшения экономической защищенности населения в последние годы. В период с 2004 по 2009 год финансирование ГОБМП увеличилось с 90,5 до 273,1 млрд тенге, в то время как расходы в здравоохранении в расчете на душу населения выросли с 8740 тенге в 2004 году до 30 373 в 2009 году. Более того, в период между 2001 и 2008 годом разброс в финансировании здравоохранения в расчете на душу населения между наиболее обеспеченными и наиболее бедными областями сократился с 4,2 до 2,1 раза (см. раздел 3).

Значительный рост общих расходов в здравоохранении Казахстана обусловлен, главным образом, государственными расходами. Однако частные расходы (в основном, в форме личных платежей граждан) также стремительно выросли, а доля частных выплат сократилась незначительно с 46% в 2003 году до 41% в 2009 году.

Около 99% частных выплат на здравоохранение были неофициальными, что говорит об очень низком аккумуляровании рисков в частных затратах на здравоохранение.

В отсутствие последовательных и достоверных данных о влиянии реформ в здравоохранении на экономическую защищенность населения, эпизодические социологические исследования, как, например, исследование, проведенное общественным фондом «Амансаулык» «Доступность и качество медицинской помощи женщинам, проживающим в сельских районах Республики Казахстан» в 2009 году, позволило выявить некоторые важные проблемы (Амансаулык, 2010а). Согласно данным этого исследования 17,8% респондентов ответили, что платные медицинские услуги им доступны, 34,9% ответили, что только иногда могут позволить себе обратиться за платными услугами и 44,3% ответили, что платные услуги им недоступны. Более 35% респондентов утверждали, что им приходилось платить врачам государственных больниц/поликлиник наличными (Амансаулык, 2010а).

Напротив, согласно данным Агентства Республики Казахстан по статистике, в 2008 году только 7,4% населения отказались воспользоваться медицинскими услугами по причине их высокой стоимости (Агентство Республики Казахстан по статистике, 2008). Социальный опрос 2010 года, имеющий общенациональную репрезентативность, показал, что 4,1% (95% CI: 1,6–6,6%) респондентов, которые хоть раз болели в четырехнедельный период до опроса, не обратились к врачу из-за невозможности оплатить услугу, а 28,6% заплатили за полученную помощь (Balabanova et al., 2011).

### 7.3 Опыт пациента

Казахстан пока не разработал комплексного и последовательного подхода к изучению удовлетворенности пациента в системе здравоохранения. Вместо этого правительственные и неправительственные организации проводят отдельно взятые социологические исследования, нацеленные на изучение конкретных аспектов системы здравоохранения, характеризующие ее отзывчивость. Объем и надежность данных, предоставляемых такими исследованиями, неравномерны. В последние годы, однако, сделаны важные шаги по улучшению отзывчивости системы на предпочтения пользователей в контексте проводимых комплексных реформ в здравоохранении, предполагающих усиление роли пациента в системе здравоохранения и развитие гражданского общества в целом. Основные параметры отзывчивости системы отражены в новом Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», включая следующие: свободный выбор врача и медицинской организации, конфиденциальность

информации, относящейся к индивидуальному здоровью, право пациента на получение информации о своем здоровье, уважение к праву пациента на самостоятельный выбор в отношении своего здоровья и медицинских манипуляций, уважение к достоинству пациента, особенно пациентов, страдающих инфекционными болезнями или психическими расстройствами, предотвращение и снижение стигмы со стороны населения и медицинских работников, уважение к решениям, касающимся планирования семьи, конфиденциальность в вопросах репродуктивного здоровья и медицинская этика.

Свободный выбор пациентом организации ПМСП официально введен в стране в ходе реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы и, начиная с 2010 года, расширен на стационарную помощь в рамках создания ЕНСЗ. Практическая реализация права пациента на свободный выбор поставщика услуг здравоохранения, однако, находится пока на начальном этапе и требует дальнейшей работы в плане повышения осведомленности населения о своем праве выбора, а также в плане совершенствования технических механизмов для его полного внедрения. Серьезные инвестиции были направлены на модернизацию зданий и укрепление материально-технической базы существующих медицинских учреждений, а также построение новых, оснащенных современным оборудованием объектов здравоохранения, обеспечивающих более комфортные условия для пациентов и медицинского персонала. В сфере охраны материнства и детства значительные успехи были достигнуты в рамках внедрения стандартов эффективной перинатальной технологии, рекомендованных ВОЗ, требующих уважения к женщинам, новорожденным и их семьям. В родильных домах идет реорганизация внутренней планировки для создания индивидуальных родильных палат, совместного пребывания родильницы и новорожденного; создаются условия для партнерских родов и оказания поддержки со стороны семьи, как во время, так и после родов. Эти нововведения потребовали серьезных изменений в нормативно-правовой базе в сфере материнства и детства, включая пересмотр правил СЭС. Помимо этого, введено конфиденциальное консультирование по вопросам планирования семьи и ИППП, а также анонимное тестирование на ВИЧ. Создана новая модель ПМСП, более тесно связанная с местными сообществами и позволяющая оказывать социальную поддержку больным; предполагается внедрение этой модели на национальном уровне. Дальнейшее улучшение отзывчивости

системы здравоохранения и внедрение таких инициатив на национальном уровне определены приоритетами Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» (President of Kazakhstan, 2010):

Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности (бывший Комитет по контролю в сфере оказания медицинских услуг) РК несет первостепенную ответственность за оценку отзывчивости системы. Комитет отвечает за рассмотрение жалоб пациентов на месте в течение трех дней со дня поступления жалобы и проводит опросы на предмет удовлетворенности пациентов медицинскими услугами. «Общее количество обоснованных (подтвержденных) жалоб за отчетный период по сравнению с предыдущим отчетным периодом» (Ministry of Health, 2009b) является одним из основных индикаторов оценки результатов работы медицинских организаций. За последние годы наблюдается рост количества жалоб со стороны пациентов, которое достигло отметки 1662 в 2008 году (Ministry of Health, 2009). Рост жалоб в большой степени можно объяснить созданием более прозрачной системы здравоохранения, с более активным участием и ролью пациентов. В 2008 году 66% официально зарегистрированных жалоб пациентов относились к некачественному оказанию медицинской помощи; 17% жалоб были связаны с обоснованностью выдачи листка нетрудоспособности, и 6% жалоб относились к неудовлетворенности пациентов общим менеджментом и организацией обеспечения помощи. Порядка 70% жалоб были подтверждены полностью или частично в ходе рассмотрения. Из числа всех жалоб 84% относились к государственным медицинским учреждениям и 16% – к негосударственным; при этом, 80% жалоб поступило на счет городских медицинских учреждений, а 20% – на сельские. Основными причинами для жалоб были следующие:

- недооценка тяжести состояния больных по причине недостаточной квалификации медицинских работников, недобросовестного отношения к своим функциональным обязанностям;
- недостаточная работа на местах по организации оказания медицинской помощи;
- отсутствие преемственности на разных этапах оказания медицинской помощи;
- нарушение врачебной этики;
- недостаточная информированность населения о ГОБМП;

- неуккомплектованность медицинскими кадрами;
- недостаточная квалификация медицинских кадров;
- отсутствие внутриведомственного контроля за лечебно-диагностическим процессом;
- отсутствие знаний законодательства в сфере здравоохранения медицинскими работниками;
- привлечение медикаментов и личных средств пациентов при оказании медицинской помощи в рамках ГОБМП.

ОФ «Амансаулык» является одной из немногих НПО, которые собирают данные об удовлетворенности пациентов. В 2008 году общественный фонд открыл горячую линию в ряде крупных городов Казахстана для сбора данных об удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи.

Согласно данным, полученным по горячей линии в городах Алматы, Семипалатинске и Кызыл-Орде в январе и феврале 2010 года, из 2812 позвонивших граждан возрастной группы до 50 лет 531 человек жаловались на низкое качество медицинских услуг, 99 человек сообщили, что им предложили заплатить за медицинские услуги, являющиеся бесплатными, 138 позвонивших сообщили, что не в состоянии достать ЛС, включенные в ГОБМП (Амансаулык, 2011).

Социологическое исследование «Доступность медицинской помощи», проведенное в 2008 году Агентством Республики Казахстан по статистике, предоставило данные по времени ожидания пациентами приема врача (таблица 7.1):

**Таблица 7.1**

Время ожидания пациентами приема врача, 2008 г.

Время ожидания	Всего %	Город	Село	Мужчины	Женщины
Менее ½ часа	54,5	54,4	54,7	57,6	53,0
От ½ до 1 часа	30,8	34,1	26,5	29,4	31,5
От 1 до 1½ часов	8,8	6,5	11,8	7,7	9,4
От ½ до 2 часов	1,4	1,3	1,5	1,4	1,3
Более 2 часов	4,5	3,7	5,5	3,9	4,8

Источник: Agency of Statistics, 2008.



В декабре 2009 года Министерство здравоохранения РК учредило Бюро по госпитализации при РИАЦ МЗ РК. Основной целью деятельности Бюро по госпитализации является обеспечение реализации прав граждан на свободный выбор медицинского учреждения, доступности и прозрачности плановой госпитализации в рамках ГОБМП. Бюро выступает в роли посредника между амбулаторными и стационарными медицинскими организациями, проводит регистрацию и мониторинг направлений на госпитализацию, собирает данные и подготавливает отчеты. Основные функции Бюро включают:

- ежедневный сбор данных о свободных койках в стационарах в отдельных регионах и по стране;
- обеспечение информацией о свободных койках в стационарах медицинских учреждений, осуществляющих направление больных на госпитализацию;
- формирование листа ожидания для плановой госпитализации в случаях отсутствия свободных коек по профилю;
- ежедневное предоставление информации о плановой госпитализации в РИАЦ МЗ РК, ОУЗ, Комитет оплаты медицинских услуг и территориальные департаменты Комитета.

