

Системы здравоохранения: время перемен

Том 9 №7 2007

Казахстан

Обзор системы здравоохранения

Максут Кульжанов • Бернд Речел

Редактор:
Бернд Речел

Европейская

обсерватория



по системам и политике здравоохранения

Редакционная коллегия

Главный редактор

Элиас Моссиалос, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство, и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Редакторы

Райнард Буссе, Берлинский технический университет, Германия

Джозеп Фигерас, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Мартин Мак-Ки, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство,

и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Ричард Солтман, Университет Эмори, США

Редакционный коллектив

Сара Аллин, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Ольга Авдеева, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Анна Марессо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Дэвид МакДейд, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Шерри Меркур, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Бернд Речел, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Эрика Ричардсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Сара Томсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Международный консультативный комитет

Тит Альбрехт, Институт общественного здравоохранения, Словения

Карлос Альварес-Дардет Диаз, Университет Аликанте, Испания

Рифат Атун, Лондонский Королевский колледж, Соединенное Королевство

Йохан Каллторп, Шведская Ассоциация местных властей и регионов, Швеция

Армин Фидлер, Всемирный банк

Коллин Флад, Университет Торонто, Канада

Петер Гаал, Университет Земельвейса, Венгрия

Унто Хаккинен, Центр экономики здравоохранения при Национальном центре изучения и развития социального обеспечения и здравоохранения, Финляндия

Уильям Хсяо, Гарвардский университет, США

Алан Красник, Университет Копенгагена, Дания

Джозеф Кутцин, Европейское региональное бюро ВОЗ

Сунман Куон, Национальный университет Сеула, Корея

Джон Лэйвис, Университет МакМастера, Канада

Вивьен Лин, Университет Ла Троб, Австралия

Грег Марчилдон, Университет Риджайны, Канада

Алан Мэйнард, Университет Йорка, Соединенное Королевство

Ната Менабде, Европейское региональное бюро ВОЗ

Эллен Нолте, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

Чарльз Норманд, Университет Дублина, Ирландия

Робин Осборн, The Commonwealth Fund, США

Доминик Полтон, Национальная касса страхования на случай временной нетрудоспособности наемных работников (CNAMTS), Франция

София Шлетте, Health Policy Monitor, Германия

Игорь Шейман, Высшая школа экономики, Россия

Питер К. Смит, Университет Йорка, Соединенное Королевство

Уайнанд П.М.М. ван де Вен, Университет Эразмус, Нидерланды

Витольд Затонски, Мемориальный онкологический центр им. Марии Склодовской-Кюри, Польша

Системы здравоохранения: время перемен

Авторы:

Максут Кульжанов, *Казахстанская Высшая школа общественного здравоохранения*

Бернд Речел, *Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

Редактор:

Бернд Речел, *Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

Казахстан:

обзор системы здравоохранения

2008



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономики и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова:

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ФИНАНСИРОВАНИЕ, ЗДОРОВЬЕ

РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – организа-
ция и управление

КАЗАХСТАН

© Всемирная организация здравоохранения, 2007 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-овом режиме на сайте Регионального бюро (<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 пока нет полного согласия.

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. Во избежание ошибок и пропусков названия патентованных продуктов выделяются 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 распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни в коем случае 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:

Kulzhanov M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review. Health Systems in Transition, 2007; 9(7): 1–158.

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Список сокращений	ix
Список таблиц и рисунков	xiii
Аннотация	xvii
Основные положения	xix
1. Введение	1
1.1 География и социодемография	1
1.2 Экономика	5
1.3 Политика	11
1.4 Состояние здоровья населения	14
2. Организационная структура	29
2.1 Историческая справка	29
2.2 Организационная структура	31
2.3 Децентрализация и централизация	41
2.4 Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения	42
3. Финансирование	45
3.1 Расходы на здравоохранение	45
3.2 Охват населения и право на медицинское обслуживание ..	51
3.3 Сбор и источники финансовых средств	53
3.4 Объединение финансовых ресурсов	62
3.5 Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками	64
3.6 Механизмы оплаты	64
4. Планирование и регулирование	71
4.1 Регулирование	71
4.2 Планирование и управление медицинской информацией	76

5.	Материальные и трудовые ресурсы	85
5.1	Материальные ресурсы	85
5.2	Трудовые ресурсы	86
6.	Предоставление медицинских услуг	101
6.1	Общественное здравоохранение	102
6.2	Первичная/амбулаторная медицинская помощь	121
6.3	Специализированная/стационарная медицинская помощь	126
6.4	Скорая и неотложная помощь	129
6.5	Фармацевтическая помощь	130
6.6	Реабилитационная и долговременная помощь	137
6.7	Паллиативная помощь	141
6.8	Охрана психического здоровья	141
6.9	Стоматологическая помощь	142
6.10	Дополнительная и альтернативная медицина	143
7.	Основные реформы в области здравоохранения	145
7.1	Реформы здравоохранения: настоящее и будущее	148
7.2	Реализация реформ	170
8.	Оценка системы здравоохранения	175
8.1	Доступность	175
8.2	Эффективность	177
9.	Заключение	179
10.	Приложения	183
10.1	Библиография	183
10.2	Дополнительная литература	191
10.3	Полезные интернет-ссылки	192
10.4	Основные законодательные акты	193
10.5	Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»	200
10.6	Сведения об авторах	204

Предисловие

Каждый 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; он не является жестким и позволяет авторам составить обзор с учетом конкретных особенностей своей страны.

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 роль 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 элементы, 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.

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» Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростат, Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и ряд других организаций. 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

Обзоры и краткие справки «Системы здравоохранения: время перемен» можно найти на веб-сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: www.euro.who.int/observatory. Глоссарий терминов, используемых в обзорах, находится по адресу: www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage

Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Казахстану составили Максут Кульжанов (Казахстанская Высшая школа общественного здравоохранения) и Бернд Речел (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), который также был редактором обзора. Научным руководителем, ответственным за подготовку этого обзора, является Мартин Мак-Ки.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения выражает благодарность Куралу Куракбаеву, Сауле Кожабековой и Садуакасу Мустафаеву из Казахстанской Высшей школы общественного здравоохранения, Казбеку Тулебаеву из Национального центра проблем формирования здорового образа жизни и Александру Кацаге, менеджеру проекта «Здравплюс», за их вклад в составление этого обзора.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения благодарит Пейванда Халегиана (Всемирный банк), Адилет-Султана Мейманалиева и Шейлу О’Догерти («Здравплюс») за критический анализ обзора, а также Министерство здравоохранения Республики Казахстан за любезно оказанную поддержку в его подготовке. Отдельную благодарность хотелось бы выразить Александру Нерсесову (Министерство здравоохранения Республики Казахстан) за его поддержку и ценные замечания, сделанные в процессе чтения рукописи.

Данная серия обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Коллективом обсерватории руководят ее директор Джозеп Фигерас и содиректор Элиас Моссиалос, а также научные руководители Мартин Мак-Ки, Ричард Солтман и Райнард Буссе.

Производственный процесс осуществлен под руководством Джонатана Норта при поддержке Николь Саттерли (техническое редактирование), а также Ширли и Йоганнеса Фредериксен (верстка) и Аки Хедиган (корректур). Административными вопросами занималась Кэролайн Уайт, вопросами технической координации – Сюзи Лессоф.

Особую благодарность авторы выражают Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений по медицинскому обслуживанию из Европейской базы данных «Здоровье для всех», Организации экономического сотрудничества и развития — за предоставление данных о здравоохранении в странах Западной Европы, а также Всемирному банку — за предоставление информации о расходах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных.

Данный обзор и приведенные в нем сведения основаны на общедоступной информации и характеризуют ситуацию, сложившуюся к августу 2007 года.

Список сокращений

CDC	Центры по контролю и профилактике заболеваний (США)
DALE	Ожидаемая продолжительность жизни с учетом инвалидности
DFID	Министерство международного развития Великобритании
DHS	Обследования демографических характеристик и состояния здоровья
GMP	Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств (ВОЗ)
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Германское агентство по техническому сотрудничеству)
KIDE	Казахстанская международная стоматологическая выставка
MICS	Мультииндикаторное кластерное обследование
АКДС	Комбинированная вакцина против дифтерита, коклюша и столбняка
АРДИ	Ассоциация родителей детей-инвалидов
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ/СПИД	Вирус иммунодефицита человека/Синдром приобретенного иммунодефицита
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВТО	Всемирная торговая организация
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ДОТС	Программа лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (краткий курс)
ЕБРР	Европейский банк реконструкции и развития
ЕМТ	Единица местной валюты
ЕС	Европейский союз

ЕС-15	Страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 года
ЕЭС	Европейское экономическое сообщество
ЗППП	Заболевания, передающиеся половым путем
ИЧР	Индекс человеческого развития
КСГ	Клинико-статистические группы
КПУз	Число кариозных, пломбированных или удаленных зубов
МБРР	Международный банк реконструкции и развития
МВФ	Международный валютный фонд
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра (ВОЗ)
МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
МОТ	Международная организация труда
НДС	Налог на добавленную стоимость
НПО	Неправительственная организация
НЦПФЗОЖ	Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
ОБСЕ	Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ОМТ	Оценка медицинских технологий
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПГГ	Программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППС	Паритет покупательной способности
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
СВА	Сельская врачебная амбулатория
СНГ	Содружество Независимых Государств
СССР	Союз Советских Социалистических Республик
СУБ	Сельская участковая больница
ТАСИС	Программа технического содействия ЕС странам Содружества Независимых Государств
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ФЛ	Физические лица
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ФП	Фельдшерский пункт
ЦАРК	Центральноазиатские республики (Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан) и Казахстан
Центр САТР	Республиканский научно-практический центр социальной адаптации и профессионально-трудовой реабилитации детей и подростков с нарушениями в развитии

ЦРБ	Центральная районная больница
ШОС	Шанхайская организация сотрудничества
ЭПЗ	Эквивалент полной занятости
ЮНЕСКО	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД
ЮСЭЙД	Агентство США по международному развитию

Список таблиц и рисунков

Таблицы

Таблица 1.1	Демографические показатели, 1990–2005 гг.	4
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели, 1990 и 1999–2006 гг.	6
Таблица 1.3	Ожидаемая продолжительность жизни: официальные данные и оценка ВОЗ, 1990 и 2000–2005 гг.	14
Таблица 1.4	Смертность и ожидаемая продолжительность жизни, 1970, 1980, 1990, 2000 и 2005 гг.	17
Таблица 1.5	Младенческая смертность (на 1000 живорожденных), 1990 и 2000–2005 гг.	19
Таблица 1.6	Материнская смертность (на 100 000 живорожденных), 1990 и 2000–2005 гг.	21
Таблица 1.7	Инфекционные болезни, 1990 и 2000–2005 гг.	23
Таблица 3.1	Государственные расходы на здравоохранение, 2000–2006 гг.	46
Таблица 3.2	Соотношение уровней подушевого финансирования из местных бюджетов к среднему уровню по стране	50
Таблица 5.1	Число медицинских работников на 1000 населения, 1990 и 2000–2005 гг.	89
Таблица 5.2	Обеспеченность врачами на 1000 населения в различных регионах страны, 1998–2002 гг.	90

Таблица 5.3	Обеспеченность медсестрами на 1000 населения в различных регионах страны, 1998–2002 гг.	91
Таблица 5.4	Число выпускников медицинских специальностей на 1000 населения в 1990 и 2000–2005 гг.	96
Таблица 5.5	Образовательные учреждения Казахстана, 2005 г. (в абсолютных цифрах)	96
Таблица 5.6	Прием в учреждения послевузовского образования, 2001–2006 гг.	98
Таблица 6.1	Источники финансирования Службы формирования здорового образа жизни (в млн тенге), 1999–2006 гг.	116
Таблица 6.2	Учреждения ПМСП, 2004–2006 гг.	124
Таблица 6.3	Учреждения ПМСП в сельской местности, 2005–2006 гг.	125
Таблица 6.4	Сеть организаций розничной продажи фармацевтической продукции (аптеки, аптечные пункты и киоски), январь 2005 г.	135

Рисунки

Рис. 1.1	Карта Казахстана	2
Рис. 1.2	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Казахстане, СНГ и ЕС-15, официальные данные, 1980–2005 гг.	16
Рис. 1.3	Заболееваемость туберкулезом (на 100 000 населения) в Казахстане, СНГ, ЦАРК и ЕС-15, 1990–2004 гг.	25
Рис. 2.1	Организационная структура Министерства здравоохранения	35
Рис. 2.2	Организационная схема системы здравоохранения	36
Рис. 3.1	Расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (%), в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. (оценка ВОЗ)	47
Рис. 5.1	Число коек в больницах краткосрочного пребывания на 1000 населения в Казахстане, СНГ, ЦАРК и ЕС-15, 1990–2005 гг.	86
Рис. 5.2	Число амбулаторных посещений на человека в год в странах Европейского региона ВОЗ в 2005 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)	87
Рис. 5.3	Число врачей на 1000 населения в Казахстане, СНГ, ЦАРК и ЕС-15, 1990–2005 гг.	92
Рис. 5.4	Число медсестер на 1000 населения в Казахстане, СНГ, ЦАРК и ЕС-15, 1990–2005 гг.	93

Рис. 5.5	Число врачей и медсестер на 1000 населения в странах Европейского региона ВОЗ в 2005 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)	94
Рис. 6.1	Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ в 2005 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)	106
Рис. 6.2	Структура Службы формирования здорового образа жизни	115

Аннотация

Каждый 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. В этих обзорах рассматриваются различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роль основных участников системы здравоохранения; кроме того, в них описываются организационная структура, процессы подготовки и реализации политики и реформ здравоохранения и содержание этих реформ, а также освещаются наиболее важные проблемы в области здравоохранения и те элементы, которые требуют более глубокого изучения.

После обретения в 1991 г. независимости Казахстан столкнулся со многими из тех проблем, которые были характерны и для остальных республик бывшего СССР. В стране была громоздкая и неэффективная сеть медицинских учреждений, ориентированная преимущественно на стационарное лечение; в первые годы переходного периода резко сократился объем государственного финансирования здравоохранения. И хотя во второй половине 1990-х гг. страна приступила к реализации нескольких важных реформ в области здравоохранения, этим реформам не хватало стратегического руководства, и зачастую они носили непоследовательный характер. В 2004 г., с началом экономического подъема, обусловленного значительным ростом доходов от добычи нефти, Казахстан приступил к реализации комплексной Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг.

Одной из ключевых проблем, которую призвана решить эта программа, является значительное территориальное неравенство в финансировании здравоохранения в расчете на душу населения в различных регионах страны, а также между городскими и сельскими регионами. Другой серьезной проблемой являются личные платежи граждан за медицинские услуги и медикаменты, хотя истинные размеры этих платежей остаются неизвестными. Несмотря на то что в стране все больше внимания уделяется первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП), львиная доля финансирования здравоохранения по-прежнему приходится на финансирование стационарного сектора. Кроме того, в программе реформ пока так и не решен вопрос о деятельности специализированных служб и параллельных систем здравоохранения. Больше внимания следует уделить вопросам повышения качества и эффективности медицинской помощи. Важную роль в этом может сыграть система мониторинга и оценки, а также внедрение руководств по клинической практике. В то время как многие сельские регионы страны испытывают дефицит медицинских кадров, в крупных городах зачастую имеет место их избыточная концентрация. Решению этой проблемы может способствовать создание комплексной системы планирования трудовых ресурсов и организация механизмов стимулирования медицинских кадров, работающих в сельской местности.

Основные положения

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Казахстану содержит подробное описание организации, финансирования и схемы предоставления медицинских услуг в Казахстане, а также организационной структуры системы здравоохранения, процессов, содержания и реализации политики страны в области здравоохранения.

В главе 1 рассматриваются географические, социально-экономические и политические условия, в которых формировалась и действует система здравоохранения Казахстана. Казахстан является крупнейшей после Российской Федерации республикой бывшего СССР. По данным переписи 2005 г., численность населения страны составляет 15,1 млн человек. Как и во многих других бывших советских республиках, президент страны обладает очень широкими полномочиями. Пережив коллапс начала 1990-х, во второй половине девяностых годов экономика Казахстана начала постепенно стабилизироваться. В последние годы темпы роста ВВП в стране составляют почти 10%, благодаря чему Казахстан вошел в число мировых лидеров по темпам роста экономики. Главным образом это обусловлено бумом в энергетическом секторе. Что касается здоровья населения, то для Казахстана характерны те же проблемы, что и для остальных республик Центральной Азии: низкая продолжительность жизни, высокая младенческая и материнская смертность, высокий уровень заболеваемости населения туберкулезом, развивающаяся эпидемия ВИЧ/СПИДа.