Для ускорения процесса в 2010 году Министерство здравоохранения РК создало специальный Портал плановой госпитализации ([www.bg.eisz.kz](http://www.bg.eisz.kz)). Направления пациентов на госпитализацию амбулаторными организациями регистрируются и отражаются на сайте с указанием автоматизированного уникального кода больного по каждому случаю направления на госпитализацию. Врачи и пациенты могут отслеживать списки плановых госпитализаций и время ожидания через Интернет; при этом соблюдается конфиденциальность диагноза и лечения больного.

Первые результаты работы Бюро по госпитализации говорят об улучшении работы стационарной службы: из зарегистрированных порядка 258 тысяч заявок в Бюро по госпитализации (с учетом соблюдения прав пациентов на свободный выбор медицинской организации) 94,6% получили лечение по месту жительства, около 2,5% пациентов – за пределами области, до 3% – в республиканских клиниках. С организацией плановой госпитализации через Бюро по госпитализации, жалобы на отказ в госпитализации уменьшились в 8 раз по сравнению с 2009 годом.

## 7.4 Показатели здоровья населения

### 7.4.1 Здоровье населения

Характеристика здоровья населения Казахстана является типичной для стран Центральной Азии. Основные проблемы общественного здоровья включают низкую ожидаемую продолжительность жизни, высокий уровень детской и материнской смертности, высокий уровень заболеваемости ТБ, рост бремени неинфекционных болезней. Экономический рост не привел к значительным улучшениям общественного здоровья. Несмотря на стремительное экономическое развитие страны и значительное увеличение совокупных и государственных затрат на здоровье, ключевые показатели здоровья, такие, как ожидаемая продолжительность жизни, уровень детской и материнской смертности, уровень заболеваемости туберкулезом, улучшились в незначительной степени. Об уровне предотвратимой смертности, несмотря на ограниченность доступных данных, можно судить по показателю пятилетней выживаемости больных с впервые установленным диагнозом рака, который в 2009 году оставался на низкой отметке в 50,2%. При этом наиболее низкий уровень (44,2%) зарегистрирован в Павлодарской области, а наиболее высокий (56,2%) – в Карагандинской области (Ministry of Health, 2010). Согласно данным Министерства здравоохранения РК более 2000 смертных случаев можно было бы предотвращать ежегодно при надлежащей практике скрининга, раннего диагностирования и лечения заболеваний (Ministry of Health, 2010).

### 7.4.2 Эффективность оказания медицинских услуг и улучшение качества медицинской помощи

После первых шагов по улучшению качества медицинских услуг, которые были сделаны в рамках внедрения семейной медицины и программ ВОЗ, таких, например, как интегрированное ведение болезней детского возраста (ИБВДВ), необходимость внедрения подходов доказательной медицины получила всеобщее признание. Улучшение качества медицинской помощи являлось одним из приоритетов Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы. Программа предусматривала комплексный подход к улучшению качества как на уровне системы в целом, так и на уровне поставщиков медицинских услуг по следующим стратегическим направлениям:

- развитие потенциала ПМСП для обеспечения более широкого ассортимента услуг лучшего качества;

- создание финансовых стимулов для поставщиков ПМСП для улучшения качества и экономической эффективности услуг;
- пересмотр и улучшение содержания клинической практики на основе принципов доказательной медицины и рационального использования ЛС;
- улучшение лекарственного обеспечения населения, включая постепенное расширение пакета амбулаторных ЛС на основе принципов доказательной медицины;
- улучшение додипломного, последипломного, непрерывного медицинского образования и резидентуры, включая пересмотр учебных программ с интеграцией подходов доказательной медицины в медицинское образование и введение в медицинское образование стандартов аккредитации, основанных на международных критериях;
- развитие прикладных исследований и науки в медицине в соответствии с подходами и стандартами, принятыми в международной практике;
- развитие системы аттестации медицинских работников;
- внедрение механизмов непрерывного улучшения и контроля качества;
- повышение уровня технической оснащенности ПМСП и стационаров для внедрения современных методов диагностики и лечения;
- развитие потенциала профессиональных медицинских ассоциаций;
- возрастающая роль пациентов в системе здравоохранения.

Улучшение качества услуг в сфере здоровья матери и ребенка, сердечно-сосудистых заболеваний, ТБ и ВИЧ/СПИДа на первичном и вторичном уровнях оказания помощи, при одновременном улучшении непрерывности оказания помощи в системе здравоохранения, также являлось приоритетной целью программы. В январе 2009 года была введена система мониторинга качества медицинской помощи, включающая 12 индикаторов для стационарной и амбулаторной помощи (Ministry of Health, 2009). Аналогичный набор индикаторов для ПМСП используется в двухкомпонентном подушевом нормативе оплаты поставщиков ПМСП: эта система оплаты предусматривает стимулирующие выплаты организациям ПМСП по результатам работы. Более четко определены и скоординированы институциональные роли и обязанности основных участников системы здравоохранения, включая

Министерство здравоохранения РК, Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности, Институт развития здравоохранения, Школу общественного здравоохранения, Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, республиканские научно-исследовательские институты, ОУЗ, поставщиков медицинских услуг, профессиональные организации и пациентов. Однако требуется дальнейшая работа по развитию потенциала участников системы для эффективного выполнения своих функций.

Предварительные результаты Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы свидетельствуют об улучшении качества медицинской помощи, а также о необходимости дальнейших серьезных усилий в этом направлении, предусмотренных Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» и Проектом Всемирного Банка по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан 2009–2014 годы. В период с 2005 по 2009 год Казахстан достиг значительного прогресса во внедрении и продвижении принципов доказательной медицины политическому руководству здравоохранения, научно-преподавательскому составу, практическому здравоохранению, добившись широкого признания доказательной медицины как главного условия улучшения клинической практики, образования и научно-исследовательской деятельности. Продвижение доказательной медицины и разработка клинических руководств, при поддержке международных доноров, помогли продемонстрировать выгоды доказательных медицинских практик и инициировать изменения как в отношении к подходам доказательной медицины со стороны руководителей и работников здравоохранения, так и непосредственно в медицинской практике. Нароботан потенциал, позволяющий применять подходы доказательной медицины к разработке и пересмотру клинических практических руководств. Создана нормативно-правовая база, включающая положение по разработке клинических руководств, положение об экспертном совете, а также методологию по разработке клинических руководств и протоколов. При РГП «Институте развития здравоохранения» МЗ РК создан Центр по оценке медицинских технологий и доказательной медицины. Под руководством РГП «Института развития здравоохранения» МЗ РК проведена работа по пересмотру сотен клинических протоколов, приблизивших их к международным стандартам доказательной медицины. Как один из

примеров, в результате проведенной работы было разработано новое клиническое руководство по артериальной гипертонии для ПМСП. В разработке этого руководства участвовали НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, национальные и международные эксперты и две профессиональные ассоциации (Ассоциация семейных врачей Казахстана и Лекарственный информационный центр). Хотя на настоящий момент нет данных о результатах общенационального внедрения этого руководства, тем не менее, результаты внедрения этого руководства в ряде пилотных регионов говорят о значительном улучшении качества и исходов лечения: приверженность работников ПМСП к стандартам клинического руководства в пилотных организациях, по оценкам, проведенным с применением композитного индикатора, включающим измерение кровяного давления, скрининг, лечение и факторы здорового образа жизни, выросли от 27,6% в 2006 году до 50,7% в 2009 году. В октябре 2009 года НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК совместно с Ассоциацией семейных врачей Казахстана разработал новое клиническое руководство по артериальной гипертонии для ПМСП и стационарной помощи, рекомендовав его для общенационального использования в целях улучшения непрерывности оказания помощи по артериальной гипертонии.

Начиная с 2008 года в стране реализуется Программа снижения материнской и детской смертности на 2008–2010 годы. Создана нормативно-правовая база проводимых реформ, подготовлена национальная команда тренеров, пересмотрены учебные программы в соответствии с рекомендациями ВОЗ. В рамках программы введены критерии живорождения, конфиденциальный аудит материнской смертности, некоторые практики эффективных перинатальных технологий. Протоколы эффективных перинатальных технологий в настоящий момент внедряются на общенациональном уровне, в том числе при техническом содействии со стороны ВОЗ, ЮНФПА и Агентства США по международному развитию (USAID), примерно в половине областей страны, включая г. Астана и г. Алматы.

В 2007–2009 годах улучшилась инфраструктура акушерской службы. Многие акушерские пункты вошли в состав больниц общего профиля, что улучшило доступ к экстренной хирургической помощи и реанимации. В рамках программы ВОЗ по внедрению эффективных перинатальных технологий приказом Министерства здравоохранения РК от 21.12.2007 № 746 «О регионализации перинатальной помощи в Республике

Казахстан» инициирована реорганизация перинатальной помощи. Согласно программе, в рамках каждой области стационары разделены на три уровня оказания помощи:

- центры неонатальной и перинатальной помощи (организации третьего уровня) оказывают специализированную медицинскую помощь беременным женщинам с высоким риском беременности и родов и новорожденным с серьезными осложнениями;
- ЦРБ (организации второго уровня) оказывают медицинскую помощь женщинам с умеренным риском беременности и родов и новорожденным с умеренными осложнениями;
- СУБ (организации первого уровня) оказывают медицинскую помощь женщинам с неосложненной беременностью и родами и здоровыми новорожденными.

Несмотря на то, что каждая четвертая смерть матерей в 2009 году наступала в условиях несоблюдения принципа регионализации, значительный прогресс достигнут в снижении материнской смертности. По сравнению с 2006 годом доля матерей, умерших в стационарах первого уровня, сократилась почти в 2 раза в 2009 году (United Nations and Ministry of Health Republic of Kazakhstan, 2010). В целом, за последнее десятилетие уровень материнской смертности снизился с 63,3 на 100 000 живорожденных в 1999 году до 36,8 в 2009 году (28,8 – в городе, 45,0 – в сельской местности). Структура предотвратимой материнской смертности показывает, что в 2007 году большинство смертных случаев вызывалось акушерскими кровотечениями, абортми и эклампсией, в то время как в 2009 году большая часть смертей была вызвана косвенными акушерскими причинами (экстрагенитальной патологией). Снижение материнской смертности, вызванной предотвратимыми акушерскими причинами, свидетельствует об улучшении ведения беременности, родов и их осложнений (Министерство иностранных дел Республики Казахстан, 2010).

Результаты внедрения эффективных перинатальных технологий в отдельных родильных домах подтверждают улучшение качества оказания помощи в этой высокоприоритетной сфере здравоохранения (USAID CAR, 2009). Приверженность отдельным клиническим практикам или стандартам оказания медицинской помощи, основанным на принципах доказательной медицины, выросла от 34% в 2006 году до

50% в 2009 году. Композитный индикатор оценки включал правильный диагноз и управление нормальными родами и вагинальным родоразрешением, участие партнера в родах, посещение занятий по подготовке к родам, свободный выбор женщиной позы во время родов.

Другие сферы оказания медицинской помощи детям требуют, однако, значительных улучшений. Одной из таких сфер является лечение неврологических расстройств. В Казахстане многие дети, которые в международной практике рассматривались бы как нормальные, подлежат наблюдению, а некоторые из них подвергаются курсам лечения с неэффективными или даже вредными для здоровья терапевтическими вмешательствами (Rechel, Kennedy et al., 2011).

Благодаря постоянным усилиям, направленным на своевременное обнаружение и правильное лечение туберкулеза, в период между 2007 и 2009 годами заболеваемость туберкулезом снизилась на 16,7%, а смертность снизилась от 18,1 на 100 000 человек населения в 2007 году до 12,9 в 2009 году. Охват лечением больных МЛУ-ТБ увеличился до 85,8% (4366 пациентов) в 2008–2009 годах по сравнению с 24,5% в 2007 году. В стране быстрыми темпами были внедрены методы быстрой диагностики и новые технологии молекулярного диагностирования туберкулеза, соответствующие международным стандартам. Улучшилась ситуация в сложной пенитенциарной системе, где в 2007 году заболеваемость туберкулезом превышала уровень заболеваемости в гражданском секторе минимум в 6 раз. Заболеваемость туберкулезом в тюрьмах сократилась с 768 на 100 000 заключенных в 2008 году до 643,9 в 2009 году (Министерство иностранных дел Республики Казахстан, 2010).

На 1 января 2010 года в Казахстане было зарегистрировано 13 784 ВИЧ-инфицированных. Начиная с 1987 года в стране наблюдается ежегодный (за исключением 2009 года) рост новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией. Понимая серьезность проблемы, Правительство РК последовательно увеличивает финансирование программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Национальная программа по противодействию эпидемии СПИД в Республике Казахстан в 2009 году на 65% финансировалась из государственного бюджета, а в 2010 году государственное финансирование программы увеличится до 72%.

В 2009 году в стране функционировало 29 клиник для уязвимых групп населения, которые предоставляли услуги 22 021 пациенту. Порядка 15 037 пациентов прошли синдромное лечение ИППП. Было также введено

быстрое тестирование на ВИЧ. В 2008–2009 годах значительный шаг вперед сделан в лечении и уходе за ВИЧ инфицированными. Расширился ассортимент антиретровирусных препаратов: в 2009 году зарегистрировано 24 препарата для лечения ВИЧ-инфекции. Несмотря на то, что все ВИЧ инфицированные имеют право на бесплатное лечение антиретровирусными препаратами, а также другими ЛС, входящими в ГОБМП, в 2009 году потребности в лекарственной терапии были покрыты лишь на 75% (Министерство иностранных дел Республики Казахстан, 2010). Более того, некоторые клинические практики, такие, например, как, услуги для потребителей инъекционных наркотиков, все еще придерживаются подходов, принятых в советской медицине: Казахстан медленно принимает практику заместительной терапии (Rechel, 2010; Rechel et al., 2011b).

## **7.5 Справедливость в предоставлении медицинской помощи**

### **7.5.1 Финансовая справедливость**

Неравенство в распределении финансовых ресурсов на услуги здравоохранения на душу населения на региональном уровне остается одной из главных проблем в системе здравоохранения Казахстана (таблица 7.2). Справедливость в распределении ресурсов здравоохранения по областям постепенно улучшается, однако необходимо дальнейшее усовершенствование. В 2001 году расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в самой богатой области Казахстана в 4,2 раза превышали расходы на здравоохранение в самой бедной области. К 2008 году разрыв сократился до 2,1 раза.

В 2009 году Астана была на первом месте по расходам на здравоохранение в расчете на душу населения, достигнув отметки 52 223 тенге; Алматинская область имела самый низкий уровень затрат на душу населения – 17 638 тенге, почти в три раза меньше (Ministry of Health, 2010).

Концепция ЕНСЗ предполагает значительные улучшения в распределении ресурсов здравоохранения и потреблении медицинской помощи в рамках ГОБМП независимо от места проживания граждан, главным образом, через создание единого плательщика на национальном уровне. Предполагается выравнивание тарифов на медицинские услуги по областям.



**Таблица 7.2**

Подушевые расходы по источникам финансирования и областям (в тенге),  
2007–2008 гг.

	Расходы из республиканского бюджета		Расходы из местного бюджета		Личные платежи граждан	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Акмолинская область	803	994	14 054	16 440	2 643	437
Актюбинская область	2 974	3 376	13 036	16 134	3 562	4 725
Алматинская область	665	1 731	6 321	7 531	0	13
Атырауская область	1 970	2 655	12 567	9 635	806	449
Западно-Казахстанская область	1 938	3 369	15 939	19 461	1 157	602
Жамбылская область	2 197	1 735	11 467	13 758	558	532
Карагандинская область	1 746	2 935	12 186	15 629	1 308	2 679
Костанайская область	728	407	11 318	14 299	1 544	1 399
Кызылординская обл	2 357	3 576	15 539	18 637	318	311
Мангистауская область	1 686	3 985	14 486	16 092	4 462	1 698
Южно-Казахстанская обл	2 215	1 429	10 861	12 726	345	537
Павлодарская область	3 142	2 169	15 107	17 416	3 666	3 155
Северо-Казахстанская область	3 559	3 043	15 558	16 518	3 310	609
Восточно-Казахстанская область	3 807	4 628	14 179	15 487	8 239	6 406
г. Астана	3 413	9 409	17 291	20 398	1 620	2 757
г. Алматы	1 115	10 442	13 663	13 761	4 650	3 175
<b>Итого</b>	<b>2 064</b>	<b>3 383</b>	<b>12 543</b>	<b>14 434</b>	<b>2 305</b>	<b>1 892</b>

Источник: Ministry of Health, 2009e.

### 7.5.2 Распределение потребления медицинских услуг

Как видно по данным таблиц 7.3 и 7.4, потребление медицинских услуг также существенно варьируется по областям (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2011b), отрицательно отражаясь на равенстве в потреблении. В 2010 году уровень госпитализации в Северо-Казахстанской области (21,1) был в 1,7 раз выше, чем в Актюбинской области (12,7). Ежегодное посещение медицинских организаций амбулаторными больными в Мангистауской области (8,7) в 1,5 раза превышало уровень Жамбылской области (5,8) (Ministry of Health, 2011b).

В преимущественном положении находятся жители городов Астаны и Алматы, т.к. в них расположены самые оснащенные и современные клиники (национальные центры), несмотря на систему квот, регулирующую оказание третичной помощи для жителей других регионов.

В общем и целом распределение инфраструктуры стационарной помощи по стране также неравномерно. В 2010 году обеспеченность койками в расчете на 10 000 человек населения варьировалось от 46,6 в Алматинской области до 87,8 в Акмолинской области при среднем показателе по стране 63,4 (система МЗ РК). Количество врачей на 10 000 человек населения также значительно варьирует по регионам от 19,0 в Алматинской области до 63,6 в Карагандинской области.

Имеется существенная разница в обеспеченности медицинскими работниками в городе и селе. В 2010 году в целом по стране в городской местности на 10 000 человек населения приходилось 45,4 врача, в сельской – 14,1 (Ministry of Health, 2011a).