В главе 2 дается обзор организационной структуры системы здравоохранения Казахстана, включая историю ее формирования. После

обретения в 1991 г. независимости стране пришлось разрабатывать собственную политику и систему планирования в области здравоохранения. Происходили частые изменения в руководстве Министерства здравоохранения и в его организационной структуре. Многие функции были децентрализованы и переданы в ведение областей, и сейчас областные департаменты здравоохранения обладают значительной степенью самостоятельности. Права пациентов пока развиты слабо и законодательно практически не закреплены.

В главе 3 описана система финансирования здравоохранения. В последние годы бюджетные ассигнования на нужды здравоохранения были значительно увеличены и в 2005 г. достигли уровня 2,7% ВВП. Общие расходы на здравоохранение, по данным 2004 г., оцениваются на уровне 3,9%. Несмотря на рост доли расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи, большая часть по-прежнему приходится на оказание стационарной помощи. В 1996–1998 гг. в стране была введена система медицинского страхования, но в настоящее время Казахстан снова вернулся к модели бюджетного финансирования здравоохранения. В 2004 г. была введена программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению, включающей в себя бесплатное лекарственное обеспечение льготных категорий населения при оказании амбулаторной помощи. В стране существует три основных источника финансирования здравоохранения: государственный бюджет, официальные платежи пациентов и неформальные платежи, масштаб которых остается неизвестным. Начиная с 2005 г. финансовые средства на здравоохранение аккумулируются на уровне области, и областные органы управления здравоохранением выполняют функции единого плательщика.

В главе 4 рассматриваются вопросы планирования и регулирования в системе здравоохранения. Усовершенствование системы управления здравоохранением является одним из приоритетных направлений Государственной программы реформирования и развития здравоохранения. В этой связи предполагается перераспределить полномочия между Министерством здравоохранения и областными органами управления здравоохранением. В 2004 г. была введена новая система контроля качества, реализация которой осуществляется под руководством Комитета по контролю качества медицинских услуг Министерства здравоохранения. Однако в настоящее время у работников здравоохранения практически отсутствуют стимулы для улучшения качества своей работы. В данный момент в отрасли па-

раллельно действуют несколько плохо согласованных между собой информационных систем, но ведется активная работа по созданию единой информационной системы здравоохранения.

Глава 5 посвящена вопросам планирования и распределения материальных и трудовых ресурсов в системе здравоохранения Казахстана. Несмотря на то что в 1990-х гг. число больниц и больничных коек было сокращено, сеть медицинских учреждений по-прежнему остается ориентированной преимущественно на стационарную помощь. Главными причинами высокого уровня госпитализаций были низкое качество ПМСП и недостаточная доступность лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении. В Казахстане пока нет достоверной и полной информационной системы, позволяющей определить фактическую численность медицинских кадров в стране. По данным Министерства здравоохранения, в 1990-х гг. обеспеченность населения медицинскими работниками снизилась. При этом в Казахстане имеют место значительные региональные различия: наибольшая концентрация медицинских кадров наблюдается в крупных городах, а в сельской местности их зачастую не хватает. Несмотря на определенные подвижки в связи с проведением реформ, качество подготовки и переподготовки медицинских кадров все еще остается низким, а зарплаты работников здравоохранения существенно ниже средней заработной платы в экономике страны.

В главе 6 рассматривается система организации и предоставления медицинских услуг, различающаяся по своей сути в городской и сельской местности. Зачастую услуги здравоохранения не согласованы между собой, в результате чего нарушается принцип преемственности и этапности оказания медицинской помощи. Отсутствует четкое взаимодействие между ПМСП и вторичной медицинской помощью; многие службы организованы в виде параллельных вертикальных структур, что приводит к дублированию функций и неэффективности системы здравоохранения. Что касается общественного здравоохранения, то в Казахстане создана разветвленная Служба формирования здорового образа жизни, в которой работают в общей сложности 1600 человек. Деятельность этой службы привлекла внимание организаторов здравоохранения из соседних стран. Принимаются также усилия по укреплению сектора ПМСП, но в этом направлении основная часть работы еще впереди. Особенно это касается сельской местности, так как система здравоохранения Казахстана по-прежнему ориентирована преимущественно на стационарную помощь. Начиная с 2000 г. правительство оказывает

активное содействие развитию отечественного фармацевтического сектора, и сейчас фармацевтический рынок Казахстана является самым динамичным на всем постсоветском пространстве. Однако реформы фармацевтического сектора, которые были проведены в 1990-х гг., привели к ухудшению доступа населения к лекарственным средствам, в особенности для уязвимых групп населения. В настоящее время в стране принята новая лекарственная политика, предусматривающая государственное регулирование цен на лекарства и льготное лекарственное обеспечение при оказании амбулаторной помощи в соответствии с установленным перечнем лекарственных средств.

В главе 7 дается обзор основных реформ здравоохранения в Казахстане. Еще в советское время в порядке эксперимента в пяти пилотных регионах были начаты некоторые мероприятия по реформированию здравоохранения, но в 1990 г. эти проекты были свернуты, и до середины 1990-х никаких существенных реформ в области здравоохранения в Казахстане не проводилось. Но и тогда эти реформы зачастую носили непоследовательный характер или так и остались на стадии концепций. К примеру, в 1996 г. был учрежден Фонд обязательного медицинского страхования, но уже в 1998 г. его упразднили. Одной из причин непоследовательности в проведении реформ были частые смены руководства, приоритетов и организационной структуры Министерства здравоохранения. Благодаря экономическому буму последних лет и решению правительства об использовании части нефтяных доходов страны на нужды социального сектора, в Казахстане появилась возможность проведения широкомасштабных реформ сектора здравоохранения. В 2004 г. правительством была принята Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. Эта программа имеет комплексный характер, предусматривает достижение амбициозных целей и предполагает разумный путь проведения реформ. Сейчас (на момент составления данного обзора), в преддверии второго этапа реализации программы, необходимо провести всестороннюю оценку ее первого этапа, чтобы учесть в дальнейшем накопленный опыт.

В главе 8 дается оценка функционирования системы здравоохранения Казахстана по двум основным параметрам: доступность услуг здравоохранения и эффективность. За годы независимости в Казахстане снизилась доступность медицинской помощи населению на всех уровнях ее оказания. Основные проблемы связаны с сокращением доступности медикаментозной помощи при амбулаторном лечении, практикой неформальных платежей за медицинские услуги и

значительным межрегиональным неравенством, которое проявляется в размерах подушевого финансирования здравоохранения, в распределении медицинских учреждений по территории страны и соответствующего предоставления медицинских услуг, а также в уровнях обеспеченности медицинскими кадрами. В настоящее время в стране проводится новая политика в сфере финансирования здравоохранения, направленная на межрегиональное выравнивание. Предполагается, что аккумуляция средств на здравоохранение на уровне областей будет способствовать выравниванию подушевых расходов и введению системы оплаты медицинских учреждений за предоставляемые услуги, а также улучшению качества медицинских услуг. Если говорить об эффективности, то к основным проблемам в этой области по-прежнему относятся ориентированность системы здравоохранения на стационарную помощь, нарушение принципа этапности и преемственности оказания медицинской помощи и слабая горизонтальная интеграция медицинских услуг.

В главе 9 подведены основные итоги опыта реформирования системы здравоохранения в Казахстане и обозначены те проблемы, которые еще предстоит решить. Одной из ключевых проблем страны после обретения независимости было сокращение финансирования здравоохранения из государственных источников. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. предусматривает постепенное увеличение к 2010 г. бюджетных ассигнований на здравоохранение до уровня 4% ВВП. Но помимо увеличения финансовых ассигнований сектор здравоохранения страны нуждается также и в существенных переменах в области организации, управления и предоставления медицинской помощи, а также в укреплении сектора ПМСП и усилении интеграции медицинских услуг. В действующей программе реформ предусматривается полная реорганизация системы подготовки работников здравоохранения и введение механизмов финансирования, стимулирующих их заинтересованность в конечных результатах труда. Наконец, особое внимание необходимо уделить вопросам качества и эффективности медицинской помощи. Важную роль в этом могут сыграть организация системы мониторинга и оценки, а также внедрение соответствующих руководств по клинической практике.

1. Введение

1.1. География и социодемография

Казахстан — независимое государство, расположенное в степях Центральной Азии. Занимая территорию 2,7 млн кв. км (что примерно соответствует площади 15 стран Евросоюза, входивших в него до 2004 г. (ЕС-15)), Казахстан является крупнейшей после Российской Федерации республикой бывшего СССР. На севере имеет протяженную границу с Россией, на востоке граничит с Китаем, 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 поднимается от обширных степей и пустынь до высочайших горных хребтов на юго-востоке страны, в том числе Тянь-Шаньского и Алтайского. В декабре 1997 г. столица страны была перенесена из Алматы (ранее — Алма-Ата) в Астану (Акмолу) (см. рис. 1.1).

В начале своей истории Казахстан был одной из самых мощных кочевых империй, простиравшейся к северу от более оседлых цивилизаций Трансоксании (территория современного Узбекистана), которая располагалась на Великом шелковом пути (Rashid, 1994; Серикбаева, 1995). В начале XIII века Казахстан, как и другие страны Центральной Азии, стал частью Монгольской империи Чингиз-Хана. Казахи были отдаленными потомками монголов и других тюркских племен и как единый народ сформировались во времена начала распада Золотой Орды. В XVI веке казахи создали кочевую империю, которая впоследствии разделилась на три жуза, или орды: Старший жуз контролировал южные территории, Средний жуз — центр и северо-восток, а Младший жуз мигрировал на запад. В каждый жуз вхо-

Рис. 1.1. Карта Казахстана



Источник: United Nations Cartographic Section, 2004.

дило по несколько кланов; управлял жузом хан. В начале XVIII века эти ханства были захвачены и разорены воинственным монгольским племенем ойратов. Все три казахских хана обратились за помощью против ойратов к царской России, поклявшись в верности российской короне. Постепенно Россия укрепляла свои позиции в казахском регионе, и к 1850 г. ханства как политические единицы были упразднены. Бунты казахов были жестоко подавлены, и с того времени в регион началась большая миграция русского населения. В советское время господство России в регионе стало окончательным; были установлены границы среднеазиатских республик. В 1925 г. Казахстан был объявлен Автономной советской социалистической республикой в составе РСФСР, а в 1936 г. – полноправной Советской социалистической республикой. В 1920-х гг. кочевые казахские племена насильно переводили на оседлый образ жизни и сгоняли в колхозы. В тот период многие умерли от голода и болезней, некоторые нашли убежище в Китае. В 1930—1940-х гг. в новых крупных промышленных го-

родах Казахстана осело много людей из других регионов СССР, а на севере страны были устроены сталинские лагеря. В 1950-х гг. началось освоение целинных земель – североказахстанские степи решено было превратить в одну из главных житниц СССР, и в Казахстан начался активный приток населения из России. Поскольку Казахстан считался удаленной и малозаселенной территорией, то в г. Семипалатинске (ныне Семей) был построен главный советский ядерный полигон, а в Байконуре – космодром.

После распада СССР в 1991 г. Казахстан последним из советских республик – 16 декабря 1991 г. – провозгласил независимость. Ввиду многовековых связей с Россией и большой численности русского населения в стране, распад Союза стал для Казахстана большим потрясением.

Наряду с географическим для страны характерно также большое этническое разнообразие, при этом доля русского населения в Казахстане выше, чем в других центральноазиатских республиках. В 2003 г. в стране насчитывалось примерно 130 этнических групп (национальностей), в том числе 57,2% казахов, 27,2% русских и 15,6% других этнических групп (UNDP, 2004). Большинство населения считают себя атеистами, а основными религиозными концессиями в стране являются суннитский ислам и православное христианство. Официальные государственные языки – казахский и русский, при этом русский используется как язык повседневного и делового общения. В 2003 г. 56,7% населения Казахстана проживало в городах (UNDP, 2004).

За период 1990–2005 гг. численность населения Казахстана уменьшилась с 16,3 до 15,1 млн человек (см. табл. 1.1), что в основном было связано с эмиграцией русских и других этнических групп. Сальдо миграции оставалось отрицательным, но за период 1994–2000 гг. снизилось с минус 523 500 до минус 123 200 человек (Министерство здравоохранения, 2002). С началом экономического подъема в 2000 г. возникла значительная – хотя и плохо регистрируемая – волна иммиграции из других республик Центральной Азии, в основном из Узбекистана и Кыргызстана (Becker & Urzhumova, 2005). Недавно были введены ограничения, в соответствии с которыми разрешения на работу в Казахстане могут получить только те рабочие-мигранты, которые имеют постоянный трудовой договор. К концу 2006 г. разрешения на работу получили примерно 164 600 человек из стран СНГ, большинство из которых (около 70%) являются выходцами из Узбекистана (EIU, 2007).

Таблица 1.1. Демографические показатели, 1990–2005 гг.

	1990	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Общая численность населения (млн человек)	16,3	15,1	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	15,0	15,1
% население в возрасте 0–14 лет	31,8	28,6	28,1	27,5	26,7	25,8	24,8	23,9	23,1
% население в возрасте 65 лет и старше	5,2	6,9	6,9	6,9	7,2	7,5	7,9	8,3	8,5
Годовые темпы роста населения (%)	0,6	-1,7	-1,0	-0,3	-0,2	0,0	0,3	0,7	0,9
Плотность населения (кол-во человек на кв. км)	6,1	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,6	5,6
Общий коэффициент фертильности (среднее число детей, рожденных одной женщиной)	2,7	-	-	1,9	-	1,8	1,8	1,8	1,7
Общий коэффициент рождаемости (на 1000 населения)	21,7	14,3	14,2	14,7	14,9	14,6	15,3	18,2	18,2
Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	7,7	10,2	9,8	10,1	10,0	11,8	10,0	10,1	10,1
Коэффициент демографической нагрузки (соотношение общего числа иждивенцев, измеряемого количеством населения нетрудоспособного возраста, к населению трудоспособного возраста)	0,59	0,55	0,54	0,53	0,51	0,50	0,49	0,47	0,46
% сельского населения	43,7	43,9	43,8	43,7	43,5	43,3	43,1	42,9	42,7

Источник: World Bank, 2007.

В 1990–1999 гг. коэффициент рождаемости сокращался и составлял 21,7 в начале периода против 14,2 на 1000 населения в конце периода. К 2005 г. показатель вновь возрос и составил 18,2 родив-

шихся на 1000 населения (см. табл. 1.1). Общий коэффициент фертильности (среднее число детей, рожденных одной женщиной в течение ее жизни) снизился с 2,7 в 1990 г. до 1,7 в 2005 г. В советское время женщинам, имевшим семерых и более детей, давали звание «матери-героини», и ей полагался ряд дополнительных льгот. В 1997 г. президент страны в своем послании «Казахстан-2030» призвал к «улучшению здоровья женщин и детей и проведению эффективной политики поощрения рождаемости с целью сдерживания сокращения численности населения» (Правительство Республики Казахстан, 1997). Недавно эта политика была усилена дополнительными мерами по поощрению рождаемости: в стране внедрена прогрессивная система выплат и льгот, стимулирующих рождение детей. И хотя доля населения старшей возрастной группы в Казахстане немного выше, чем в остальных республиках Центральной Азии, в 2005 г. процент населения в возрасте моложе 15 лет составлял 23,1%. Последние изменения демографических характеристик означают, что казахи снова составляют подавляющее число населения в большинстве областей, в то время как русские и другие этнические меньшинства сконцентрированы в основном в крупных и мелких городах.

1.2. Экономика

После распада СССР в Казахстане наступил сильнейший экономический спад, приведший к гиперинфляции. Поначалу состояние экономики было плачевным, поскольку страна сильно зависела от Советского Союза в части капитала, производственных ресурсов, экспортных рынков и финансовой системы. Кроме того, в советское время из Москвы в Казахстан поступали бюджетные субсидии в размере примерно 12% ВВП (Falkingham, 1999). С распадом торгово-экономического сотрудничества между бывшими советскими республиками и переходом к рыночной экономике вся система спроса и производства рухнула. В 1992 г. произошла либерализация цен, и в стране началась гиперинфляция, уровень которой в 1992 г. превысил 3000% (Becker & Urzhumova, 2005). В 1993 г. прекратила свое существование рублевая зона, в связи с чем бывшие советские республики должны были ввести новые национальные валюты. В Казахстане такой валютой стал тенге, который был введен в обращение в ноябре 1993 г.

Как и в других бывших советских республиках, в Казахстане в первой половине 1990-х гг. наступил сильнейший экономический

Таблица 1.2. Макроэкономические показатели, 1990 и 1999–2006 гг.

	1990	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ВВП, млрд долл. США (в текущих ценах)	26,9	16,9	18,3	22,2	24,6	30,8	43,2	57,1	–
ВВП, по ППС, млрд долл. США (в текущих ценах)	76,0	57,6	64,6	75,1	83,9	93,6	105	119	–
ВВП на душу населения по ППС, долл. США (в постоянных ценах 2000 г.)	5 696	3 944	4 343	4 938	5 422	5 906	6 428	6 990	–
ВВП на душу населения по ППС, долл. США (в текущих ценах)	4 648	3 860	4 343	5 057	5 650	6 280	7 014	7 857	–
Годовой рост ВВП (%)	–	2,7	9,8	13,5	9,8	9,3	9,6	9,7	–
Коэффициент Джини (× 100)	–	–	–	31,3	–	33,9	37,0 ^a	42,0 ^a	–
Непогашенный кратко- срочный долг, % внешнего долга	–	7,7	7,7	9,0	10,2	12,4	12,0	18,5	–
Добавленная стоимость в промышленности (% ВВП)	–	34,9	40,5	38,8	38,6	37,6	37,6	39,5	–
Добавленная стоимость в сельском хозяйстве (% ВВП)	–	10,5	8,7	9,4	8,6	8,4	7,6	6,8	–
Добавленная стоимость в сфере услуг (% ВВП)	–	54,6	50,8	51,8	52,8	53,9	54,8	53,7	–
Сальдо текущего платежного баланса (% ВВП)	–	–1,0	2,0	–6,3	–4,2	–0,9	0,8	–1,3	–
Рабочая сила, всего (млн человек)	7,7	7,5	7,5	7,6	7,7	7,8	8,0	8,1	–
Официальный обменный курс (ЕМВ к долл. США, среднее за период)	–	120	142	147	153	150	136	133	126
Реальная ставка процента	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Продолжение табл. 1.2

	1990	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Доля бедного населения (менее 2 долл. США по ППС в день), % всего населения	-	-	-	8,5	-	16,0	-	-	-
Рейтинг ПРООН по ИЧР ^b	-	-	0,74	0,77	0,77	0,76	0,77	-	-

Источники: World Bank, 2007; ^a – UNICEF, 2007; ^b – WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007

Примечания: ВВП – валовой внутренний продукт, ИЧР – Индекс человеческого развития, ЕМВ – единица местной валюты, ППС – паритет покупательной способности, ПРООН – Программа развития Организации Объединенных Наций.

кризис. Хуже всего ситуация была в 1994 г., когда темпы падения ВВП составляли 17,8%, что свидетельствовало почти о коллапсе национальной экономики. Период стабилизации начался в 1996 г., но из-за российского экономического кризиса 1998 г. в стране снова наступила стагнация. Уровень ВВП Казахстана восстановился в 1999 г., а с 2000 г. начался экономический подъем: темпы роста ВВП составили 9,8% (см. табл. 1.2), что главным образом было обусловлено бумом в энергетическом секторе. В последующие годы темпы роста ВВП Казахстана также были высокими и составляли почти 10% в год, и страна вошла в число наиболее быстрорастущих экономик в мире (ЕС, 2006). После падения в 1995 г. до 61,1% от уровня 1989 г. реальный ВВП в Казахстане достиг в 2003 г. 94% от этого уровня, а в 2004 г. уже превысил его (UNICEF, 2006). В 2006 г., благодаря высокому уровню капитальных вложений и доходов от добычи нефти, рост ВВП в реальном выражении составил 10,6% (EIU, 2007). По оценкам экспертов, в результате роста производства нефти и газа, а также в связи с высокими ценами на энергоносители ВВП Казахстана в период 2004–2015 гг. должен утроиться (ЕС, 2006).

Учитывая колоссальный объем природных ресурсов и нынешние высокие цены на нефть, экономические перспективы Казахстана весьма радужны. Страна располагает огромными запасами природного топлива, а также других полезных ископаемых и металлов. Стремясь расширить свои возможности по экспорту нефти и укрепить свои позиции на переговорах, Казахстан стал участником

нескольких международных проектов по строительству трубопроводов. В 2001 г. был создан Каспийский трубопроводный консорциум; в рамках этого проекта осуществляется транспортировка нефти с Тенгизского месторождения в Западном Казахстане на российский черноморский нефтяной терминал в Новороссийске, в результате чего экспортные возможности Казахстана существенно возросли. В апреле 2006 г. мощность этого трубопровода увеличилась более чем вдвое (EIU, 2006). В декабре 2005 г. был пущен в эксплуатацию новый нефтепровод, соединивший нефтяные месторождения на побережье Каспия с терминалом Алашанькоу в Западном Китае. Богатейшие нефтегазовые резервы Казахстана способствовали большому притоку прямых иностранных инвестиций, общий объем которых за период с 1991 по 2006 г. составил около 34 млрд долларов США, благодаря чему Казахстан вышел на первое место среди стран СНГ по объему прямых иностранных инвестиций на душу населения (ЕС, 2006).

Казахстан стремился также найти новые рынки экспорта вторичной продукции за пределами бывшего СССР, но спрос на традиционную для страны продукцию тяжелого машиностроения низок, и большая часть промышленного сектора остро нуждается в модернизации. Экономика страны по-прежнему сильно зависима от энергоресурсов: в 2004 г. на долю продукции нефтяного и топливного секторов приходилось 63% экспорта страны (ЕС, 2006). Однако, благодаря продолжающемуся нефтяному буму и спросу на жилье, в стране наблюдается также бурный рост в строительной отрасли и в сфере услуг (EIU, 2006).

Казахстан был одним из крупнейших производителей зерна в СССР, и сельскохозяйственный сектор по-прежнему очень значителен по объему, особенно в более благоприятных для земледелия южных частях страны. И хотя доля сельского хозяйства в ВВП страны составила в 2005 г. всего 6,7%, в этом секторе по-прежнему занята большая часть населения Казахстана (EIU, 2006). Сельское хозяйство и сейчас остается главным детерминантом уровней занятости и бедности в сельской местности (World Bank, 2004b).

Общий показатель доли государственных расходов в ВВП упал в 2004 г. до 22% (ВНО, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). В первой половине 1990-х гг. падение уровня государственных расходов было отражением финансового кризиса в государственном секторе, поскольку ВВП также снижался. С переходом от системы отчислений государственных предприятий в бюджет к системе сбора налогов с физических и юридических лиц государственные доходы резко

упали. Но, благодаря огромным нефтяным доходам последних лет, проведению налоговой реформы и улучшению собираемости налогов, ситуация значительно улучшилась, и к маю 2006 г. международные резервы Казахстана составляли уже более 14 млрд долларов США (EIU, 2006). В 1993 г., когда на смену рублю пришел тенге, уровень инфляции был поначалу очень высоким, но после 1996 г. стал снижаться. В 2005 г. инфляция потребительских цен была на уровне 7,6% (EIU, 2006).

Начиная с 1991 г. Казахстан придерживается курса на рыночную экономику. В 1993 г. в стране была начата программа структурных реформ, а в июле 1994 г. введен пакет антикризисных мер. С 1995 г. процесс экономических реформ и приватизации пошел полным ходом, и правительство приступило к программе приватизации. В настоящее время малые и средние предприятия, а также колхозы и совхозы почти полностью приватизированы, на крупных государственных предприятиях введены договоры об управлении, а нефтяная и газовая отрасли и сектор природных ресурсов были открыты для иностранных инвесторов. Государство создало также наиболее передовую на всем постсоветском пространстве банковскую систему и финансовый сектор. Были введены частные пенсионные планы, проведена реформа системы государственной гражданской службы, создан Национальный нефтяной стабилизационный фонд, в который отчисляются нефтяные сверхдоходы, и его объем составляет уже более 4 млрд долларов США (ЕС, 2006). Учитывая нефтегазовое богатство страны, президент объявил о значительном увеличении государственных расходов на здравоохранение, образование и социальное обеспечение, и в период 2005–2008 гг. расходы в этих секторах планируется увеличить на 2,5 млрд долларов США (ЕС, 2006).

Но, несмотря на бум в нефтегазовой отрасли и рост ВВП, уровни безработицы и бедности снижаются довольно медленно. Быстрый рост нефтяного и газового секторов обеспечил очень небольшое количество новых рабочих мест, но оказал косвенное положительное влияние на ситуацию с занятостью в сфере услуг. При этом в сельском хозяйстве по-прежнему наблюдается высокий уровень неполной занятости. По данным на конец февраля 2007 г., 7,9% рабочей силы были безработными, притом что годом ранее этот показатель составлял 8,3% (EIU, 2007). Реальные доходы населения в 2004 г. были на отметке всего лишь 70,6% от уровня 1991 г. (UNICEF, 2006). В последние годы реальные доходы населения существенно возросли, а средняя зарплата в январе 2007 г. составляла 45 716 тенге в месяц (что соответствует примерно 364 долларам США) (EIU, 2007).

На основании рассчитываемого ПРООН Индекса человеческого развития (ИЧР), включающего в себя три компонента (ожидаемая продолжительность жизни при рождении, уровень грамотности взрослого населения и общая доля учащихся в учебных заведениях всех уровней, а также ВВП на душу населения), после 1990 г. можно выделить два отдельных этапа человеческого развития в Казахстане, очень схожих с другими странами бывшего СССР. На первом этапе (1990–1995 гг.) произошло резкое ухудшение показателей человеческого развития, что главным образом было обусловлено падением продолжительности жизни при рождении, и по ИЧР Казахстан переместился с 54-го на 93-е место в мире. На втором этапе (1996–2002 гг.) показатели человеческого развития постепенно стали восстанавливаться, в основном благодаря подъему в экономике страны, и в 2002 г. ИЧР Казахстана достиг уровня 0,766, в результате чего Республика заняла 78-е место среди 177 стран мира. Правда, этот показатель все равно пока еще существенно ниже уровня 1990 г. (UNDP, 2004).

Падение показателей человеческого развития в начале 1990-х гг. сопровождалось ростом бедности. После 1991 г. доля бедного населения и неравенство в доходах в республиках бывшего СССР значительно возросли (Falkingham, 1999). Сильнейшие экономические и социальные потрясения 1990-х гг. привели к обнищанию многих домохозяйств, что не могло не сказаться на состоянии здоровья и возможностях людей оплачивать товары и услуги здравоохранения. Если использовать показатель черты бедности по потреблению (установленный на уровне 258 долларов США на душу населения в год), то в 2002 г. 15,4% населения Казахстана было бедным. При этом наблюдаются существенные региональные различия: в г. Алматы доля бедного населения составляет 2%, а, например, в Кызылординской области – 32% (World Bank, 2004b).

В соответствии с международными показателями черты бедности в 2,15 доллара США по ППС в день, в 2003 г. 21% населения Казахстана жил за чертой бедности (в 2001 г. эта доля составляла 31% населения). Если в качестве показателя черты бедности принять 4,3 доллара США по ППС в день, то в 2003 г. за чертой бедности жило 66% населения, а в 2001 г. – 73% (Alam, Murthi et al., 2005). Коэффициент Джини, который является показателем социального неравенства, в 2003 г. составлял 0,34 (см. табл. 1.2); по сравнению с остальными республиками бывшего СССР это относительно невысокий показатель. Однако в условиях экономического бума последних лет степень социального неравенства, по-видимому, снова возра-

стает, и, по оценке ЮНИСЕФ, коэффициент Джини в Казахстане к 2005 г. вырос до отметки 0,42 (UNICEF, 2007).

На фоне недавнего экономического подъема в органах государственного управления вырос уровень коррупции. Согласно Индексу восприятия коррупции, данные о котором публикует Transparency International, в 2006 г. Казахстан занимал 111-е место среди 163 стран, вошедших в рейтинг (Transparency International, 2007). Наличие этой проблемы было признано на самом высоком политическом уровне, и сейчас борьба с коррупцией объявлена одним из национальных приоритетов. В секторе здравоохранения одной из главных причин коррупции является низкий уровень официальной заработной платы медицинских работников, который до сих пор остается гораздо ниже среднего по стране.

1.3. Политика

Казахстан является унитарным государством с президентской формой правления. Нурсултан Назарбаев в 1989 г. стал лидером Коммунистической партии Казахстана, а с 1991 г. занимает пост президента страны. Президент избирается всенародным голосованием на срок 7 лет. Он назначает премьер-министра, кабинет министров и глав региональных администраций. На последних президентских выборах, которые прошли в декабре 2005 г., президент Назарбаев подавляющим большинством избирателей (91,1%) был избран на третий семилетний срок. Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ), в которой Казахстан намерен председательствовать в 2009 г., сочла эти выборы не соответствующими международным стандартам.

Первая постсоветская конституция Казахстана была принята 28 января 1993 г. По итогам всенародного референдума, проведенного 30 августа 1995 г., в стране была принята новая Конституция, в которой полномочия президента были существенно расширены, а законодательной ветви власти отведена второстепенная роль. С того времени только президент имеет право инициировать внесение изменений и дополнений в конституцию, назначать и отправлять в отставку правительство, распускать парламент, объявлять референдум и назначать глав администраций городов и регионов.

Парламент Казахстана состоит из двух палат. Верхняя палата – Сенат – состоит из 39 депутатов, срок полномочий которых составляет 6 лет, при этом 32 сенатора избираются на собраниях выборщи-

ков – депутатов местных советов (маслихатов) всех уровней по принципу: от каждого из 16 регионов страны (14 областей и два города республиканского подчинения – Астана и Алматы) по два депутата Сената. Семерых сенаторов назначает президент. Срок полномочий состава Сената – шесть лет. Нижняя палата парламента (Мажилис) состоит из 77 депутатов, из которых 67 избираются по одномандатным избирательным округам, а 10 – по партийным спискам. Срок полномочий депутатов Мажилиса очередного созыва составляет 5 лет (EIU, 2007). В Казахстане зарегистрировано большое количество партий, хотя их политика определена не совсем четко. По достижении 18-летнего возраста все граждане Казахстана имеют конституционное право избирать и быть избранными в государственные органы и органы местного самоуправления. Последние выборы в Сенат прошли в 2005 г. Выборы в Мажилис были проведены в сентябре – октябре 2004 г., в результате которых 42 места получили депутаты от правящей партии «Отан» («Отечество»), во главе которой стоит президент Назарбаев. В декабре 2006 г. партия изменила свое название на «Нур Отан» («Свет Отечества») и после присоединения к ней во второй половине 2006 г. трех более мелких партий с апреля 2007 г. контролирует уже 57 из 77 мест в Мажилисе. В июне 2003 г. премьер-министром страны стал Даниял Ахметов, но в январе 2007 г. он ушел в отставку, и его сменил на этом посту Карим Масимов. В феврале 2007 г. Государственная комиссия по разработке и конкретизации программы демократических реформ выступила с рядом предложений по реформированию политической системы, включая усиление роли парламента в формировании состава правительства и право на назначение членов Конституционного суда, Центральной избирательной комиссии и Ревизионного комитета. Однако эти предложения не предусматривают радикальных изменений в политической системе Казахстана (EIU, 2007). В июне 2007 г. президент Назарбаев распустил Мажилис, и в августе 2007 г. были проведены новые выборы. По официальным предварительным данным, партия «Нур Отан», возглавляемая президентом Назарбаевым, получила 88,05% голосов, а семипроцентного барьера не преодолела больше ни одна партия, в результате чего все места в Мажилисе получили депутаты «Нур Отан». Кроме того, после новых выборов вступил в силу ряд поправок к Конституции, в том числе та, которая позволяет Назарбаеву остаться на посту президента бессрочно (BBC News, 2007; Golovnina, 2007).