В системе здравоохранения РК в целом наблюдается недостаток кадров, особенно в сельской местности, что ухудшает обеспечение медицинской помощи сельскому населению. Дефицит квалифицированных медицинских работников в системе здравоохранения остается серьезной проблемой. В 2010 году в секторе здравоохранения (система МЗ РК) было занято 51 275 врачей (63 855 всего в системе МЗ РК и его ведомствах). Несмотря на то, что ежегодно количество медицинских работников с высшим медицинским образованием в секторе здравоохранения увеличивается на 9,5% (благодаря увеличивающемуся числу поступающих в медицинские университеты и, соответственно, увеличивающемуся количеству выпускников), система продолжает испытывать недостаток в кадрах, особенно в сельской местности. В сельских районах работает почти в 4 раза меньше врачей, чем в городе. Для улучшения ситуации Министерство здравоохранения РК предприняло ряд мер для привлечения врачей в сельскую местность, включая повышенную заработную плату и обеспечение жильем (см. раздел 4).

Улучшение географической доступности медицинской помощи в отдаленных районах имеет большое значение для Казахстана, учитывая масштабы и малонаселенность страны. Для решения этой проблемы в сельских районах 14 областей страны внедрены технологии телемедицины (President of Kazakhstan, 2010). Переход к новым стандартам учреждений медицинской помощи должен способствовать реорганизации государственных медицинских учреждений посредством создания сети многопрофильных (общего профиля) больниц и обеспечением доступности ПМСП сельскому населению. Кроме того, поэтапный переход медицинских организаций в статус предприятий на праве

**Таблица 7.3**

Потребление стационарных услуг по областям, 2009–2010 гг.

	Уровень госпитализаций (на 100 человек населения)	
	2009	2010
Акмолинская область	20,7	19,2
Актюбинская область	14,4	12,7
Алматинская область	15,1	13,2
Атырауская область	14,9	14,0
Восточно-Казахстанская область	16,8	17,0
Жамбылская область	19,0	16,9
Западно-Казахстанская область	17,4	17,0
Карагандинская область	15,5	15,3
Костанайская область	17,9	16,6
Кызылординская обл	18,3	18,8
Мангистауская область	18,9	14,8
Павлодарская область	20,1	18,2
Северо-Казахстанская область	21,0	21,1
Южно-Казахстанская обл	17,8	14,7
г. Алматы	17,9	18,0
г. Астана	19,9	20,6
<b>Республика Казахстан</b>	<b>17,6</b>	<b>16,3</b>

Источник: Ministry of Health, 2011a.

**Таблица 7.4**

Потребление амбулаторных услуг по областям, 2009–2010 гг.

	Число обращений за амбулаторной помощью (на одного человека в год)	
	2009	2010 <sup>a</sup>
Акмолинская область	7,6	7,3
Актюбинская область	7,1	7,0
Алматинская область	8,6	8,3
Атырауская область	6,8	6,2
Восточно-Казахстанская область	5,8	5,9
Жамбылская область	6,0	5,8
Западно-Казахстанская область	6,9	7,0
Карагандинская область	7,2	7,3
Костанайская область	5,7	5,9
Кызылординская обл	5,5	8,1
Мангистауская область	11,8	8,7
Павлодарская область	6,3	6,4
Северо-Казахстанская область	5,7	6,3
Южно-Казахстанская обл	5,4	5,9
г. Алматы	7,0	7,1
г. Астана	7,1	7,6
<b>Республика Казахстан</b>	<b>6,7</b>	<b>6,8</b>

Источник: Ministry of Health, 2011a.

Примечание: <sup>a</sup> только система Министерства здравоохранения РК (ведомственные системы здравоохранения не включены).

хозяйственного ведения (см. раздел 2) может способствовать улучшению менеджмента, финансирования, ремонту и строительству новых объектов здравоохранения, улучшению экономической эффективности и укомплектованности штатов.

Проблемы, связанные с отсутствием справедливости и общедоступности медицинской помощи, также объясняются продолжающейся ориентацией управления и финансирования здравоохранением на поддержание инфраструктуры системы, а не на улучшение ее экономической эффективности и отзывчивости. Помимо этого недостаточно развиты общая врачебная практика и профилактика заболеваний, нормативно-правовая база не всегда соответствует имеющимся финансовым ресурсам, а социальные услуги не в полной мере поддерживают медицинскую помощь.

И, наконец, до сих пор существующие ведомственные (параллельные) системы здравоохранения, включая ведомственные системы обеспечения медицинской помощи Министерства внутренних дел, Министерства обороны, Республиканской гвардии, Управления делами Президента, Комитета национальной безопасности, приводят к неравенству в доступе к медицинской помощи, поскольку персонал этих организаций пользуется привилегиями по сравнению с остальным населением.

### **7.5.3 Равенство в отношении показателей здоровья**

Равенство в отношении показателей здоровья можно оценить по вариациям показателей заболеваемости и смертности. Оба эти показателя демонстрируют значительное расхождение по областям.

Заболеваемость в расчете на 100 000 человек населения значительно варьировалась в 2010 году: от самого высокого уровня в г. Алматы (78 935) до самого низкого в Атырауской области (31 528) (таблица 7.5).

В 2010 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляла в среднем 68,41 года (63,51 у мужчин и 73,32 у женщин) с разницей от 66,30 в Северо-Казахстанской области и 73,15 в г. Астане. Отметим, что г. Астана располагается в Акмолинской области, но является самостоятельной административной единицей.

В 2010 году заболеваемость ТБ в Казахстане в целом составила 95,3 на 100 000 человек населения с наиболее высоким уровнем (165,6 на 100 000 человек населения) в г. Астане и наиболее низким уровнем (70,1) в г. Алматы (таблица 7.7).

В 2010 году значительные региональные колебания наблюдались в показателях младенческой смертности – от 22,9 в Кызылординской области до 11,6 в Алматинской области (таблица 7.8).

В 2010 году материнская смертность в среднем по стране составила 22,7 на 100 000 живорожденных, с наиболее высоким показателем (35,0) в Кызылординской области, нулевым показателем (0,0) в Акмолинской области и показателем 4,2 в Карагандинской области (таблица 7.9).

#### Таблица 7.5.

Заболеваемость населения: число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек населения по областям, 2008–2010 гг.

	2008	2009	2010
Акмолинская	44 427	50 773	48 096
Актюбинская	56 115	53 055	49 393
Алматинская	68 828	71 742	65 682
Атырауская	31 463	33 094	31 528
Восточно-Казахстанская	66 910	67 570	70 424
Жамбылская	58 696	62 282	59 770
Западно-Казахстанская	50 991	51 366	48 967
Карагандинская	60 606	60 291	57 779
Костанайская	47 387	51 372	50 778
Кызылординская	70 665	63 277	60 495
Мангыстауская	64 076	63 464	59 035
Павлодарская	68 279	69 983	75 449
Северо-Казахстанская	46 414	50 571	53 558
Южно-Казахстанская	43 255	45 573	42 548
г. Алматы	80 672	84 461	78 935
г. Астана	61 306	64 007	65 457
<b>Республика Казахстан</b>	<b>58 314</b>	<b>60 108</b>	<b>58 077</b>

Источник: Ministry of Health, 2011a.

**Таблица 7.6**

Ожидаемая продолжительность жизни по областям, 2010 г.

	Общая	Мужчины	Женщины
Акмолинская	66,34	61,04	72,10
Актюбинская	69,28	64,17	74,35
Алматинская	69,19	65,20	73,38
Атырауская	68,40	63,31	73,89
Восточно-Казахстанская	66,98	61,71	72,43
Жамбылская	68,15	63,23	73,21
Западно-Казахстанская	68,44	63,28	73,79
Карагандинская	66,63	61,10	72,29
Костанайская	67,57	62,05	73,29
Кызылординская	68,37	64,39	72,64
Мангыстауская	69,59	65,18	74,33
Павлодарская	67,80	62,37	73,26
Северо-Казахстанская	66,30	60,68	72,37
Южно-Казахстанская	69,53	65,74	73,45
г. Алматы	70,91	65,98	75,27
г. Астана	73,15	69,35	77,09
<b>Республика Казахстан</b>	<b>68,41</b>	<b>63,51</b>	<b>73,32</b>

Источник: Ministry of Health, 2011a.

**Таблица 7.7**

Заболееваемость туберкулезом на 100 000 человек населения по областям (с впервые в жизни установленным диагнозом), 2008–2010 гг.

	2008	2009	2010
Акмолинская	172,8	158,2	121,5
Актюбинская	124,4	96,0	79,3
Алматинская	100,5	90,9	80,8
Атырауская	157,3	123,1	115,7
Восточно-Казахстанская	129,0	121,4	124,0
Жамбылская	115,6	88,8	83,0
Западно-Казахстанская	142,9	105,5	95,7
Карагандинская	118,4	96,9	89,9
Костанайская	146,7	115,9	107,5
Кызылординская	154,3	118,5	110,0
Мангыстауская	152,7	118,4	98,1
Павлодарская	141,1	112,4	98,0
Северо-Казахстанская	156,2	119,5	105,7
Южно-Казахстанская	88,9	78,1	74,3
г. Алматы	83,3	75,4	70,1
г. Астана	218,2	191,8	165,6
<b>Республика Казахстан</b>	<b>125,5</b>	<b>105,3</b>	<b>95,3</b>

Источник: Ministry of Health, 2011a.

**Таблица 7.8**

Младенческая смертность на 1000 живорожденных по областям, 2008–2009 гг.