Сначала Казахстан был поделен на 19 административных единиц (областей) плюс столица страны. Однако в 1997 г. Указом Президен-

та число областей было сокращено до 14. Кроме того, в стране есть три города республиканского подчинения (Алматы, Байконур и столица Астана), имеющих статус отдельных административных единиц. Таким образом, в общей сложности в Казахстане 17 административных единиц. Области поделены на 220 районов. Президент назначает глав администраций (областных акимов). Областные администрации традиционно сильны; акимы обладают довольно большой властью. Кроме того, акимам и областным департаментам финансов принадлежит основная роль в принятии решений, касающихся здравоохранения. С 1994 г. в стране избираются местные советы (маслихаты), являющиеся органами местного самоуправления, но по сравнению с областными акимами, которые имеют право аннулировать решения маслихатов, их полномочия невелики. В конце 2006 г. прошли первые выборы акимов 30% районов и городов областного значения; прямые выборы глав местных администраций планируется ввести также и на остальной территории страны (EIU, 2007).

Казахстан является членом ООН и нескольких региональных организаций: СНГ, Шанхайской организации сотрудничества (ШОС), Евразийского экономического сообщества (куда входят также Российская Федерация, Беларусь, Кыргызстан и Таджикистан) и Центрально-Азиатского экономического сообщества (в которое, помимо Казахстана, входят Кыргызстан, Узбекистан и Таджикистан). Казахстан активно стремится стать членом Всемирной торговой организации (ВТО) и является членом нескольких финансовых организаций, осуществляющих инвестиции в секторе здравоохранения (Международный валютный фонд (МВФ), Международный банк реконструкции и развития (МБРР), Европейский банк реконструкции и развития (ЕБРР), Азиатский банк развития и Исламский банк развития).

Казахстан ратифицировал следующие международные конвенции, 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 о гражданских и политических правах; 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 о наркотических средствах и Рамочную конвенцию ВОЗ о контроле над табаком. Ка-

захстан подписал, но пока не ратифицировал Международный пакт ООН о гражданских и политических правах.

1.4. Состояние здоровья населения

В отношении ожидаемой продолжительности жизни в Казахстане наблюдаются в целом те же тенденции, что и в других странах СНГ, но в Казахстане этот показатель остается ниже среднего по СНГ, а характер кривой его падения после 1991 г. был несколько круче (см. рис. 1.2). После распада СССР ожидаемая продолжительность жизни населения резко упала. В Казахстане она снизилась с 68,81 года в 1990 г. до 64,4 года в 1996 г., а затем в 2005 г. снова возросла до 65,89 года (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Однако, несмотря на экономический подъем, этот показатель по-прежнему почти на три года ниже уровня 1990 г. и на 13,74 года ниже средней ожидаемой продолжительности жизни в странах ЕС-15, которая в 2004 г. составляла 79,63 года (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Таблица 1.3. Ожидаемая продолжительность жизни: официальные данные и оценка ВОЗ, 1990 и 2000–2005 гг.

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	68,81	65,75	65,89	66,15	65,89	66,21	65,89
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет)	63,90	60,18	60,61	60,92	60,63	60,72	60,40
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (лет)	73,40	71,65	71,41	71,62	71,47	72,02	71,73
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, оценка ВОЗ (лет)	–	62,49	63,00	63,60	61,00	61,50	–

Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, июнь 2007.

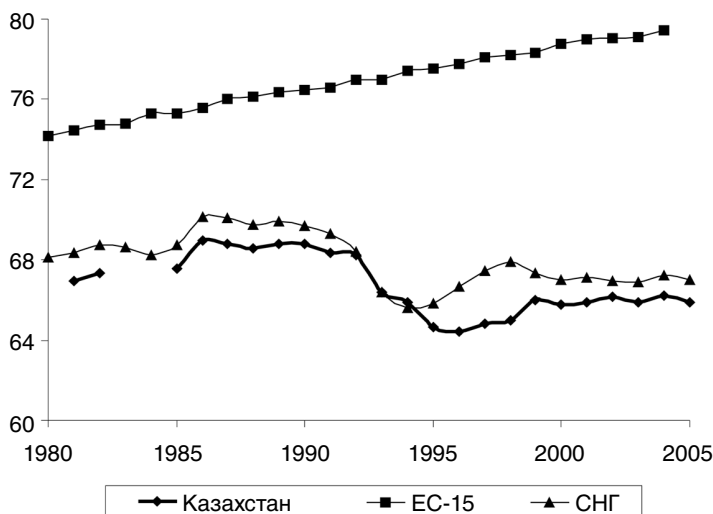
В Казахстане также наблюдается один из самых больших гендерных разрывов в показателях продолжительности жизни (IRIN, 2007а). Так, по данным официальной статистики, в 2005 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин составляла 60,4 года, а женщин – 71,73 года (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007) (см. табл. 1.3). Кроме того, у мужчин показатель продолжительности жизни в первой половине 1990-х гг. падал гораздо сильнее, чем у женщин: с 63,9 года в 1990 г. до 58,93 года в 1996 г. (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Наибольший в пропорциональном отношении рост смертности наблюдался среди мужчин трудоспособного возраста. В период с 1987 по 1995 г. показатели смертности среди мужчин в возрасте 30–44 лет более чем удвоились, а среди мужчин в возрасте 34–54 лет увеличились более чем на 75% (Becker & Urzhumova, 2005). Показатели ожидаемой продолжительности жизни в разных регионах страны существенно разнятся. Наиболее благополучными в этом отношении регионами являются Алматы и Астана (Becker & Urzhumova, 2005).

Следует отметить, однако, что фактическая продолжительность жизни может быть даже ниже официальных данных (см. табл. 1.3 и 1.4). Причиной такого расхождения данных является занижение сведений о младенческой смертности, речь о которой пойдет позже. По оценкам, учитывающим этот фактор, фактическая продолжительность жизни в Казахстане составляла в 2003 г. 61 год, что на четыре года меньше показателя, фигурирующего в официальной статистике (Rechel, Shapo et al., 2005).

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении с учетом инвалидности (DALE) в 2002 г. у мужчин составляла 52,6 года, у женщин – 59,3 года (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Снижение продолжительности жизни в Казахстане в 1990-х гг. главным образом обусловлено увеличением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, особенно среди мужчин среднего возраста. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности по причине ишемической болезни сердца у мужчин увеличился с 405 в 1989 г. до 611 на 100 000 мужского населения в 1996 г. и снова уменьшился до 525 в 2005 г. (для сравнения, средний показатель по ЕС-15 в 2004 г. составлял 118 на 100 000 мужского населения) (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от некоторых причин, связанных с потреблением алкоголя, в Казахстане также высокий и в 2003 г. составлял 308 на 100 000 населения, при этом аналогичный средний показатель по ЕС-15 в 2004 г. был на

Рис. 1.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Казахстане, СНГ и ЕС-15, официальные данные, 1980–2005 гг.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, июнь 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.

уровне 58 на 100 000 населения. Стандартизованные по возрасту коэффициенты смертности от онкологических заболеваний (составлявшие в 2005 г. 173 на 100 000 населения) сопоставимы с аналогичными показателями в странах ЕС-15, но значительно выше среднего по странам Центральной Азии, который равен 107 на 100 000 населения (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Здесь, однако, есть проблемы с идентификацией причин смерти (Министерство здравоохранения, 2004), поэтому к статистике смертности по причинам следует относиться с известной осторожностью.

Основными факторами, оказывающими влияние на повышение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, являются потребление алкоголя, курение, высокое содержание жиров и низкое содержание антиоксидантов в рационе питания, а также низкий уровень диагностики и лечения артериальной гипертензии (McKee & Chenet, 2002). По данным проведенного в 2001 г. национального репрезентативного опроса, в котором участвовали 2000 респондентов, среди 55,6% мужчин в Казахстане наблюдается избыточное потребление

Таблица 1.4. Смертность и ожидаемая продолжительность жизни, 1970, 1980, 1990, 2000 и 2005 гг.

	1970	1980	1990	2000	2005
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (лет)	–	71,9	73,1	71,1	71,9
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет)	–	61,6	63,8	60,2	60,9
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, оба пола (лет)	–	66,6	68,3	65,5	66,2
Смертность, взрослые женщины (на 1000 взрослых женщин)	149	140	136	–	152
Смертность, взрослые мужчины (на 1000 взрослых мужчин)	318	312	306	–	343
Смертность в возрасте 15–60 лет, женщины ^а	–	–	–	–	194
Смертность в возрасте 15–60 лет, мужчины ^а	–	–	–	–	437
Младенческая смертность (на 1000 живорожденных)	–	72	53	63	63
Детская смертность в возрасте до 5 лет (на 1000 детей этого возраста)	–	85	63	73	73

Источник: World Bank, 2007; ^а – WHO, 2007b.

алкоголя (более 100 г. водки за один прием), и всего 13,8% ежедневно потребляют фрукты (Cockerham, Ninote et al., 2004). Несмотря на то что благодаря либерализации рынка ассортимент потребительских товаров значительно расширился, ее влияние на здоровье общества зачастую оказывается пагубным. В одном из опросов, проведенном в Алматы в 1999–2000 гг. среди 648 поставщиков потребительских товаров, выяснилось, что сигареты, алкоголь, сладости, кофе и чай были в наличии повсюду, а фрукты, овощи и продукция из цельных злаков – лишь в очень ограниченном количестве мест и далеко не везде (Yim, Humphries et al., 2003).

Центральная Азия стала одним из главных целевых регионов международной табачной индустрии (Gilmore & McKee, 2004). Исследование жизненных условий, образа жизни и состояния здоровья, проведенное в восьми странах бывшего СССР (Армении, Беларуси, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Молдове, Российской Федерации и Украине), показало, что в Казахстане распространенность курения среди мужского населения наибольшая: 65,3% респондентов-мужчин и 9,3% женщин сообщили, что они являются курильщиками (Pomerleau, Gilmore et al., 2004). Однако по данным трех опросов, проведенных Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни в 1998, 2001 и 2004 гг., распространенность табакокурения среди населения страны в целом снизилась с 28 до 23%, а среди медицинских работников – с 34 до 26%. Однако, несмотря на проведение санитарно-просветительской работы в школах, опросы не выявили признаков снижения показателей распространенности курения среди подростков; в 2004 г. среди подростков 13–15 лет курящими были 14% (Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, из личной беседы, 2006).

В Казахстане также очень высока смертность от внешних причин (дорожно-транспортные происшествия, травмы и отравления). Повышение смертности от внешних причин сыграло свою роль в том кризисе смертности, который наблюдался в стране в 1990-х гг., особенно среди мужчин трудоспособного возраста (Becker & Urzhumova, 2005). Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности вырос с 118 на 100 000 населения в 1991 г. до 161 в 2005 г., что примерно соответствует среднему показателю по СНГ (159 на 100 000 населения), но существенно выше среднего по центральноазиатским республикам и Казахстану (ЦАРК) (81 на 100 000 населения) и более чем в четыре раза выше среднего по ЕС-15 (37 в 2004 г.) (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). В 2005 г. смертность от внешних причин в Казахстане была одной из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ; выше эти показатели были только в Российской Федерации и Беларуси (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Смертность от внешних причин в значительной степени обусловлена самоубийствами, особенно среди мужчин (49 на 100 000 мужского населения в 2005г.) (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Еще одной серьезной причиной смертности от внешних причин являются дорожно-транспортные происшествия; и хотя использование ремней безопасности является обязательным, на практике это строго не отслеживается. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертно-

сти в связи с ДТП среди мужчин в 2003 г. составлял 20 на 100 000; для сравнения: в странах ЕС-15 этот показатель в 2004 г. был 13 на 100 000 (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Как и в других странах Восточной Европы и Центральной Азии, в Казахстане в последние годы отмечен существенный рост заболеваемости диабетом. В Казахстане этот показатель вырос с 35 на 100 000 населения в 1995 г. до 116 к 2005 г., что ниже среднего по СНГ (158 на 100 000 населения), но выше среднего по ЦАРК (60 на 100 000) (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

По официальным данным, младенческая смертность по сравнению с 1990 г. снизилась в 2005 г. до 15,1 на 1000 живорожденных (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007) (см. табл. 1.5), но, по всей видимости, дело здесь в том, что официальная статистика не отражает истинного положения вещей (Becker & Urzhumova, 2005). Показатель младенческой смертности значительно варьирует по регионам страны: наименьший уровень зафиксирован в Алматы, самый высокий – в Кызылординской области (World Bank, 2004b).

Во всех центральноазиатских республиках серьезную озабоченность вызывает качество официальной статистики детской и младенческой смертности. В основе расхождений официальных показателей и оценок, проведенных международными организациями, лежат три основные причины. Во-первых, в Казахстане по-прежнему используется принятое в СССР определение «живорожденный», в соответствии с которым живорожденными не считались дети, рожденные ранее чем на 28-й неделе беременности или имеющие массу

Таблица 1.5. Младенческая смертность (на 1000 живорожденных), 1990 и 2000–2005 гг.

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Официальная статистика, переданная в ВОЗ	26,69	19,08	19,18	16,91	15,35	13,98	15,1
Оценка Всемирного банка	53	63	–	–	–	–	63
Оценка ВОЗ (Доклад о состоянии здравоохранения в мире)	–	33	–	–	–	63	–

Источники: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007; World Bank, 2007.

Примечание: ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения.

тела менее 1000 г, за исключением случаев, когда они не погибали в первые 7 дней жизни (Министерство здравоохранения, 2004). Во-вторых, медицинские работники сообщают не обо всех случаях младенческой смертности (иногда это делается намеренно, чтобы избежать расследований); наконец, в-третьих, родители не всегда сообщают о рождении и смерти детей в соответствующие органы (Aleshina & Redmond, 2003). Проведенное в 1996–1997 гг. в Жамбылской области исследование показало, что младенческая смертность в этом регионе составляет 32 на 1000 живорожденных в соответствии с советским определением и 59 на 1000 живорожденных в соответствии с определением ВОЗ. По результатам Обследования демографических характеристик и состояния здоровья 1999 г., проведенного по национальной репрезентативной выборке (4800 женщин репродуктивного возраста), было установлено, что в период 1994–1999 гг. оценка младенческой смертности составила 62 на 1000 живорожденных, а смертности детей в возрасте до 5 лет в тот же период – 71 на 1000 живорожденных (DHS, 1999). В Мультииндикаторном кластерном обследовании (MICS), проведенном в 2006 г., были получены новые оценки младенческой смертности. По данным этого исследования, она составляла 31,8 на 1000 живорожденных, при этом среди младенцев-мальчиков смертность была выше, чем среди младенцев-девочек (36,6 и 26,6 соответственно). В разных регионах страны эти показатели существенно различаются. Наименьший показатель младенческой смертности был отмечен в Астане (6,2), наибольший – в Жамбылской области (55,4). Младенческая смертность в сельской местности была выше, чем в городах (37,0 и 26,8 соответственно), среди женщин с начальным образованием выше, чем среди женщин с высшим (56,5 и 20,2 соответственно), и в бедных семьях выше, чем в обеспеченных (Агентство Республики Казахстан по статистике, 2007).

В январе 2005 г. Министерство здравоохранения издало приказ о принятии определения «живорожденный» в соответствии с определением ВОЗ, в котором это понятие расширено относительно определения советского периода. При поддержке американских центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC) медперсонал в пилотных учреждениях и регионах проходит обучение применению этого нового критерия. В 2006 г. все стационарные учреждения предоставили отчетность о младенческой смертности, используя как старое, так и новое определение живорожденного. По предварительным оценкам, данные о младенческой смертности, собранные на основании критерия ВОЗ, были на 12–20% выше тех, которые основываются на старом советском определении. Использование

Таблица 1.6. Материнская смертность (на 100 000 живорожденных), 1990 и 2000–2005 гг.

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Официальная статистика, переданная в ВОЗ	54,77	61,64	48,92	51,94	41,94	36,63	40,86
Оценки ВОЗ/ЮНИСЕФ/ЮНФПА	80	210	–	–	–	–	–

Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения, ЮНИСЕФ – Детский фонд Организации Объединенных Наций, ЮНФПА – Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения.

определения «живорожденный» по критериям ВОЗ позволит сделать данные о младенческой смертности в Казахстане более сопоставимыми с показателями других стран и создаст основу для применения новых медицинских технологий, способствующих сокращению младенческой смертности в стране.

По данным MICS 2006 г., 97,9% детей в возрасте 12–23 месяцев к 12 месяцам получили первую вакцинацию БЦЖ и 97,5% – первую вакцинацию АКДС. Вторую вакцинацию АКДС получили уже только 96,1%, а третью – 91,1% детей. Аналогично, к 12 месяцам первую вакцинацию от полиомиелита получили 98,9% детей, а третью – уже только 93,7%. Охват вакцинацией против кори к возрасту 12 месяцев составил 65,9%. Процент детей в возрасте 12–23 месяцев, получивших все рекомендуемые прививки, составил всего 57,1% (Агентство Республики Казахстан по статистике, 2007). По данным того же исследования, всего 31,6% детей с подозрением на пневмонию получали лечение антибиотиками (Агентство Республики Казахстан по статистике, 2007).

Согласно данным государственной статистики, материнская смертность в Казахстане очень высока: в 2005 г. этот показатель составлял 40,86 смертей на 100 000 живорожденных, что более чем в семь раз превышает средний показатель по ЕС-15 (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Практически все роды (98%, по данным Обследования демографических характеристик и состояния здоровья 1999 г., и 99,8%, по данным MICS, 2006 г.) происходят в условиях медицинских учреждений, в основном в родильных домах. По данным MICS 2006 г., в 99,1% случаев роды проводятся под наблюдением опытного акушера (Агентство Республики Казахстан по статистике, 2007). Однако,

как и в случае с младенческой смертностью, фактические показатели материнской смертности, по-видимому, гораздо выше официальных. По оценкам организаций системы ООН, в 2000 г. в Казахстане фактический уровень материнской смертности составлял 210 на 100 000 живорожденных, что более чем втрое превышает официальный показатель за тот же год (см. табл. 1.6). Расследования, проведенные в ряде областей Комитетом по контролю за качеством медицинских услуг, выявили многочисленные случаи искажений отчетности, нарушений и непредоставления сведений о материнской смертности. Расследования случаев материнской смертности показали, что в большинстве из них смерть женщины можно было предотвратить (Министерство здравоохранения, 2007с).

Одной из серьезных проблем здравоохранения является анемия. Обследование более 2000 детей в возрасте от 6 до 59 месяцев, проведенное в Аральском регионе Кызылординской области в 1994–1995 гг., выявило, что распространенность анемии составляет 50% (Dangour, Hill et al., 2002). Аналогично, исследование, проведенное в этом же регионе в 1999–2000 гг. среди детей в возрасте 6–15 лет, также показало, что распространенность анемии составляет около 50% (Hashizume, Kunii et al., 2003). По данным Обследования демографических характеристик и состояния здоровья 1999 г., в Казахстане 36% женщин репродуктивного возраста и 36% детей в возрасте до 5 лет страдают той или иной степенью анемии (DHS, 1999). Вероятно, причинами анемии являются нарушения репродуктивного здоровья, включая высокий уровень фертильности, оставленные без лечения гинекологические заболевания, и проблемы, связанные с питанием: высокое содержание жиров, низкое потребление овощей и фруктов, а также рацион питания, препятствующий всасыванию железа и, как следствие, приводящий к его дефициту. Одним из основных компонентов Стратегии ЮНИСЕФ и ЦАРК по контролю и профилактике железодефицитной анемии в Казахстане является программа обеспечения железосодержащими добавками во время беременности.

По данным MICS 2006 г., 4,0% детей моложе 5 лет имеют дефицит массы тела, 12,3% отстают в росте и 3,8% – в весе (Агентство Республики Казахстан по статистике, 2007). Недостаточность питания больше распространена среди детей, проживающих в сельской местности; детей, матери которых имеют более низкий уровень образования; детей из бедных семей; а также среди этнических казахов (Агентство Республики Казахстан по статистике, 2007).

Как и в других республиках бывшего СССР, в Казахстане главным средством контроля рождаемости традиционно был аборт. Однако в пе-

риод между 1992 и 2005 гг. частота абортaв на 1000 живорожденных снизилась с 1020 до 450, что сопоставимо с аналогичным показателем по ЕС-15 (226 на 1000 живорожденных в 2003 г.) (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Согласно Обследованию демографических характеристик и состояния здоровья 1999 г., тем или иным современным методом контрацепции пользовались более половины замужних женщин Казахстана (53%), при этом наиболее популярным методом было использование внутриматочных средств (DHS, 1999). Согласно тому же исследованию, уровень абортaв снизился с 1,8 на одну женщину в 1992–1995 гг. до 1,4 в 1996–1999 гг. (DHS, 1999). По данным MICS 2006 г., контрацептивами пользовались 50,7% женщин, состоящих в официальном или гражданском браке. Как уже говорилось, наиболее популярным средством контрацепции являются внутриматочные средства, которыми пользуются 36,3% респондентов. Менее популярными оказались противозачаточные таблетки (6,6%) и презервативы (4,6%) (Агентство Республики Казахстан по статистике, 2007).

Как и в других странах Центральной Азии и бывшего СССР, в Казахстане в 1990-х гг. началась эпидемия заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП) и туберкулеза. По сравнению с 1980 г., заболеваемость туберкулезом в 1993 г. снизилась с 96,6 до 60,9 на 100 000 населения, но затем почти утроилась, достигнув к 2004 г. уровня 175,6 на 100 000 населения (см. табл. 1.7). И хотя эта ситуация отражает тенденции, характерные для всей Центральной Азии и постсоветского пространства в целом, в Казахстане этот показатель в 2004 г. был выше, чем во всех странах Европейского региона ВОЗ

Таблица 1.7. Инфекционные болезни, 1990 и 2000–2005 гг.

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Заболеваемость туберкулезом (на 100 000 населения)	65,8	173,4	175,9	185,4	180,1	175,6	–
Число новых случаев ВИЧ-инфекции	4	347	1175	694	747	699	964
Заболеваемость сифилисом (на 100 000 населения)	1,5	161,4	140,4	123,2	92,1	79,3	60,9
Заболеваемость гонококковой инфекцией (на 100 000 населения)	105,2	88,2	87,5	86,6	73,7	76,2	67,5

Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

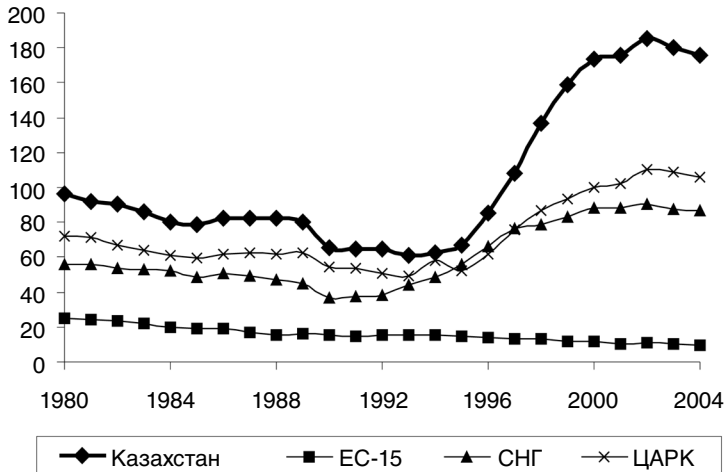
(WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007) (см. рис. 1.3). Правда, по данным Национального центра туберкулеза, в 2006 г. уровень заболеваемости снизился до 132 на 100 000 населения (IRIN, 2007b).

По данным Обследования демографических характеристик и состояния здоровья 1999 г., у 9% респондентов кто-либо из членов семьи ранее болел туберкулезом, и более 23% сообщили, что имеют частые контакты с лицами, больными туберкулезом. При этом лишь 68% женщин и 62% мужчин знали, что при надлежащей медикаментозной терапии туберкулез может быть полностью излечен (DHS, 1999). Заболеваемость туберкулезом значительно варьируется по регионам страны. Так, в 2001 г. в Алматы этот показатель составлял 121 на 100 000 населения, а в Кызылординской области – 308 на 100 000 (Godinho, Novotny et al., 2004). Особенно высокий риск в этом смысле представляют тюрьмы. В частности, в 2001 г. уровень заболеваемости туберкулезом среди заключенных был в 30 раз выше, а смертность – в 9 раз выше, чем среди населения в целом (Godinho, Novotny et al., 2004). Особую тревогу вызывает туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), лечить который гораздо труднее и дороже. Национальных данных на этот счет пока нет, но, по некоторым оценкам, примерно 10% всех выявленных случаев туберкулеза с положительным результатом исследования мазка являются МЛУ-ТБ (Godinho, Novotny et al., 2004).

Заболеваемость другими инфекционными болезнями, например сифилисом, также резко возросла (Aris, 2005). Заболеваемость сифилисом увеличилась с 1,45 случаев в 1990 г. до 269,5 случаев на 100 000 населения в 1997 г., после чего в 2005 г. снова снизилась до 60,9 случаев на 100 000 населения (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Аналогичная тенденция наблюдалась и в других республиках бывшего СССР, правда, в Казахстане этот показатель был выше средних по СНГ и ЦАРК. Так, в 2000 г. сифилис был выявлен у 1% доноров крови, у 1% беременных женщин и у 2% пациентов больниц (Godinho, Novotny et al., 2004). Многие пациенты с ранней стадией сифилиса были без нужды госпитализированы, в то время как другие лечились анонимно частным образом (Godinho, Novotny et al., 2004). Заболеваемость гепатитом А в Казахстане снизилась с 444 случаев в 1990 г. до 70 случаев на 100 000 в 2003 г. (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007)

Несмотря на высокий уровень заболеваемости ЗППП, 18% женщин и 7% мужчин, включенных в Обследование демографических характеристик и состояния здоровья 1999 г., сообщили, что даже не слышали о таких болезнях. По-видимому, рискованные модели пове-

Рис. 1.3. Заболеваемость туберкулезом (на 100 000 населения) в Казахстане, СНГ, ЦАРК и ЕС-15, 1990-2004 гг.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, июнь 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – центральноазиатские республики и Казахстан, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.

деня в стране распространены очень широко: 81% опрошенных женщин и 42% мужчин сообщили, что при своем последнем сексуальном контакте со случайным партнером не пользовались презервативом (DHS, 1999). Обследование 2004 г. выявило, что о ВИЧ/СПИД знала всего половина опрошенных, и лишь 16% смогли правильно указать все способы передачи ВИЧ-инфекции (Godinho, Renton et al., 2005). По данным MICS 2006 г., полное представление о способах профилактики ВИЧ-инфекции имеют всего 23,5% лиц в возрасте 15–24 лет (Агентство Республики Казахстан по статистике, 2007).

Несмотря на то что в абсолютных цифрах число официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции сравнительно невелико, в последние годы был отмечен экспоненциальный рост этого показателя, и, как в остальных странах этого региона, фактическое количество случаев инфекции, вероятно, гораздо выше (Bernitz & Rechel, 2006). В 2006 г. ситуация в стране в этом смысле ухудшилась: по сравнению с 2005 г. число новых случаев ВИЧ-инфекции удвоилось. Серьезная вспышка ВИЧ-инфекции произошла в Шымкенте, когда в больницах при переливании крови были заражены дети (Министерство здравоохранения, 2006b; UNAIDS, 2007). По оценке

ЮНЭЙДС, в конце 2006 г. в Казахстане было от 11 000 до 77 000 лиц, живущих с ВИЧ/СПИД (UNAIDS, 2006). В октябре 2006 г. в стране было зарегистрировано 6943 человека, живущих с ВИЧ/СПИД (Министерство здравоохранения, 2006б).

Как и в других республиках бывшего СССР, в Казахстане эпидемия ВИЧ-инфекции главным образом обусловлена ростом инъекционного потребления наркотиков (Rechel & McKee, 2007). Число зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков по сравнению с началом 1990-х гг. увеличилось в пять раз (Godinho, Renton et al., 2005). Экспресс-оценка, проведенная ЮНЭЙДС в 1998–2002 гг., позволяет предположить, что потребителей инъекционных наркотиков в стране может быть более 250 тысяч человек (Godinho, Novotny et al., 2004). В 2005 г. в Казахстане наркоманами считались 80% всех лиц, живущих с ВИЧ/СПИД (Godinho, Renton et al., 2005). Отмечен также рост коммерческой секс-индустрии: в 2002 г. число коммерческих секс-работников могло составлять 20 000–50 000 человек (Godinho, Novotny et al., 2004).

Эпидемия ВИЧ/СПИД в Казахстане сконцентрирована среди особо уязвимых групп населения (потребителей инъекционных наркотиков и секс-работников), но распространяется также и на другие уязвимые группы, включая молодежь и водителей-дальнобойщиков. В настоящее время основными зарегистрированными путями передачи ВИЧ-инфекции в Казахстане являются потребление инъекционных наркотиков и сексуальные контакты. Среди потребителей инъекционных наркотиков эпидемия может очень быстро распространиться, так как, по данным эпиднадзора за 2003 и 2004 гг., от 8 до 28% секс-работников употребляют наркотики инъекционно (WHO, 2005b). Эпиднадзор в 2003 г. выявил, что уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков составляет 3,8%, а среди секс-работников – 4,6%. Примерно 78% зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции обусловлено небезопасной практикой употребления инъекционных наркотиков, а 14% – незащищенными сексуальными контактами. Более 25% новых случаев инфекции в 2004 г. были обусловлены небезопасным сексом. Большинство лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, являются мужчинами, но, как сообщают, доля инфицированных женщин в настоящее время также растет. В 2003 г. уровень распространенности ВИЧ/СПИД в Казахстане (0,2%) был выше, чем в соседних странах (WHO, 2005b).

Эпидемия ВИЧ/СПИД в стране пока еще находится на ранней стадии, но есть ряд факторов, которые дают основания опасаться ее резкого всплеска. К таким факторам относятся, в частности, широкая

распространенность инъекционного потребления наркотиков, миграция, растущая секс-индустрия, рискованные модели поведения, маргинализация уязвимых групп населения, низкий уровень осведомленности общества о ВИЧ/СПИД и ограниченные возможности правительства и гражданского общества по организации действенных ответных мер в связи с эпидемией. И хотя в Казахстане приняты различные комплексные программы и стратегии по борьбе с ВИЧ-инфекцией, охват этими стратегиями населения из групп высокого риска – потребителей инъекционных наркотиков, коммерческих секс-работников и заключенных – пока недостаточен, а лечение антиретровирусными препаратами доступно далеко не везде. По оценкам ЮНЭЙДС, в 2005 г. антиретровирусную терапию получали лишь 11% всех нуждающихся в ней (UNAIDS, 2006). Если мероприятия по контролю ВИЧ-инфекции не будут развернуты в надлежащем масштабе, то эпидемия ВИЧ будет расширяться и, по самому «оптимистичному» сценарию, к 2015 г. приведет к сокращению ВВП страны на 2,2% и снижению роста ВВП примерно на 5% (Godinho, Renton et al., 2005).

На территории Казахстана имеется несколько природных очагов особо опасных инфекций, в том числе чумы (территория 8 областей), туляремии (территория 11 областей), геморрагической лихорадки (территория 4 областей), клещевого весенне-летнего энцефалита (территория 6 областей) и сибирской язвы (1767 пунктов) (Министерство здравоохранения, 2004).

Из-за отсутствия надлежащего взаимодействия контролирующих органов в республику завозится большое количество некачественных, в том числе небезопасных для здоровья населения продуктов питания. Проблемой стало отсутствие должного производственного контроля на отечественных предприятиях пищевой промышленности и объектах общественного питания, что приводит к выпуску и реализации недоброкачественной пищевой продукции (Министерство здравоохранения, 2004). Большую тревогу в Казахстане вызывают и возможные последствия для здоровья населения, связанные с деградацией и сильным загрязнением окружающей среды. Бассейн пересыхающего Аральского моря сильно засолен, поскольку русла подпитывающих его рек отведены в ирригационную систему, а оставшиеся воды загрязнены промышленными и сельскохозяйственными отходами. Воздух в регионе Аральского моря сильно загрязнен солями, пестицидами и химикатами. И без того непростая ситуация с поставками питьевой воды в Казахстане усугубляется еще различными формами контаминации воды. Вода и воздух сильно загрязнены, особенно в промышленных регионах. Быс-

трый рост промышленного производства и отсутствие надлежащих мер по защите окружающей среды привели к сильнейшему загрязнению воздуха в крупных промышленных центрах страны, в частности в Усть-Каменогорске и Караганде.