	2008	2009	2010
Акмолинская	17,7	17,2	13,78
Актюбинская	20,1	17,8	17,34
Алматинская	14,7	13,6	13,37
Атырауская	21,4	18,8	16,69
Восточно-Казахстанская	22,8	22,7	19,64
Жамбылская	22,7	18,4	16,33
Западно-Казахстанская	18,3	15,3	13,87
Карагандинская	19,8	18,0	14,95
Костанайская	23,9	16,5	14,07
Кызылординская	20,2	25,0	22,93
Мангыстауская	21,0	20,4	18,45
Павлодарская	20,5	17,3	12,80
Северо-Казахстанская	21,3	13,9	13,81
Южно-Казахстанская	25,2	21,0	19,43
г. Алматы	13,4	15,2	15,24
г. Астана	19,1	14,1	11,61
<b>Республика Казахстан</b>	<b>20,8</b>	<b>18,2</b>	<b>16,54</b>

*Источник:* Ministry of Health, 2011a.**Таблица 7.9**

Материнская смертность на 100 000 живорожденных по областям, 2008–2010 гг.

	2008	2009	2010
Акмолинская	23,9	39,0	0,0
Актюбинская	31,0	17,9	34,5
Алматинская	34,3	29,4	16,1
Атырауская	37,1	57,0	20,4
Восточно-Казахстанская	20,9	29,6	21,5
Жамбылская	18,2	40,0	29,4
Западно-Казахстанская	43,2	24,9	8,3
Карагандинская	25,5	42,6	4,2
Костанайская	31,6	15,5	15,4
Кызылординская	68,4	42,5	35,0
Мангыстауская	79,5	48,9	6,5
Павлодарская	7,8	31,6	16,3
Северо-Казахстанская	22,4	35,1	24,0
Южно-Казахстанская	31,9	37,8	26,7
г. Алматы	11,1	31,7	27,6
г. Астана	32,0	30,4	6,0
Респ. организации (в г. Алматы и г. Астане)	67,5	114,6	166,0
<b>Республика Казахстан</b>	<b>31,2</b>	<b>36,8</b>	<b>22,7</b>

*Источник:* Ministry of Health, 2011a.

## 7.6 Эффективность системы здравоохранения

### 7.6.1 Эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения

Эффективность системы здравоохранения в Казахстане в плане распределения своих ресурсов снижена из-за продолжающейся ориентации системы на стационарную помощь. В 2008 году 53,4% всех государственных расходов на здравоохранение направлялось на стационары, 20,3% – на амбулаторную и поликлиническую помощь, а 13% – на содержание административно-управленческого аппарата. По сравнению с 2007 годом расходы на стационарную помощь в 2008 году выросли на 14% (Ministry of Health, 2009e). Консолидация на национальном уровне финансовых ресурсов стационарной помощи, обеспечиваемой в рамках ГОБМП, которое произошло в стране в 2010 году, возможно, способствовало увеличению неэффективного распределения ресурсов здравоохранения: так, затраты на обеспечение услуг ПМСП в рамках ГОБМП сократились с 27,4% в 2009 году до 21,6% в 2010 году.

Высокий уровень расходов на стационары можно объяснить высоким уровнем госпитализации, в частности пациентов, которых можно было бы пролечить амбулаторно, высоким показателем средней продолжительности пребывания в стационаре, избыточной инфраструктурой стационарной помощи. Соотношение финансирования стационарной и амбулаторной помощи в 2007 году значительно варьировалось по областям – от 0,7 в Восточно-Казахстанской области до 2,3 в Западно-Казахстанской области (таблица 7.10).

В 2008 году доля государственных расходов на ПМСП составила лишь 16% от общих государственных расходов на здравоохранение, расходы на формирование здорового образа жизни и профилактику заболеваний выросли лишь на 0,17%. Для сравнения – заработная плата и социальные выплаты медицинским работникам составили 47,1%, затраты на закупку ЛС – 21,1%, а доля инвестиций в основной капитал составила 14,6% от всего государственного бюджета здравоохранения на 2008 год.

### 7.6.2 Техническая эффективность

Потребление услуг ПМСП выросло от 99,3 млн визитов пациентов в учреждения ПМСП в 2005 году до 104,5 млн визитов в 2009 году, хотя доля амбулаторных визитов на душу населения не изменилась – 6,6 (Ministry of Health, 2011a).



**Таблица 7.10**

Подушевые расходы на стационарную и амбулаторную/поликлиническую помощь в рамках ГОБМП по областям (в тенге), 2007 г.

Область	Всего расходов на ГОБМП	Амбулаторная/поликлиническая помощь	Стационарная помощь	Соотношение стационарной помощи к амбулаторной/поликлинической помощи
Восточно-Казахстанская	17 125	6 756	10 369	0,7
Кызылординская	15 423	10 468	4 955	2,1
г. Астана	15 386	10 321	5 065	2,0
Акмолинская	15 030	6 966	8 064	0,9
Павлодарская	14 201	8 987	5 214	1,7
Северо-Казахстанская	14 063	9 358	4 705	2,0
Западно-Казахстанская область	13 870	9 720	4 150	2,3
Мангистауская	13 619	7 718	5 902	1,3
г. Алматы	13 185	8 200	4 985	1,6
Карагандинская	12 312	8 010	4 303	1,9
Атырауская	11 860	7 896	3 964	2,0
Костанайская	10 738	7 075	3 664	1,9
Актюбинская	10 622	5 884	4 738	1,2
Жамбылская	9 790	6 355	3 435	1,8
Южно-Казахстанская область	8 708	5 338	3 370	1,6
Алматинская	6 274	4 349	1 925	2,3
<b>Республика Казахстан</b>	<b>11 942</b>	<b>7 166</b>	<b>4 776</b>	<b>1,5</b>

Источник: Ministry of Health, 2008.

Несмотря на значительный износ инфраструктуры стационаров с момента провозглашения независимости, Казахстан все еще имеет высокий показатель обеспеченности койками на душу населения в сравнении с западными странами. Основные показатели технической эффективности стационарной помощи (такие, как средняя продолжительность госпитализации, оборот койки, и пр.) все еще остаются на низком уровне по сравнению с показателями других стран со средним уровнем дохода.

Помимо этого, система здравоохранения РК с советских времен унаследовала узкоспециализированные медицинские учреждения такие как, например, педиатрические больницы, родильные дома, онкологические центры, инфекционные больницы (см. раздел 4).

Позитивное развитие получает стационарозамещающая помощь – дневные стационары или стационары на дому. Число пациентов, получивших дневное стационарное лечение в амбулаторных организациях, выросло с 278 813 человек в 2005 году до 445 145 в 2009 году; число пациентов, прошедших лечение в условиях дневного стационара, выросло с 56 728 до 64 081 человека; а количество пациентов, получивших стационарную помощь на дому, выросло со 155 480 до 158 758 человек (President of Kazakhstan, 2010).

## 7.7 Прозрачность и подотчетность

Как и в других системах здравоохранения региона, прозрачность и подотчетность являются основными проблемами в Казахстане, о чем свидетельствует продолжающееся существование личных платежей граждан за медицинскую помощь, а также ограничение роли населения в формировании политики здравоохранения. Тем не менее, наблюдаются позитивные сдвиги, как, например, внедрение новых методов оплаты поставщиков медицинских услуг, связанных с информационными системами здравоохранения; получили развитие механизмы внешнего контроля качества, постепенно растет роль профессиональных организаций и НПО, повышаются права и ответственность пациентов. Все эти вопросы лежат на повестке дня программы реформ в здравоохранении. Новая Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» предполагает внедрение механизмов софинансирования со стороны пациента, что позволит сократить личные платежи граждан. Программа также предполагает дальнейшее развитие информационных систем здравоохранения, а также системы мониторинга и оценки в здравоохранении.

## 8. Заключение

За последние два десятилетия Казахстан предпринял значительные усилия в реформировании системы здравоохранения. В 2000-х годах разработаны две программы комплексных реформ в здравоохранении: Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы и Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан». В рамках этих программ в Казахстане проведены основные реформы в финансировании здравоохранения, обеспечении медицинской помощи и управлении.

По ряду причин, включая меняющиеся подходы к вопросам децентрализации, уровни, на которых происходит консолидация финансовых ресурсов здравоохранения, также продолжают меняться, препятствуя стабилизации системы финансирования здравоохранения. В 2001 году в рамках процесса более широкой децентрализации административно-управленческого аппарата функции финансирования здравоохранения и управления были децентрализованы до районного уровня. Такие изменения привели к созданию нерентабельных и плохо управляемых микросистем здравоохранения, что негативно влияло на эффективность всей системы здравоохранения, а также доступность медицинских услуг для населения. Начиная с 2004 года ресурсы здравоохранения были консолидированы на областном уровне, а ОУЗ исполняли роль единого плательщика. С 2010 года финансовые ресурсы стационарной помощи в рамках ГОБМП объединены на общенациональном уровне.

В стране прилагаются усилия по реорганизации системы обеспечения медицинской помощи с уменьшением роли стационарного сектора и переносом акцента на ПМСП. Однако эти усилия не всегда в достаточной мере последовательны и продолжительны. На сегодня, однако, стационары доминируют в системе здравоохранения и получают большую часть ресурсов. Связь между ПМСП и специализированной помощью слабая, многие услуги здравоохранения, как, например, противотуберкулезная

помощь, санитарно-эпидемиологическая служба, или ведомственные системы здравоохранения, подрывают общую экономическую эффективность системы здравоохранения.

Несмотря на экономический рост страны и увеличение объема финансирования здравоохранения, многие показатели здоровья отстают от аналогичных показателей других стран бывшего Советского Союза. Ожидаемая продолжительность жизни в Казахстане остается одной из самых низких в странах Европейского региона ВОЗ, в то время как младенческая и материнская смертность, уровень инфекционной заболеваемости – среди самых высоких.