И в городской, и в сельской местности усугубились проблемы, связанные с плохой санитарией и загрязненностью воды (соленость, токсины и бактерии). Системы фильтрации и очистки воды во многих регионах разрушены. В 1998 г. в сельской местности не функционировало около половины всех систем водоснабжения (Президент Республики Казахстан, 1998). В 2002 г. 61% домов имели централизованную систему водоснабжения, большая часть из которых находилась в городах (88%) и меньшая (27%) – в сельской местности (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Доступ к канализационной системе, септику или другим санитарно-гигиеническим сооружениям для удаления сточных вод имели 72% населения, при этом в городах этот показатель составлял 87%, а в сельской местности – 52% (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). По данным MICS 2006 г., доступ к источникам качественной питьевой воды был у 93,7% населения: у 98,2% в городах и у 87,8% в сельской местности. Однако в Североказахстанской и Костанайской областях этот показатель составляет всего 82%. В Алматы и в Астане 98,5% и 84,8% населения соответственно пользовались питьевой водой, подведенной к дому или на участок. В Северо-Казахстанской области такую возможность имели всего 27,5%, а в Акмолинской области – 23,3% домохозяйств (Агентство Республики Казахстан по статистике, 2007).

Сильным было и воздействие радиации, связанной с проведением ядерных испытаний в районе Семипалатинска, который раньше был главным советским ядерным полигоном. В период с 1953 по 1963 г., когда по Договору о запрещении ядерных испытаний все испытания в атмосфере были запрещены, в Семипалатинске (ныне Семей) было проведено немало ядерных испытаний – как наземных, так и в атмосфере. Подземные ядерные испытания продолжались до закрытия полигона в августе 1991 г. Каковы сейчас последствия этих испытаний для здоровья населения, остается неизвестным (Stone, 2003a; Stone, 2003b).

Применяемые в промышленности и строительстве нормы безопасности оставляют желать лучшего. Так, по данным Министерства труда и социальной защиты населения, только в 2006 г. на объектах добывающей и металлургической промышленности было зарегистрировано 114 смертельных случаев, а на строительных объектах – 133 (IRIN, 2007a).

2. Организационная структура

2.1. Историческая справка

Казахстан унаследовал от советского периода систему здравоохранения, организованную на базе модели Семашко. Здравоохранение находилось в собственности государства, функционировало на основе централизованного планирования, и одним из ключевых принципов был всеобщий и бесплатный доступ населения к медицинской помощи. До обретения независимости Министерство здравоохранения Казахстана проводило политику, устанавливаемую в Москве, что обеспечивалось централизованной иерархической структурой управления, от республиканского уровня до уровня областных и городских администраций, которым в свою очередь подчинялись органы здравоохранения районного уровня.

В начале XX века медицинскую помощь населению в Казахстане оказывали в основном народные целители. Кроме того, правительство царской России организовывало в 1900-х гг. медицинскую помощь для русского населения, жившего на территории Западного Казахстана, – этим занимались фельдшеры и акушерки; помощь также предоставлялась в медпунктах и больницах.

В советское время начиная с 1920-х гг. основное внимание уделялось контролю инфекционных заболеваний и созданию инфраструктуры для оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в сельской местности. При организации предоставления медицинской помощи использовался участковый принцип, и в сельской местности каждый гражданин был прикреплен к соответствующему фельдшерскому пункту (ФП), а в городах – к поликлинике по месту жительства. В период между 1950 и 1970 гг. акцент был сме-

щен в направлении специализированной и стационарной помощи. В это время было построено много больниц и поликлиник, что приводило к сокращению ресурсов, выделяемых сектору ПМСП. Избыточные вложения в обеспечение населения врачебными кадрами и в строительство больниц отвечали принципам советской модели здравоохранения, в которой приоритетными направлениями были увеличение числа больничных коек и врачей, а повышению качества и результативности медицинской помощи уделялось значительно меньшее внимание.

В 1980-х гг. состояние советской системы здравоохранения начало ухудшаться, и проблемы в области управления здравоохранением стали очевидными. В СССР здравоохранению традиционно отдавался меньший приоритет по сравнению с другими секторами экономики, которые считались более «производительными». Когда бюджетных средств стало не хватать, предложение медицинских услуг перестало удовлетворять спрос на них, и медицинские учреждения вынуждены были неофициально перенести часть своих затрат на население в виде неформальных платежей.

Организационные проблемы были связаны с централизованной системой планирования и бюджетирования, которая не давала руководителям здравоохранения возможности проявить хотя бы какую-то гибкость. Бюджеты выделялись в соответствии с государственным планом, в основе которого были численность персонала и количество больничных коек. Кроме того, не было никаких стимулов для повышения эффективности затрат; например, медицинские учреждения, чтобы получить дополнительные ресурсы, намеренно раздували штаты и увеличивали коечный фонд. Качество медицинского обслуживания ухудшалось, так как ресурсов не хватало, а сложившаяся ситуация вызывала у медицинских работников все большее недовольство. Для улучшения показателей работы стимулов практически не было, так как уровень финансирования не зависел от качества услуг или достижения более высоких результатов лечения. Пациенты были недовольны качеством медицинского обслуживания, нешироким спектром предоставляемых услуг и невозможностью выбора врача.

В 1989 г., еще до обретения независимости, в Казахстане были предприняты некоторые попытки реформировать здравоохранение: пилотные проекты проводились в пяти экспериментальных регионах в рамках всесоюзного эксперимента по внедрению нового хозяйственного механизма. В 1990 г. этот эксперимент был закончен, но вопрос о необходимости реформ здравоохранения остался на повестке дня.

После провозглашения независимости в 1991 г. в системе здравоохранения поначалу мало что изменилось, так как основные приоритеты были отданы политическим и экономическим реформам. Из-за сильнейшего бюджетного кризиса мероприятия по улучшению инфраструктуры и качества медицинской помощи откладывались. Обсуждались различные варианты реформ; было проведено несколько пилотных проектов, чтобы опробовать новые подходы к организации здравоохранения, – в частности, реорганизация сектора ПМСП, создание фондов страхования, новые механизмы оплаты услуг поставщиков и введение платных медицинских услуг. Пилотные проекты проводились в двух областях (Жезказганской и Семипалатинской); кроме того, некоторые эксперименты проводились также в Южно-Казахстанской и Алма-Атинской областях. Но в 1998 г. Жезказганская область была административно объединена с Карагандинской, а Семипалатинская – с Восточно-Казахстанской, и реформы здравоохранения застопорились. Понадобилось немало времени, прежде чем процесс реформ восстановился и принял более систематизированный характер. Со временем признанным лидером, идущим в авангарде реформ здравоохранения, стала Карагандинская область.

Во второй половине 1990-х гг. реформы пошли более быстрыми темпами. Была введена система обязательного медицинского страхования; правда, в 1998 г. ее отменили. Таким образом, политика в области здравоохранения в 1990-х гг. не отличалась особой последовательностью. В 2004 г. была принята комплексная программа реформ здравоохранения, которая предусматривала реорганизацию всех аспектов системы здравоохранения страны.

2.2. Организационная структура

После обретения независимости в 1991 г. Казахстану пришлось разрабатывать собственную политику и систему планирования. Организационная структура новой системы здравоохранения установлена законом «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» от 19 мая 1997 г. и законом «О системе здравоохранения» от 4 июня 2003 г.

В Казахстане процесс выработки политики носит в высшей степени централизованный характер; этим занимается правительство под руководством президента. Национальная политика в области здравоохранения устанавливается правительством и реализуется республиканскими и местными органами государственного управле-

ния. Во главе иерархии системы здравоохранения стоит Министерство здравоохранения, но вопросы медицинского обслуживания населения в основном относятся к ведению областных органов управления здравоохранением, которые обладают довольно большой самостоятельностью в отношении управления учреждениями здравоохранения на подведомственной территории.

Таким образом, по сравнению со многими западноевропейскими странами организационная структура системы здравоохранения в Казахстане является достаточно централизованной, но все же не настолько, как в большинстве других стран Центральной Азии или СНГ, и областям предоставлена достаточно большая степень самостоятельности. За годы независимости взаимоотношения между республиканским и местным уровнями часто изменялись, происходило перераспределение полномочий в обоих направлениях. В целом, однако, произошло делегирование полномочий органам местного уровня. Перевод столицы страны из Алматы в Астану также повлиял на взаимоотношения республиканского и местного уровней, создав на несколько лет некоторый вакуум. Нынешние административные реформы и Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. направлены на решение проблемы разделения и делегирования полномочий между республиканским и местным уровнями. Эта программа в целом предусматривает предоставление Министерству здравоохранения более широких полномочий, многие из которых оно утратило после 1997 г.

Министерство здравоохранения

Организационная структура Министерства здравоохранения Казахстана часто менялась. В 1997 г. министерство было преобразовано в Комитет по здравоохранению в системе Министерства образования, культуры и здравоохранения. В 1999 г. Комитет по здравоохранению был преобразован в Агентство по делам здравоохранения, и только в 2002 г. Министерство здравоохранения было восстановлено. Все эти организационные преобразования статуса и структуры Министерства здравоохранения были элементом проводившихся в стране более широких реформ системы государственного управления. Они были связаны со сменой руководства. За период с 1997 по 2002 г. во главе сектора здравоохранения побывали четыре разных человека, и каждый из них проводил собственную политику и стратегию реформ

здравоохранения, при этом ни одна из этих стратегий так и не была доведена до стадии реализации.

В настоящее время Министерство здравоохранения стремится играть более значимую роль в политике здравоохранения страны. Его главными функциями являются формулирование политики по ключевым аспектам деятельности системы здравоохранения, регулирование в секторе здравоохранения посредством соответствующих нормативно-правовых актов, а также контроль и координация межотраслевого и внутриотраслевого сотрудничества. Кроме того, Министерство здравоохранения частично исполняет функции по управлению медицинской помощью, предоставляемой в республиканских клинических центрах. Иногда это приводит к некоторой путанице между функциями регулирования и оказания услуг (Katsaga & Zuez, 2006, из неопубликованного).

В соответствии с законом «О системе здравоохранения» от 4 июня 2003 г. к компетенции Министерства здравоохранения относятся следующие вопросы (Katsaga & Zuez, 2006, из неопубликованного):

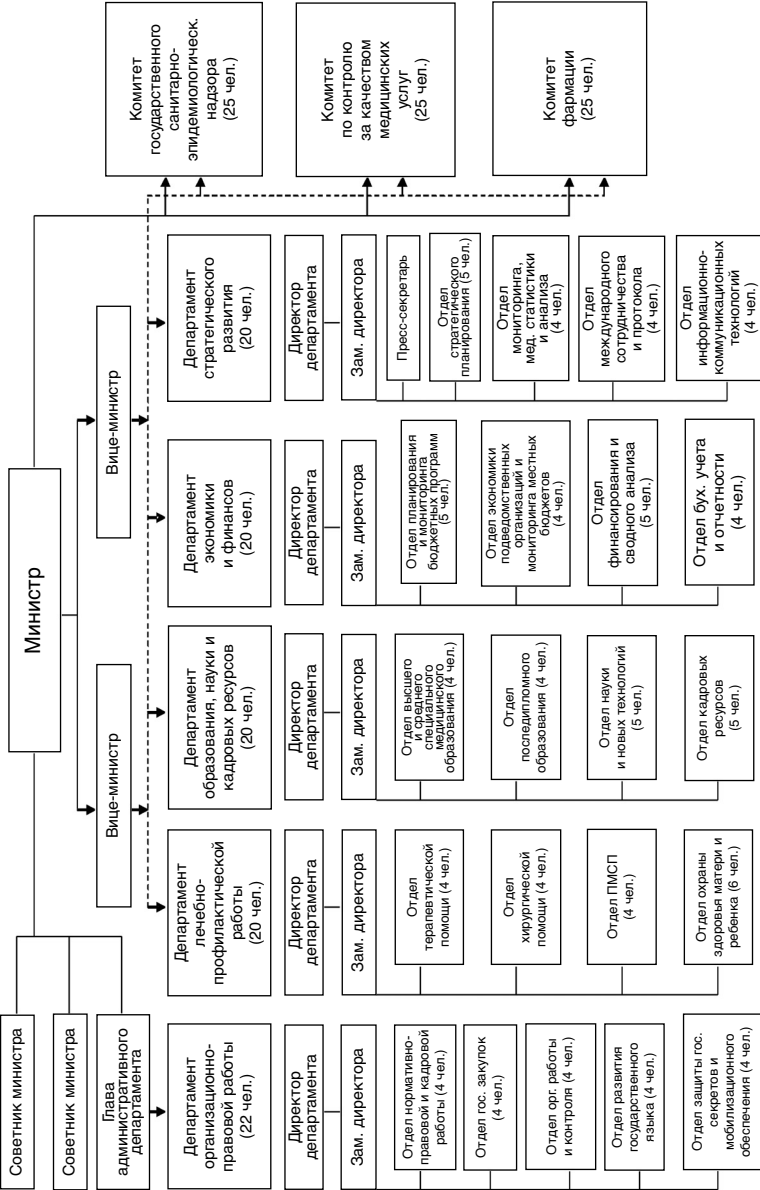
- обеспечение проведения государственной политики в области здравоохранения;
- разработка концепций и стратегий развития здравоохранения, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, государственных и отраслевых программ, планов развития, а также социально-экономических и научно-технических программ в секторе здравоохранения;
- утверждение нормативных документов и форм учетно-отчетной документации в области здравоохранения;
- утверждение правил рекламы медицинских услуг, новых методов и средств профилактики, диагностики и лечения;
- определение порядка планирования расходов на программу государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению (далее ПГГ) и порядка формирования доходов региональных систем единого плательщика;
- определение методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках ПГГ;
- утверждение перечня жизненно важных лекарственных средств, предоставляемых населению в рамках ПГГ;
- контроль за соблюдением правил лицензирования медицинской и врачебной деятельности, изготовления и реализации лечебных препаратов;

- определение структуры оказания медицинской помощи, включая типовые штаты и штатные нормативы организаций здравоохранения, нормативы объема и уровня медицинской помощи для населения;
- осуществление межотраслевого сотрудничества в интересах здоровья граждан;
- разработка ПГГ и порядка предоставления медицинской помощи;
- планирование республиканских бюджетных расходов и управление государственными клиническими и научно-исследовательскими центрами;
- осуществление международного сотрудничества в области здравоохранения;
- поддержка создания и функционирования республиканской информационной системы в здравоохранении.

Министр здравоохранения назначается президентским указом и подотчетен премьер-министру. Министр здравоохранения предлагает кандидатуры на должности заместителей министров и председателей комитетов, отвечает за общее управление министерством и осуществляет надзор за деятельностью административного департамента. Заместителей министра назначает и смещает с их постов правительство. Распределение полномочий между заместителями министра производится в соответствии с приказом по министерству и может подлежать изменению. В состав Министерства здравоохранения входит ряд департаментов и отделов (см. рис. 2.1). При нем действует три комитета, в задачи которых входит реализация политики здравоохранения на региональном и национальном уровне: Комитет по контролю за качеством медицинских услуг, Комитет фармации и Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Комитеты имеют вертикальную структуру управления с представительствами во всех областях страны. Кандидатов на должности председателей представляет министр здравоохранения, а назначение производится правительством. Деятельность комитетов финансируется из республиканского бюджета.

Районы находятся в подчинении областных администраций. Они занимаются управлением оказания основной специализированной и большей части первичной медико-санитарной помощи; за это отвечают главные врачи центральных районных больниц (ЦРБ). На рис. 2.2 приведена общая схема организации системы здравоохранения Казахстана.

Рис. 2.1. Организационная структура Министерства здравоохранения



Источник: Министерство здравоохранения, из личной беседы, 2007.
 Примечание: данная схема отражает ситуацию по состоянию на январь 2007 г.

Рис. 2.2. Организационная схема системы здравоохранения



Источник: схема составлена авторами обзора.

Администрации городов и областей

Основными органами управления здравоохранением являются 14 областных и два городских – Алматинский и Астанинский – департамента здравоохранения. В их ведении находится большинство больниц и поликлиник. Областные департаменты здравоохранения являются структурными подразделениями областных администраций. Директоров областных департаментов здравоохранения назначают главы областных администраций (акимы областей), которым директора и подотчетны. Области владеют и управляют всеми государственными поставщиками медицинских услуг на подведомственной территории. Директора областных департаментов здравоохранения назначают и смещают с их постов главные врачи медицинских учреждений и осуществляют контроль за их деятельностью. В соответствии с законом «О местном самоуправлении» 1995 г., на областной уровень был передан большой объем полномочий, в том числе по лицензированию медицинских учреждений. Областные администрации собирают большую часть государственных доходов, значи-

тельная часть которых остается в их распоряжении. Поэтому областные администрации (в том числе департаменты финансов и здравоохранения) обладают достаточно большой властью, хотя это (как и уровень собираемых доходов) очень зависит от конкретной области. С 2005 г. средства на здравоохранение из местных и республиканского бюджетов объединяются на уровне областей, а решения о выделении средств принимаются областными администрациями, которые выполняют функцию единого плательщика в своей области.

Министерство экономики и бюджетного планирования

Министерство экономики и бюджетного планирования было образовано в 2004 г. и занимается планированием и выделением бюджетных средств в секторе здравоохранения; ранее эти вопросы находились в ведении Министерства финансов. Министерство экономики и бюджетного планирования выделяет фонды Министерству здравоохранения и областям, в том числе средства на оказание медицинской помощи и осуществление капитальных вложений.

Министерство финансов

С вступлением в силу нового Бюджетного кодекса в апреле 2004 г. и с созданием Министерства экономики и бюджетного планирования роль Министерства финансов была ограничена вопросами исполнения бюджета. В настоящее время в сферу его ответственности входит контроль за расходованием средств на уровне областных департаментов здравоохранения и поставщиков медицинских услуг.

Министерство труда и социальной защиты населения

Это министерство устанавливает порядок представления, рассмотрения и согласования вопросов оплаты труда работников (включая надбавки за опасные и вредные условия труда) и отвечает за формулирование и мониторинг исполнения трудового законодательства. При Министерстве труда и социальной защиты населения работают медико-социальные экспертные комиссии, которые занимаются вопросами предоставления гражданам инвалидности. Министерство

также обеспечивает инвалидов протезами и различными компенсирующими устройствами.

Самостоятельные государственные предприятия

Некоторые учреждения здравоохранения (больницы, крупные поликлиники и центры ПМСП) сейчас по закону имеют возможность получить статус государственного предприятия с правом хозяйственного ведения. Это стало возможным в силу закона «О местном самоуправлении» 1995 г. и последующих поправок к нему. За некоторыми исключениями, в областных администрациях должно быть принято решение о том, какие организации останутся в собственности государства и будут финансироваться из государственных средств, а какие будут преобразованы в государственные предприятия с правом хозяйственного ведения. В отличие от государственных учреждений, деятельность которых контролируется на более высоком уровне управления и полностью финансируется из средств государственного бюджета, государственные предприятия могут взимать плату за некоторые услуги и обладают некоторой финансовой самостоятельностью. Помимо тех средств, которые они получают от оплаты пациентами их услуг, государственные предприятия получают также финансирование в соответствии с договорами, которые они заключают с областными органами здравоохранения; объем этого финансирования зависит от объема оказываемых услуг (если речь идет о больницах и амбулаторных клиниках) или рассчитывается по подушевому нормативу (если речь об организациях ПМСП).

В 2006 г. в Казахстане насчитывалось 3927 государственных предприятий, 4141 государственное учреждение и 942 частных медицинских учреждения (Министерство здравоохранения, 2007а). Большинство государственных учреждений представляет собой небольшие сельские амбулатории. В соответствии с планом правительства на 2007–2009 гг., большая часть государственных учреждений в секторе здравоохранения должна быть преобразована в государственные предприятия.

Частные поставщики медицинских услуг

Аптеки и стоматология по большей части перешли в частные руки и стали коммерческими организациями, а больницы, служба санитарно-эпи-

демиологического надзора и крупные поликлиники в основном находятся в собственности государства. Однако в период с 1999 по 2004 г. число частных больниц почти удвоилось, а частных хирургических клиник стало больше почти втрое. В частном секторе работает все больше врачей – в 2005 г. их доля составила 14% всех врачей в Казахстане.

Параллельные системы здравоохранения

Некоторые министерства и ведомства (Министерство внутренних дел, Министерство обороны, администрация президента, аппарат правительства, Казахстанские железные дороги, а также несколько государственных компаний) традиционно имели собственную сеть медицинских учреждений, которая финансируется из государственного бюджета. Некоторые из этих параллельных систем здравоохранения в последние годы прекратили свое существование, но более подробная информация об их инфраструктуре, количестве медперсонала, занятого в этих системах, и о расходах на здравоохранение отсутствует. Формально параллельные системы здравоохранения подотчетны Министерству здравоохранения, но в реальности это не всегда так.

Профсоюзы, профессиональные ассоциации и организации гражданского общества

В советское время членство в профсоюзе было практически обязательным. Главной функцией профсоюзов было представление интересов работодателя (т. е. государства) в отношениях с работниками – а не наоборот! – но при этом в ведении профсоюзов были значительные льготы, предоставляемые работникам (оплачиваемые отпуска, здравоохранение), и их деятельность финансировалась за счет налога на фонд заработной платы. В советский период профсоюзы были довольно мощной силой.

Законом 1993 г. «О профессиональных союзах» была провозглашена свобода регистрации и формирования новых профессиональных союзов, и с того времени на этом поле появились новые игроки. Федерация профсоюзов Республики Казахстан сейчас включает около 50 профессиональных союзов. Входит в нее и профсоюз работников здравоохранения, который является одним из крупнейших в стране.

В 1998 г. в него входило 300 000 человек, и он имел 14 региональных отделений. В советское время членами этой организации были все медицинские работники, да и в 1998 г. в ее составе было 95% всех работников сектора здравоохранения. Членство в профсоюзе является почти автоматическим, а взносы вычитаются у работников из заработной платы. Федерация профсоюзов Республики Казахстан до сих пор владеет довольно значительными активами, в числе которых гостиницы, административные здания и курорты. Профсоюз работников здравоохранения поддерживает прочные рабочие взаимоотношения с правительством и дает консультации по ключевым политическим документам в области здравоохранения, хотя членства по должности в соответствующих комитетах для представителей профсоюза не предусмотрено.

В последние годы в Казахстане стало больше неправительственных организаций (НПО), занятых в секторе здравоохранения. В 2006 г. в системе здравоохранения Казахстана было 139 НПО (Katsaga & Zuez, 2006, из неопубликованного). Наиболее активными из них являются те, которые работают с пациентами (в частности, Диабетическая ассоциация Казахстана), а также профессиональные ассоциации (например, Ассоциация семейных врачей Казахстана). В 2005 г. правительство начало выделять средства неправительственным организациям, занимающимся преимущественно профилактикой «социально значимых» заболеваний, реабилитацией пациентов и профилактикой наркомании.

В советское время работники каждой из медицинских специальностей создавали свои неформальные профессиональные ассоциации и объединения. Несколько подобных ассоциаций возникло и в 1990-х гг., но они не пользуются большим влиянием и не имеют законного статуса и официального представительства в органах по выработке государственной политики. Они могут выразить свое мнение по вопросам политики и стратегии здравоохранения и аттестации медицинских кадров. Крупнейшей и наиболее активной из профессиональных ассоциаций является Ассоциация семейных врачей Казахстана. Кроме того, в настоящее время появилась также Ассоциация медицинских сестер Казахстана. Министерство здравоохранения планирует более активно привлекать представителей НПО к процессу профессиональной аттестации медицинских работников и организации независимой системы контроля качества медицинских услуг.

2.3. Децентрализация и централизация

После обретения страной независимости в 1991 г. в системе здравоохранения была произведена децентрализация полномочий, хотя центральное правительство сохранило довольно большую власть. Децентрализация была осуществлена в основном путем приватизации и перехода административных и финансовых полномочий от республиканского уровня к областному, а иногда и к районному – например, посредством системы децентрализованного распределения ресурсов на уровне района с передачей полномочий районным администрациям в период между 2000 и 2003 гг.

В 1991 г. в Казахстане началась приватизация многих государственных хозяйственных предприятий и учреждений, в том числе заводов, фабрик, крупных колхозов. В системе здравоохранения приватизация носила более ограниченный характер и, как и в соседнем Узбекистане (Ahmedov, Azimov et al., 2007), коснулась преимущественно аптек и стоматологии. В 1997 г. более 90% аптек было приватизировано (UNDP, 1997). К октябрю 2006 г. в частных руках находилось уже 95,8% организаций фармацевтического сектора (Министерство здравоохранения, 2007b). В январе 1997 г. правительством был составлен перечень из 615 учреждений здравоохранения, подлежащих приватизации, что составляло примерно 8% от 8000 находившихся в собственности государства на тот момент учреждений здравоохранения (Simidjiyski, 1998). Пока что приватизирована была лишь небольшая часть, и в отношении целевого показателя численности, процедур приватизации и статуса приватизируемых предприятий есть небольшая путаница. В постановлении правительства 1997 г. «О секторных программах приватизации и реструктуризации» был указан список из 30 объектов системы здравоохранения, не подлежащих приватизации и финансируемых из средств государственного бюджета. Областные комитеты совместно с представителями Министерства здравоохранения должны решить (с учетом некоторых исключений), какие из находящихся в собственности государства учреждений останутся в государственной собственности, а какие будут реорганизованы в самостоятельные предприятия. Однако зачастую остается неясным, какие из учреждений являются коммерческими, а какие некоммерческими. Приватизация касается независимых организаций государственного сектора, а также частных коммерческих организаций. В процессе приватизации выявился ряд проблем, в том числе отсутствие государственного кон-

троля за лицензированием, отсутствие контроля за соблюдением профессиональных стандартов, незаконная приватизация некоторых объектов системы здравоохранения, незаконное извлечение прибыли и ненадлежащее использование приватизированных помещений. Законодательство, регулирующее деятельность частных медицинских учреждений, нуждается в совершенствовании.

Вопросы передачи ответственности с республиканского уровня на областной оговорены в законе «О местном самоуправлении» 1995 г., в котором вопросы управления здравоохранением и функции по его финансированию переданы в ведение органов областного уровня. В соответствии с этим законом уровень консолидации бюджета должны были определять акимы областей. До 2004 г. в ряде областей бюджет формировался централизованно на уровне области, в то время как в большинстве областей это процесс проходил на районном уровне.

Начиная с 2005 г., в соответствии с Бюджетным кодексом Республики Казахстан, бюджеты всех областей формируются на областном уровне, и решения о выделении бюджетных ассигнований принимаются областными органами управления здравоохранением. Планирование и оперативное управление осуществляют региональные органы власти в соответствии с единым порядком, установленном на национальном уровне. В сферу их ответственности входят следующие вопросы:

- оперативное управление региональной системой здравоохранения в соответствии с установленными на национальном уровне нормами и правилами;
- планирование и выделение ресурсов на оказание населению медицинской помощи в рамках ПГГ;
- финансирование поставщиков медицинских услуг.

В целом, однако, распределение ролей и ответственности между национальным (республиканским) и областным уровнями пока довольно условно и находится в процессе становления.

2.4. Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения

Согласно закону «О системе здравоохранения» от 4 июня 2003 г., пациенты имеют право свободного выбора медицинской организации. Основным нормативным документом, касающимся прав пациентов,

является закон «Об охране здоровья граждан» от 7 июля 2006 г. В соответствии с этим законом пациенты имеют право на:

- получение медицинской помощи в рамках ППГ в соответствии с перечнем, утверждаемым Правительством Республики Казахстан;
- получение необходимой информации, касающейся охраны здоровья;
- получение информации о состоянии своего здоровья, здоровья супруга (супруги) и близких родственников;
- обжалование действий (бездействия) медицинских работников и, в случае несогласия с их действиями или рекомендациями, привлечение независимых экспертов;
- отказ от получения медицинской помощи.

Комитет по контролю за качеством медицинских услуг несет ответственность за рассмотрение жалоб граждан, касающихся качества предоставляемых медицинских услуг, а областные департаменты здравоохранения отвечают за защиту прав пациентов на областном уровне. В целом, однако, права пациентов в Казахстане пока довольно ограничены и законодательно практически не закреплены.

К вопросам, привлечшим более пристальное внимание международной общественности, относятся защита прав человека применительно к маргинальным группам населения и отношение к представителям этих групп с точки зрения дальнейшего распространения эпидемии ВИЧ/СПИД. На постсоветском пространстве лица из групп повышенного риска ВИЧ-инфицирования зачастую подвергаются социальной изоляции, стигматизации и криминализации (Bernitz & Rechel, 2006). В Казахстане правозащитная организация «Хьюман райтс уотч» опубликовала доклад под названием «Игра с огнем: как нарушение прав человека подогревает эпидемию СПИДа в Казахстане» (HRW, 2003). В этом докладе говорится о том, что милиция арестовывает потребителей инъекционных наркотиков и секс-работников не за совершение ими конкретных правонарушений, а просто потому, что они являются наркоманами и секс-работниками. Было отмечено, что возможности по обмену игл и шприцев в Казахстане очень ограничены и потребители наркотиков пользуются этими услугами неохотно, так как правоохранительные органы иногда устраивают рейды в местах обмена игл в целях преследования и ареста наркоманов (HRW, 2003).

3. Финансирование

3.1. Расходы на здравоохранение

В 1990-х гг. финансирование здравоохранения было очень скудным, а имеющиеся ограниченные ресурсы отрасли использовались неэффективно. Столь сильное сокращение государственных расходов на здравоохранение было обусловлено несколькими факторами: резким падением ВВП, высоким уровнем инфляции, прекращением субсидий из Москвы, плохой собираемостью налогов. Связанное с этим резкое сокращение бюджета здравоохранения привело к тому, что система здравоохранения с трудом поддерживала свое существование. В 1994 г. реальные расходы на здравоохранение составляли всего 37% от уровня, который был зарегистрирован до обретения страной независимости (World Bank, 1996а). Как доля ВВП, расходы на здравоохранение были ниже всего в 2002 г. – всего 1,93% (см. табл. 3.1).

В богатых странах по сравнению с бедными на долю сектора здравоохранения, как правило, приходится большая доля ВВП, а доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение положительно коррелирует с ростом национального дохода. Это означает, что в более бедных странах большая доля расходов на здравоохранение приходится на частные расходы и зачастую это происходит за счет личных платежей граждан.

В последние годы бюджетные ассигнования в сектор здравоохранения в Казахстане были значительно увеличены – как в абсолютном выражении, так и в относительном, как доля ВВП. В период между 2000 и 2006 гг. государственные расходы на здравоохранение существенно возросли – с 23 до 128 долларов США на душу населения в

Таблица 3.1. Государственные расходы на здравоохранение, 2000–2006 гг.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Расходы на здравоохранение как % ВВП	2,0	2	1,9	2,1	2,5	2,7	3,4
Доля расходов на здравоохранение в национальном бюджете страны	9,3	8,7	9	9,2	9,4	9,1	9,2
Расходы на здравоохранение на душу населения в год, долл. США	23	29	32	41	64	98	128

Источник: Министерство здравоохранения, из личной беседы, 2007.