В настоящее время улучшение качества медицинской помощи признается приоритетной задачей, и Казахстан уже предпринимает шаги в этом направлении, продвигая принципы доказательной медицины, разрабатывая и внедряя новые клинические руководства, а также внедряя процессы улучшения качества на уровне поставщика медицинских услуг. Предварительные результаты Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы свидетельствуют об успехах в улучшении качества медицинской помощи, однако необходимы дальнейшие усилия в этом направлении. Правительство РК также признает необходимость усиления работы по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний.

Также требуют внимания и другие аспекты деятельности системы здравоохранения. Неравномерное распределение ресурсов по регионам, неравномерное потребление медицинских услуг и неоднородность показателей здоровья, несмотря на некоторое улучшение за последние годы, остаются одними из основных проблем в стране. Так, в период между 2001 и 2008 годом разница расходов в здравоохранении в расчете на душу населения между наиболее обеспеченной и наиболее бедной областями сократился с 4,2 до 2,1 раза. Жители городов Алматы и Астаны имеют преимущества в доступе к медицинской помощи, поскольку в этих двух городах сосредоточено большинство высокотехнологичных клинических центров; при этом, доступность медицинских услуг в отдаленных регионах страны значительно затруднена в силу географической разбросанности и малонаселенности территории. Также вызывает тревогу неравенство в отношении показателей здоровья. В 2010 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении варьировала от 66,3 лет в Северо-Казахстанской области до 73,15 лет в г. Астана.

Показатели младенческой и материнской смертности также сильно варьировали по регионам. Дальнейшее сокращение регионального неравенства должно стать одной из приоритетных задач реформ.

И, наконец, прозрачность и подотчетность остаются главными проблемами в системе здравоохранения РК. Роль пациента и данные об удовлетворенности пациентов остаются ограниченными, несмотря на то, что предприняты шаги по введению свободного выбора поставщика медицинских услуг пациентом и улучшению отзывчивости системы здравоохранения.

Ввиду глобального экономического кризиса, оказывающего все большее влияние на Казахстан, улучшение качества и экономической эффективности медицинской помощи, равенства в получении услуг здравоохранения, усиление роли ПМСП, расширение мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний, оптимальное объединение рисков и обеспечение экономической защищенности населения становятся еще более насущными задачами здравоохранения.



## 9. Приложения

### 9.1 Библиография

- Accounts Committee (2009). Report on control over the execution of the republican budget for 2009. Astana, Accounts Committee.
- Agency of Statistics (2008). *Accessibility of health care services survey*. Astana, National Statistical Agency.
- Agency of Statistics (2010). *Kazakhstan in 2009. Annual report*. Astana, Agency of Statistics.
- Agency of Statistics (2011). *Analytical report: the population's incomes and expenditures in 2010 by oblasts*. April. Astana, Agency of Statistics ([http://www.stat.kz/publishing/Pages/UZHN\\_2011.aspx](http://www.stat.kz/publishing/Pages/UZHN_2011.aspx), accessed 5 July 2011).
- Ахмедов, М. и др.(2007). Узбекистан. Обзор системы здравоохранения. *Системы здравоохранения: время перемен*. 9(3):1–210.
- Амансаулык (2010a). *Доступность и качество медицинской помощи женщинам, проживающим в сельских районах РК*. Астана, Амансаулык (<http://www.amansauylyk.kz/deyatelnost/health/hearings/72/>, по состоянию на 16 июля 2012 г.).
- Амансаулык (2010b). *Перечень медико-социальных услуг для граждан пожилого возраста и инвалидов:сегодня и завтра*. Астана, Амансаулык (<http://www.amansauylyk.kz/library/socium/9/>, по состоянию на 16 июля 2012 г.).
- Aman Sauylyk (2011). *Analysis of access to social and health care services in Almaty, Karaganda, Semey, Kyzylorda*. Astana, Aman Sauylyk.
- Appelbaum PS (1998). Present at the creation: mental health law in eastern Europe and the former Soviet Union. *Psychiatric Services*, 49(10):1299–1300.
- Aris B (2005). Kazakhstan's health care triumphs and concerns. *The Lancet*, 366(9494, 15–21 October):1348.
- Balabanova D et al. (2004). Health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries. *Health Services Research*, 39(6):1927–1949.
- Balabanova D et al. (2011). Health care reform in the former Soviet Union: beyond the transition. *Health Services Research*, 23 September [Epub ahead of print].
- Becker CM, Urzhumova DS (2005). Mortality recovery and stabilization in Kazakhstan, 1995–2001. *Economics and Human Biology*, 3:97–122.
- БТА (2008). *The status of and forecast for the Kazakhstan pharmaceutical market*. Astana, БТА.
- Chief Dentist (2009). *Annual report*. Astana, Ministry of Health.
- Commercecian (2004). *Kazakhstan's market for dental equipment and supplies*. Ottawa, Canadian Business Map ([http://buyusainfo.net/docs/x\\_5516564.pdf](http://buyusainfo.net/docs/x_5516564.pdf), по состоянию на 16 июля 2012 г.).

- Committee of State Sanitary-Epidemiological Surveillance (2009). *Annual report*. Astana, Ministry of Health.
- Dikanbayeva S (2010). *Healthy lifestyles development: policy and management in the Republic of Kazakhstan*. Astana, National Centre for Healthy Lifestyles.
- EIU (2007). *Kazakhstan Country Report April 2007*. London, Economist Intelligence Unit.
- Ensor T, Savelyeva L (1998). Informal payments for health care in the former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. *Health Policy and Planning*, 13(1):41–49.
- Global Fund (2011). *Kazakhstan*. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://portfolio.theglobalfund.org/Country/Index/KAZ?lang=en>, по состоянию на 18 марта 2011 г.).
- Godinho J et al. (2005). *Reversing the tide: priorities for HIV/AIDS prevention in central Asia*. Washington, DC, World Bank.
- Gotsadze G (2010). *Supporting the Ministry of Health in institutionalising the National Health Accounts: strengthening capacity for health expenditure monitoring at national and oblast levels*. Astana, World Bank.
- Gotsadze G, Ensor T (2010). *Report on current funds flow and current pattern of health care expenditure by economic and functional categories in public and private sectors, and on the impact of the budget re-allocation model*. Astana, Ministry of Health.
- Правительство Республики Казахстан (2006). Об утверждении Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006–2010 годы, Постановление Правительства Республики Казахстан № 1216 от 15.12.2006. Астана, Правительство Республики Казахстан.
- Правительство Республики Казахстан (2008). О Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2009–2011 годы, Постановление Правительства Республики Казахстан № 1213 от 23.12.2008. Астана, Правительство Республики Казахстан.
- Правительство Республики Казахстан (2009а). Об утверждении Правил организации и проведения закупок лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, Постановление Правительства Республики Казахстан № 1729 от 30.10.2009. Астана, Правительство Республики Казахстан.
- Правительство Республики Казахстан (2010). По программе «100 школ, 100 больниц» в 2010 году будет сдано в эксплуатацию 45 объектов. Астана, Правительство Республики Казахстан. (<http://ru.government.kz/site/news/2010/01/02>, по состоянию на 17 августа 2012 г.).
- Katsaga A, Zuez O (2006). Stewardship template, Republic of Kazakhstan. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Khodjamurodov G, Rechel B (2010). Tajikistan health system review. *Health Systems in Transition*, 12(2):1–154.
- Кульжанов, М., Healy J (1999). *Системы здравоохранения: время перемен. Казахстан*. Копенгаген, Европейская обсерватория по системам здравоохранения.
- Lievens T et al. (2010) *Technical paper on review of international experience in voluntary health insurance and preliminary recommendations for Kazakhstan*. Astana, Ministry of Health.



- McKee M, Chenet L (2002). Patterns of health. In: McKee M, Healey J, Falkingham J, eds. *Health care in central Asia*. Buckingham, Open University Press.
- Medical Information Centre (2009). *Farmexpert: monitoring of pharmacy and hospital drug procurement in CIA countries, 2009*. Almaty, Medical Information Centre.
- Мединформ (2011). *Медицинская статистика*. Алматы, Мединформ (<http://www.medinfo.kz/>, по состоянию на 17 августа 2012 г.).
- Ministry of Finance (2011). *Analytical report on execution of the republican budget on 1 January 2011 (for year 2010)*. Astana, Ministry of Finance.
- Министерство иностранных дел Республики Казахстан (2010). *Цели Развития Тысячелетия в Казахстане 2010*. Астана, Министерство иностранных дел Республики Казахстан.
- Ministry of Health (1992). Concept on Health Care Reform. Astana, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2002–2011). Statistical Collections on Population Health and Performance of Health Care Organizations. Astana, Ministry of Health.
- Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2004). Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы, утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 г. Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан.
- Ministry of Health (2007). Farmatsija [Pharmacy]. Astana, Ministry of Health. ([www.mz.gov.kz/index.php?wakka=Rus/Farmacija/print](http://www.mz.gov.kz/index.php?wakka=Rus/Farmacija/print), по состоянию на 11 августа 2007 г.).
- Ministry of Health (2008). National Health Accounts. Review of Overall Health Expenditures in 2007. Astana, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2009a). Accreditation Report. Astana, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2009b). Annual Report of the Committee on Health Services Control. Astana, Ministry of Health.
- Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2009c). Концепция создания Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан. Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан.
- Ministry of Health (2009d). Health of the Population of the Republic of Kazakhstan and Performance of Health Organizations in 2008 (Statistical collection). Astana, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2009e). National Health Accounts. Review of Overall Health Expenditures. Astana, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2009f). On Approving the Rules for the Development and Approval of Drug Formularies for Health Organizations, Ministry of Health Order No. 672 of 23 November 2009. Astana, Ministry of Health.
- Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2009g). Об утверждении видов и объемов медицинской помощи, Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан № 796 от 26.11.2009. Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан.
- Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2009h). Об организации обучения по вопросам менеджмента здравоохранения в рамках Единой национальной системы здравоохранения, Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 442 от 04.09.2009. Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

- Ministry of Health (2009i). On Measures to Improve the Quality Management System in the Republic of Kazakhstan, Ministry of Health Order No. 32 of 21 January 2009. Astana, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2009j). Performance of Health Care Organizations in the Republic of Kazakhstan in 2008–2009 (Preliminary Data). Astana, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2009k). Report on Health Care Human Resources. Astana, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2010). Report Based on Data of the National Register of Patients with Cancerous Diseases. Astana, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2011a). Health of the Population of the Republic of Kazakhstan and Performance of Health Organizations. Astana, Ministry of Health.
- Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2011b). Структура Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан. (<http://www.mz.gov.kz/index.php?wakka=Rus/OMinisterstve/Struktura&v=ws3>, по данным на 17 августа 2012 г.).
- OECD (2000). *A system of health accounts*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Penkala-Gawecka D (2002). Korean medicine in Kazakhstan: ideas, practices and patients. *Anthropology & Medicine*, 9(3):315–336.
- President of Kazakhstan (2009). Code on People’s Health and the Health Care System, Presidential Decree No. 193-IV on 18 September 2009. Almaty, President of the Republic of Kazakhstan.
- President of Kazakhstan (2010). State Health Care Development Programme for 2011–2015 “Salamatty Kazakhstan”. Decree of the President of the Republic of Kazakhstan No. 1113 of 29 November 2010. Almaty, President of the Republic of Kazakhstan.
- Rechel B (2010). HIV/AIDS in the countries of the former Soviet Union: societal and attitudinal challenges. *Central European Journal of Public Health*, 18(2):110–115.
- Rechel B, Khodjamurodov G (2010). International involvement and national health governance: the basic benefit package in Tajikistan. *Social Science & Medicine*, 70:1928–1932.
- Rechel B, McKee M (2007). The effects of dictatorship on health: the case of Turkmenistan. *BMC Medicine*, 5(21).
- Rechel B, McKee M (2009). Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *The Lancet*, 374:1186–1195.
- Rechel B, Dubois C-A, McKee M, eds. (2006). *The health care workforce in Europe: learning from experience*. London, WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies.
- Rechel B et al. (2011a). Lessons from two decades of health reform in central Asia. *Health Policy and Planning*, 24 May. [Epub ahead of print].
- Rechel B et al. (2011b). The Soviet legacy in diagnosis and treatment: implications for population health. *Journal of Public Health Policy*, 32(3):293–304.
- United Nations and Ministry of Health, Republic of Kazakhstan (2010). *Millennium Development Goals in Kazakhstan*. Astana, United Nations Country Team.
- UNDP (1997). *Human development report Kazakhstan*. Almaty, United Nations Development Programme.
- USAID CAR (2009). *ZdravPlus Final Report*. Almaty, USAID.

- ВОЗ (1978). Алма-Атинская декларация, Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи: Алма-Ата, 6–12 сентября. Женева, ВОЗ ([http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/almaata78.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml), по состоянию на 20 июля 2012 г.).
- WHO (2011). *National health accounts*. Geneva, WHO (<http://www.who.int/nha/country/kaz/en/>, по состоянию на 19 сентября 2011 г.).
- Европейское региональное бюро ВОЗ (2011). Европейская база данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ), (печатное издание, июль 2011 г.). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.
- World Bank (2004). *Dimensions of poverty in Kazakhstan, vol. 1: Policy briefing*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2009). *Assessment of the management of state finances of the Republic of Kazakhstan*. Astana, World Bank.
- World Bank (2011). *World development indicators*. Washington, DC, World Bank (<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>, по состоянию на 13 июня 2011 г.).
- Yermekbayev K (2007). *Report on a study of the treasury system and implementation of the health financing reform and the Health Care Reform and Development Programme 2005–2010*. Astana, Ministry of Health.

## 9.2 Полезные веб-ресурсы

- Агентство Республики Казахстан по статистике  
<http://www.stat.gov.kz/> (по состоянию на 16 августа 2012 г.)
- Всемирная организация здравоохранения, Казахстан  
<http://www.who.int/countries/kaz/en/> (по состоянию на 16 августа 2012 г.)
- Всемирный банк,  
<http://www.worldbank.org.kz/> (по состоянию на 16 августа 2012 г.)
- Высшая Школа Общественного Здравоохранения (ВШОЗ) МЗ РК  
<http://www.ksph.kz/> (по состоянию на 16 августа 2012 г.)
- РГП «Институт развития здравоохранения» МЗ РК  
<http://www.dsdi.kz/index.php?id=4> (по состоянию на октябрь 2011 г.)
- Компания «Мединформ»  
<http://medinfo.kz/> (по состоянию на 16 августа 2012 г.)
- Министерство здравоохранения Республики Казахстан  
<http://www.mz.gov.kz/> (по состоянию на октябрь 2011 г.)
- Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни (НЦ ПФЗОЖ)  
<http://hls.kz/tub.html> (по состоянию на октябрь 2011 г.)
- АО «Национальный медицинский холдинг»  
<http://nmh.kz/about.php> (по состоянию на октябрь 2011 г.)
- Национальный аналитический центр при Правительстве Республики Казахстан  
<http://www.nac.gov.kz/> (по состоянию на 16 августа 2012 г.)
- Национальный научный центр материнства и детства (ННЦМД) Республики Казахстан  
<http://www.nrcmc.kz/> (по состоянию на 16 августа 2012 г.)

ООН, представительство в Казахстане

<http://www.un.kz/> (по состоянию на октябрь 2011 г.)

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

<http://www.rcaids.kz/> (по состоянию на октябрь 2011 г.)

Агентство США по международному развитию

[http://www.usaid.gov/locations/europe\\_eurasia/car/kzpage.html](http://www.usaid.gov/locations/europe_eurasia/car/kzpage.html)

(по состоянию на 16 августа 2012 г.)

Европейский банк реконструкции и развития (страновой сайт)

<http://www.ebrd.com/country/country/kaza/index.htm>

(по состоянию на 16 августа 2012 г.)

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения.

<http://www.euro.who.int/observatory> (по состоянию на 16 августа 2012 г.)

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, малярией и туберкулезом, (страновой сайт)

<http://www.theglobalfund.org/programs/countrysite.aspx?countryid=KAZ&lang=en>

(по состоянию на октябрь 2011 г.)

Правительство Республики Казахстан

<http://ru.government.kz/> (по состоянию на 16 августа 2012 г.)

Международный институт современной политики

<http://www.iimp.kz/default.aspx> (по состоянию на 16 августа 2012 г.)

Казахстанский институт менеджмента, экономики

и стратегических исследований

<http://www.kimex.kz/> (по состоянию на 16 августа 2012 г.)

Проект Фонда Сорос-Казахстан «Прозрачный бюджет»

<http://www.kazakhstanrenewwatch.org/>

(по состоянию на октябрь 2012 г.)

Казахстанская стоматологическая ассоциация

<http://www.ksa.kz/> (по состоянию на 16 августа 2012 г.)

Министерство финансов Республики Казахстан

<http://www.minfin.kz/> (по состоянию на 16 августа 2012 г.)

Национальный информационный ресурсный центр НПО, Казахстан

<http://www.pro.kz/> (по состоянию на октябрь 2011 г.)

Агентство Республики Казахстан по статистике

<http://www.stat.kz/> (по состоянию на октябрь 2011 г.)

Центр ОБСЕ в г. Алматы

<http://www.osce.org/almaty/> (по состоянию на октябрь 2011 г.)

Президент Республики Казахстан

<http://www.akorda.kz/> (по состоянию на октябрь 2011 г.)

Фонд Сороса, Казахстан

<http://www.soros.kz> (по состоянию на октябрь 2011 г.)

Диабетическая Ассоциация Республики Казахстан

[www.dark.os.kz](http://www.dark.os.kz) (по состоянию на октябрь 2011 г.)

Информационно-познавательный веб-портал здравоохранения Республики Казахстан

<http://www.info-health.kz/> (по состоянию на октябрь 2011 г.)

### 9.3 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Эти обзоры составляются в едином формате, которые периодически пересматриваются. Они содержат подробные рекомендации, конкретные вопросы, определения, примеры и источники данных, необходимые для составления обзора. Формат обзора включает полный набор вопросов, но использовать его следует гибко, так чтобы авторы и редакторы обзора могли приспособить его к конкретным особенностям каждой отдельной страны. С последней версией формата можно ознакомиться по адресу в Интернете <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/hit-template-2010>.

При подготовке обзора из серии «Системы здравоохранения: время перемен» его авторы используют самые разные источники: данные национальной статистики, региональные и национальные программные документы, книги, научные работы. Кроме того, могут использоваться также международные источники – например, базы данных Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирного банка. В базе данных ОЭСР содержится 1200 показателей по 33 странам-членам ОЭСР. Данные собирают на основании информации национальных бюро статистики и министерств здравоохранения. Всемирный банк предоставляет «Индикаторы мирового развития», которые также основаны на официальных источниках.

К информации и данным, полученным от местных экспертов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения добавляет количественные данные, которые представляют собой совокупность стандартных сравнительных показателей по каждой стране, взятых из Европейские базы данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ). В базе данных «Здоровье для всех» содержится более 600 показателей, установленных Европейским региональным бюро ВОЗ в целях мониторинга программы «Здоровье для всех» в Европе. Эта база данных обновляется дважды в год на основании сведений из разных источников – главным образом официальных данных, предоставляемых правительствами стран, а также данных медицинской статистики, которые собирают технические отделы Европейского регионального бюро ВОЗ. Стандартные данные из Европейской базы данных «Здоровье для всех» официально одобрены

национальными правительствами. С лета 2007 года в базу данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ) включаются данные по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого входит 27 стран.

Авторам обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» рекомендуется подробно обсуждать содержащееся в этом тексте сведения, особенно в случае расхождений данных, полученных из разных источников.

Типовой обзор «Системы здравоохранения: время перемен» содержит 9 глав:

1. Введение. Содержит описание общей ситуации в стране, включая географию и социодемографию, экономический и политический контексты, а также состояние здоровья населения.
2. Организационная структура и управление. Эта глава дает представление о том, как организована система здравоохранения страны, и содержит описание ее основных участников и их полномочий, касающихся принятия решений. Кроме того, в данной главе приводится историческая справка о развитии системы здравоохранения и описываются права и возможности пациентов, касающиеся получения информации, прав, выбора, процедур обжалования, безопасности, вовлеченности в деятельность системы здравоохранения и лечения за рубежом.
3. Финансирование. Эта глава содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы предоставляются населению, об источниках финансирования системы здравоохранения, о том, как собираются и распределяются ресурсы, о главных статьях расходов, о ДМС, о расходах граждан и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.
4. Материальные и кадровые ресурсы. В этой главе рассматриваются вопросы планирования и распределения капитальных вложений, инвестиций, инфраструктуры и фондов, описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад кадровых ресурсов в систему здравоохранения, в том числе информация о регистрации, подготовке, тенденциях и профессиональном росте.
5. Предоставление медицинских услуг. В этой главе основное внимание уделяется маршруту пациентов в системе здравоохранения, организации и оказанию услуг здравоохранения, аспектам общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи и вторичной медицинской помощи, скорой и неотложной медицинской помощи, дневному уходу, реабилитации, фармацевтической

помощи, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативной помощи, услугам по охране психического здоровья, стоматологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию отдельных групп населения.

6. Основные реформы в области здравоохранения. Обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований, которые оказали существенное влияние на здравоохранение, а также анализ их дальнейшего развития.
7. Оценка системы здравоохранения. В этой главе дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, системы финансовой защиты и социальной справедливости при использовании средств, личного опыта пациентов и общедоступности медицинской помощи, эффективности оказания медицинских услуг, их качества, показателей состояния здоровья населения, а также рассматривается вклад системы здравоохранения в улучшение данных показателей, прозрачность и подотчетность.
8. Заключение. Содержит описание того опыта, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.
9. Приложения. Библиография, полезные ссылки на веб-адреса и ссылки на законодательство.

Поскольку обзоры являются источником информации для разработчиков политического курса и используются для метаанализа, то вопросу их качества придается очень большое значение. Процесс составления и редактирования обзоров сопровождается многочисленными консультациями и включает несколько этапов, за которыми следуют:

- тщательная проверка (см. следующий раздел);
- дальнейший контроль качества, при котором особое внимание уделяется техническому редактированию и корректуре;
- распространение (в виде печатных экземпляров, электронных изданий, переводов и презентаций). На всем протяжении производственного процесса редактор обзора тесно сотрудничает с его авторами, оказывая им всю необходимую помощь и обеспечивая тем самым эффективность процесса на всех его этапах.

Один из авторов обзора одновременно является сотрудником обсерватории, в чьи обязанности входит оказание помощи остальным

авторам в процессе написания и подготовки обзора. Сотрудники обсерватории проводят все необходимые консультации, которые обеспечивают эффективность процесса на всем его протяжении и гарантируют, что обзоры соответствуют стандартам серии и могут служить подспорьем как для принятия решений на национальном уровне, так и для проведения сравнительного анализа между странами.

## 9.4 Проверка и рецензирование обзоров

Этот процесс включает три этапа. Сначала текст обзора проверяют, оценивают и утверждают редакторы серии со стороны Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Затем его направляют на рецензирование двум независимым научным экспертам и, в соответствии с их замечаниями и поправками, вносят в текст необходимые изменения. После этого тест передают в соответствующее министерство здравоохранения или другой уполномоченный орган, где ответственные лица, в рамках своей компетенции, проверяют его на предмет наличия в нем фактических ошибок.

## 9.5 Сведения об авторах

**Александр Кацага** – независимый международный консультант.

**Максут Кульжанов** – ректор Высшей Школы Общественного Здравоохранения (ВШОЗ) МЗ РК (г. Алматы), президент Национальной ассоциации специалистов общественного здравоохранения РК. Ранее занимал пост заместителя Министра здравоохранения РК.

**Marina Karanikolos** – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

**Bernd Rechel** – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, почетный преподаватель Лондонской школы гигиены и тропической медицины.



## «Системы здравоохранения: время перемен»

### Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

**К**аждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Цель составления этих обзоров заключается в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения и разработки реформ в странах Европейского региона ВОЗ и за его пределами. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- четко описать содержание, процессы подготовки и реализации программ реформ систем здравоохранения;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам стран Европейского региона ВОЗ возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформ.

### Как получить обзор из серии

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте [www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu), где можно также подписаться на нашу ежемесячную рассылку новостей о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в том числе на новые обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен», издания, выпускаемые нами совместно с издательством Open University Press, краткие документы и рекомендации по выработке политики и журнал Eurohealth.

Печатные экземпляры обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» можно заказать по адресу:

**[info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)**

Публикации  
Европейской  
обсерватории по системам  
и политике здравоохранения  
помещены на сайте  
[www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu)



## Опубликованные в настоящее время обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Австралия (2002, 2006)	Республика Молдова (2002 <sup>g</sup> , 2008 <sup>g</sup> )
Австрия (2001 <sup>e</sup> , 2006 <sup>g</sup> )	Российская Федерация (2003 <sup>g</sup> , 2011 <sup>g</sup> )
Азербайджан (2004 <sup>g</sup> , 2010 <sup>g</sup> )	Румыния (2000 <sup>f</sup> , 2008)
Албания (1999, 2002 <sup>ag</sup> )	Словакия (2000, 2004, 2011)
Андорра (2004)	Словения (2002, 2009)
Армения (2001 <sup>g</sup> , 2006)	Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (1999 <sup>g</sup> , 2011)
Беларусь (2008 <sup>g</sup> )	Таджикистан (2000, 2010 <sup>gl</sup> )
Бельгия (2000, 2007, 2010)	Туркменистан (2000)
Болгария (1999, 2003 <sup>b</sup> , 2007 <sup>g</sup> , 2012)	Турция (2002 <sup>gl</sup> )
Босния и Герцеговина (2002 <sup>g</sup> )	Узбекистан (2001 <sup>g</sup> , 2007 <sup>g</sup> )
Бывшая Югославская Республика Македония (2000, 2006)	Украина (2004 <sup>g</sup> , 2010)
Венгрия (1999, 2004, 2011)	Финляндия (2002, 2008)
Германия (2000 <sup>e</sup> , 2004 <sup>ag</sup> )	Франция (2004 <sup>cg</sup> , 2010)
Грузия (2002 <sup>dg</sup> , 2009)	Хорватия (1999, 2007)
Греция (2010)	Чешская Республика (2000, 2005 <sup>g</sup> , 2009)
Дания (2001, 2007 <sup>g</sup> , 2012)	Швейцария (2000)
Израиль (2003, 2009)	Швеция (2001, 2005, 2012)
Исландия (2003)	Эстония (2000, 2004 <sup>gl</sup> , 2008)
Испания (2000 <sup>h</sup> , 2006, 2010)	Япония (2009)
Ирландия (2009)	
Италия (2001, 2009)	
Казахстан (1999 <sup>g</sup> , 2007 <sup>g</sup> )	
Канада (2005)	
Кипр (2004)	
Кыргызстан (2000 <sup>g</sup> , 2005 <sup>g</sup> , 2011)	
Латвия (2001, 2008)	
Литва (2000)	
Люксембург (1999)	
Мальта (1999)	
Монголия (2007)	
Нидерланды (2004 <sup>g</sup> , 2010)	
Новая Зеландия (2001)	
Норвегия (2000, 2006)	
Польша (1999, 2005 <sup>k</sup> )	
Португалия (1999, 2004, 2007, 2011)	
Республика Корея (2009)	

Все обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» опубликованы на английском языке. Наличие версий на других языках указано следующими обозначениями:

<sup>a</sup> албанский

<sup>b</sup> болгарский

<sup>c</sup> французский

<sup>d</sup> грузинский

<sup>e</sup> немецкий

<sup>f</sup> румынский

<sup>g</sup> русский

<sup>h</sup> испанский

<sup>i</sup> турецкий

<sup>j</sup> эстонский

<sup>k</sup> польский

<sup>l</sup> таджикский



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

«Системы здравоохранения: время перемен» – это всесторонние обзоры, созданные по единым стандартам и позволяющие проводить сравнения систем здравоохранения разных стран. Обзоры освещают как современное состояние, так и начавшиеся и будущие реформы системы здравоохранения.

ISSN 2072-3555