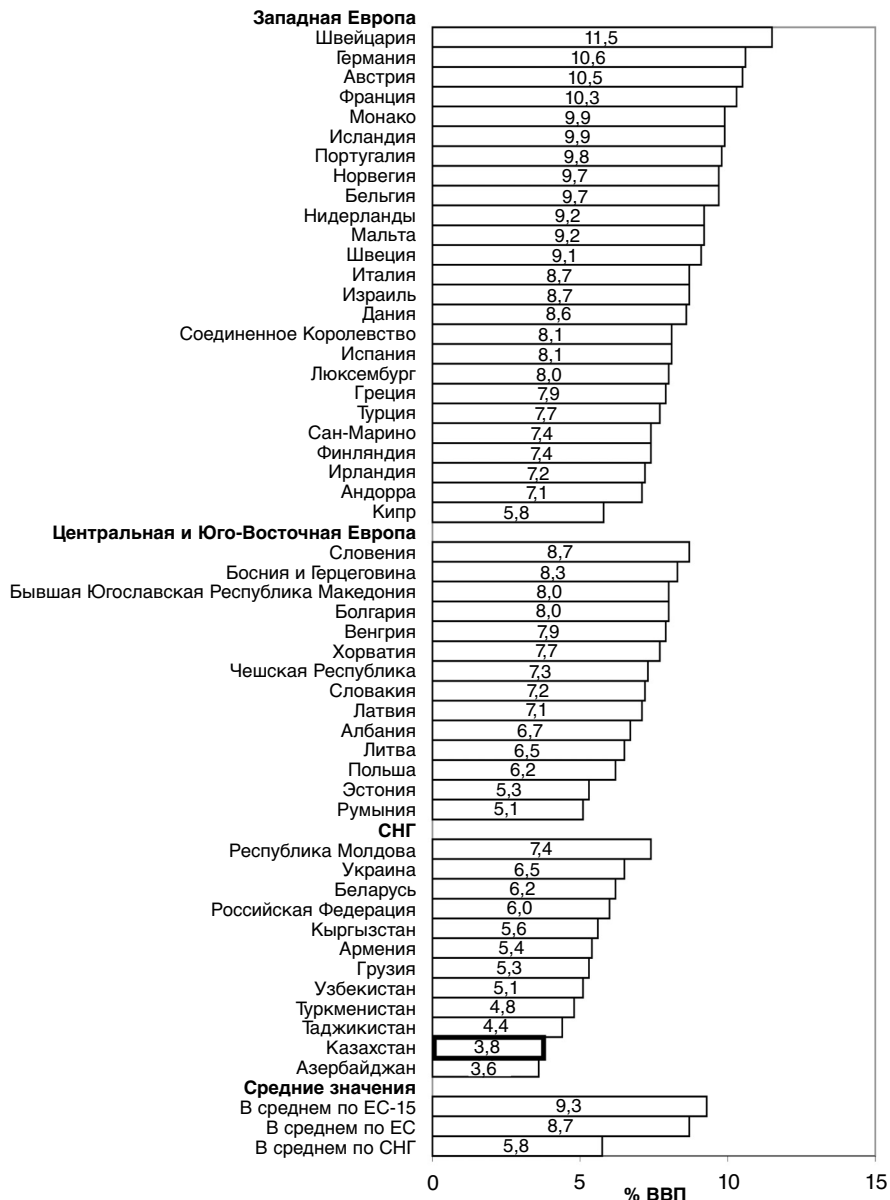
год (см. табл. 3.1), что означает почти пятикратное увеличение, а рост бюджетного финансирования сопровождался введением комплексной программы реформ здравоохранения.

Как доля ВВП, бюджетные расходы на здравоохранение выросли в Казахстане с 2,0% в 2000 г. до 2,7% в 2005 г. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. предусматривает постепенное увеличение этой доли к 2010 г. до 4% ВВП.

Необходимо признать, что эти данные включают только расходы из госбюджета и не учитывают расходов пациентов на оплату медицинских услуг и лекарственных средств, притом что эти расходы, по всей вероятности, достаточно велики. На момент составления данного обзора каких бы то ни было специальных исследований, касающихся оплаты медицинских услуг за счет пациентов, в Казахстане не проводилось. Оценки Государственного агентства по статистике, по-видимому, носят ограниченный характер. По оценкам ВОЗ, общие расходы на здравоохранение в Казахстане, включая частные расходы, в период с 2000 по 2004 г., на самом деле снижались – с 4,1 до 3,8% (см. рис. 3.1) (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Следует отметить также, что увеличение расходов на здравоохранение из государственных источников не означает, что это автоматически пошло на пользу здоровью населения. В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. указано, что увеличение финансирования на душу населения в период

Рис. 3.1. Расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (%), в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. (оценка ВОЗ)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЕС – Европейский союз, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.

2002–2003 гг. не дало ожидаемого результата, кроме увеличения количества пролеченных больных в стационарах на 5–7% в год, что могло свести на нет усилия по рационализации работы больничного сектора и укреплению первичного звена медицинской помощи (Министерство здравоохранения, 2004), хотя в определенном смысле увеличение числа пролеченных больных могло также стать результатом улучшения доступности стационарной медицинской помощи.

Другой проблемой является несоответствие фактических объемов финансирования здравоохранения плановым показателям. Утвержденные бюджеты здравоохранения нередко урезаются в ходе текущего финансового года. Например, фактические расходы на здравоохранение в 1996 г. составили всего 85% от запланированных в бюджете (UNDP, 1997).

Структура расходов на здравоохранение

Как и в других странах бывшего СССР, основная часть финансирования здравоохранения в Казахстане приходится на стационарную помощь. По некоторым оценкам, в 1980-х гг. больничный сектор на территории нынешнего Казахстана получал 85% от общего объема финансирования здравоохранения (Kulzhanov & Healy, 1999). По данным базы данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех», в 2000 г. расходы на стационарную помощь в Казахстане составляли 53,6% от общих расходов на здравоохранение (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Приоритетность первичного звена медицинской помощи по сравнению со стационарной была признана одним из элементов национальной политики Казахстана в области здравоохранения. В соответствии с программой реформ в последние годы объем финансирования первичного звена был увеличен. По источникам Министерства здравоохранения, в 2005 г. сектор ПМСП получил 28% общего объема государственного финансирования здравоохранения (для сравнения, в середине 1990-х гг. эта доля составляла примерно 10%). Ожидается, что объем финансирования ПМСП к 2010 г. составит не менее 40% от общего объема средств, выделяемых на программу государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению (Министерство здравоохранения, 2004). Но, несмотря на то что в соответствии с национальной политикой здравоохранения доля первичного звена в расходах на здравоохранение растёт, боль-

шая часть финансирования по-прежнему уходит на стационарную помощь, что способствует расширению показаний к стационарному лечению, ежегодному росту количества коек и, следовательно, удорожанию медицинской помощи (Министерство здравоохранения, 2004). Объем расходов на стационарную помощь в рамках ПГГ на местном уровне в три раза превышает расходы на ПМСП, а сама система оказания медицинской помощи ориентирована преимущественно на стационарное лечение (Министерство здравоохранения, 2004).

Одной из серьезных проблем при оценке структуры расходов на здравоохранение является то, что в Казахстане, как и в других республиках бывшего СССР, расходы на здравоохранение традиционно классифицируются по статьям бюджета, и поэтому определить, сколько именно приходится на стационарную, первичную или специализированную амбулаторно-поликлиническую помощь, довольно трудно. Так как многие поликлиники функционируют при больницах, то услуги специализированной амбулаторно-поликлинической помощи проходят по статье «ПМСП». Планируемое к 2010 г. увеличение объема бюджетного финансирования первичного звена медицинской помощи до 40% от общего объема средств, выделяемых на ПГГ, охватывает не только ПМСП, но также и специализированную амбулаторно-поликлиническую помощь, и большая часть этого увеличения может пойти именно на нее, а не на ПМСП.

Одной из главных проблем системы здравоохранения Казахстана является региональное неравенство государственного подушевого финансирования здравоохранения. В 2003 г. на финансирование ПГГ выделялось по 6095 тенге на душу населения. Уровни подушевого финансирования значительно варьировались по регионам – от 3500 тенге в Алматинской области до 10 400 тенге в Мангистауской области, что свидетельствует об отсутствии действенного механизма межрегионального выравнивания (UNDP, 2004). С того времени неравенство между регионами несколько уменьшилось (см. табл. 3.2). В 2006 г. разброс уровней подушевого финансирования составлял уже от 4500 тенге в Алматинской области до 20 400 тенге в г. Астане (Министерство здравоохранения, 2006а). К этим данным, однако, следует относиться с известной осторожностью, поскольку они могут не учитывать значительных объемов капитальных вложений – например, на строительство нового Кардиологического центра в Астане.

Что касается использования средств медицинскими учреждениями, то скудость финансирования здравоохранения в годы переходного периода наложила свой негативный отпечаток и на структуру исполь-

зования ресурсов. Анализ расходов на здравоохранение в 1999–2003 гг., результаты которого хранятся в базе данных Министерства здравоохранения, показал, что большая часть расходов медицинских учреждений приходилась на оплату текущих расходов, а на оказание медицинских услуг оставалась лишь малая часть. На зарплату персонала уходило 53,9–64,3% средств, значительная часть бюджетов медицинских учреждений тратилась на оплату коммунальных услуг – воды, электричества, отопления, а собственно на медицин-

Таблица 3.2. Соотношение уровней подушевого финансирования из местных бюджетов к среднему уровню по стране

Область	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Акмолинская	1,20	1,30	1,23	1,29	1,26	1,22	1,18
Актюбинская	0,79	0,89	0,88	0,91	0,87	0,86	0,74
Алматинская	0,50	0,52	0,56	0,56	0,66	0,64	0,69
Атырауская	1,75	1,28	1,18	1,13	1,07	1,04	1,05
Восточно-Казахстанская	1,08	1,08	1,10	1,12	1,12	1,08	1,08
Жамбылская	0,79	0,84	0,77	0,86	0,90	0,95	0,96
Западно-Казахстанская	1,26	1,27	1,34	1,25	1,26	1,15	1,15
Карагандинская	0,94	0,99	0,99	1,00	0,97	1,06	1,08
Костанайская	0,76	0,96	0,96	0,95	0,92	0,98	0,95
Кызылординская	1,37	1,29	1,37	1,42	1,39	1,31	1,34
Мангистауская	2,40	2,17	1,93	1,70	1,48	1,35	1,29
Павлодарская	0,97	1,08	1,14	1,09	1,10	1,12	1,15
Северо-Казахстанская	1,04	1,02	1,02	1,00	1,12	1,10	1,13
Южно-Казахстанская	0,82	0,74	0,75	0,78	0,84	0,84	0,82
г. Алматы	1,11	1,24	1,24	1,15	1,04	1,06	1,06
г. Астана	1,70	1,05	1,08	1,08	1,03	1,17	1,18
Соотношение максимального к минимальному уровню (раз)	4,8	4,2	3,4	3,0	2,2	2,1	1,9

Источник: Департамент финансов Министерства здравоохранения, из личной беседы, 2007.

скую помощь оставалось менее 10–15% бюджета. Такое распределение расходов говорит об ухудшении качества медицинской помощи. В результате многие пациенты, по всей видимости, не обращались за стационарной помощью, как они бы сделали это ранее.

Как и во многих других республиках бывшего СССР, с сокращением общего бюджета здравоохранения инвестиции в здания и оборудование медицинских учреждений резко сократились. Особенно заметно это было в сельских регионах Казахстана, где многие медицинские учреждения стремительно ветшали и испытывали нехватку даже самого необходимого оборудования.

Для того чтобы решить эту проблему, в последние годы государство стало выделять на строительство новых медицинских учреждений в стране значительные объемы ресурсов, более 35% которых поступает из республиканского бюджета здравоохранения. После 2003 г. в Казахстане было построено несколько новых больниц, в том числе 27 противотуберкулезных учреждений. В 2006 г. в стадии строительства или реконструкции находилось в общей сложности 52 объекта. Несмотря на то что капитальные вложения в создание этих объектов весьма внушительны, при их строительстве вопросы рентабельности и реальной необходимости не всегда учитываются.

3.2. Охват населения и право на медицинское обслуживание

В советской модели здравоохранения медицинская помощь в принципе была бесплатной и общедоступной. После обретения независимости и катастрофического сокращения бюджетного финансирования здравоохранения уровень медицинского обслуживания, оказываемого на бесплатной основе, ухудшался, и резко возросли частные платежи граждан за медицинские услуги. Модель обязательного медицинского страхования, действовавшая в Казахстане с 1996 по 1998 г., еще сильнее изменила ожидания в этой связи. При этой системе было введено две программы бесплатной медицинской помощи:

- программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению (ПГТ);
- базовая программа медицинских услуг.

Бесплатная медицинская помощь в рамках ПГГ предоставлялась всем гражданам страны за счет государственных средств. В эту программу входили такие услуги, как скорая медицинская помощь при неотложных состояниях (состояниях, угрожающих жизни здоровью), услуги по переливанию крови, услуги специализированных республиканских больниц и научно-исследовательских центров (например, онкологического или психиатрического профиля), услуги, оказываемые отдельным группам населения (инвалидам, ветеранам войны, престарелым и детям), и помощь при инфекционных заболеваниях (например, туберкулезе). Она включала в себя также услуги общественного здравоохранения (иммунизацию и деятельность служб санэпиднадзора).

При системе обязательного медицинского страхования, действовавшей с 1996 по 1998 г., вторая программа – базовая программа медицинских услуг – обеспечивала предоставление медицинской помощи только для застрахованного населения, хотя теоретически медицинское страхование было обязательным для всего населения. Базовая программа медицинских услуг включала амбулаторную помощь и большую часть стационарной помощи.

В целом же четкого разграничения между этими двумя программами услуг не было, что приводило к путанице и возникновению ложных стимулов для поставщиков медицинских услуг.

После того как в 1998 г. система обязательного медицинского страхования (ОМС) была отменена, в 2000 г. был утвержден перечень медицинских услуг, оказываемых населению в государственных медицинских учреждениях бесплатно. Одной из целей Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. было введение гарантированного государством бесплатного объема медицинской помощи. Эта программа должна была быть сформирована на основе следующих принципов: (а) соответствие финансовым возможностям государства; (б) социальная справедливость и доступность медицинской помощи и (в) разделение ответственности государства, работодателя и самих граждан за сохранение и укрепление здоровья (Министерство здравоохранения, 2004). В приказе министра здравоохранения № 815 от 17 ноября 2004 г. «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий» указаны правила оказания помощи и установлены рамки оказываемых бесплатно услуг стационарной медицинской помощи. Постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2005 г. № 1296 был утвержден

перечень ГОБМП на 2006–2007 гг. Базовый пакет медицинских услуг включает те услуги, которые оплачиваются из средств республиканского бюджета. К ним относятся услуги скорой, амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи; раз в два года программа должна пересматриваться. Оплата пациентами услуг, входящих в ПГГ, является незаконной; платными могут быть только те услуги, которые не включены в ПГГ.

Кроме того, была введена система льготного лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении, которая формировалась по двум критериям: по видам заболеваний и категориям граждан. Так, дети, подростки и женщины репродуктивного возраста теперь имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение. В 2006 г. 12% всех государственных средств, выделенных на оказание ПГГ, были использованы именно на этот вид расходов. Предоставление медицинской помощи сверх ПГГ должно осуществляться:

- за счет собственных средств граждан;
- в рамках системы добровольного медицинского страхования (ДМС);
- за счет средств работодателя;
- за счет других источников, не запрещенных законодательством Республики Казахстан.

Лекарства по-прежнему остаются главным видом льгот, требующих участия пациентов в их оплате (соплатежей). При стационарном лечении лекарства приобретаются за счет лечебного учреждения (хотя в прошлом многие больницы не могли себе этого позволить), а при амбулаторном лечении пациенты, за исключением социально уязвимых групп населения и страдающих отдельными заболеваниями – такими как рак, – должны приобретать лекарства за собственный счет. Это обстоятельство является одной из главных причин стремления граждан к госпитализации. Объем лекарственного обеспечения также очень отличается в разных областях страны.

3.3 Сбор и источники финансовых средств

В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. отмечено, что структурные преобразования в секторе здравоохранения, в том числе изменения системы

финансирования, не всегда носили последовательный характер. После провозглашения независимости в 1991 г. в стране было несколько этапов реорганизации системы финансирования казахстанской системы здравоохранения, включая короткий неудачный эксперимент с введением системы ОМС. Унаследовав советскую систему, в начале 1990-х в Казахстане здравоохранение финансировалось полностью за счет средств госбюджета, за исключением неформальных платежей пациентов за медицинские услуги.

Финансовый кризис начала 1990-х гг. побудил к поиску дополнительных источников средств. В 1996 г. был учрежден Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), и для всего населения страны (за исключением военнослужащих, у которых были свои параллельные системы здравоохранения), была создана единая государственная система обязательного медицинского страхования. Работодатели уплачивали 3% от фонда заработной платы (т. е. фактически налог с фонда заработной платы), областные администрации должны были оплачивать взносы на ОМС за социально уязвимые группы населения (включая детей, студентов, безработных и пенсионеров), а индивидуальные предприниматели были обязаны оплачивать взносы самостоятельно. Управление системой ОМС производилось через Алматинское городское отделение ФОМС и 14 областных (Kulzhanov & Nealy, 1999).

В период с 1996 по 1998 г. по системе ОМС было обеспечено дополнительное финансирование здравоохранения в размере 24,5 млрд тенге. Однако в 1998 г. ОМС было отменено в силу нескольких причин. Во-первых, ФОМС испытывал сильнейший дефицит средств и в 1998 г. оказался не в состоянии выполнить некоторые из своих договорных обязательств. В 1996 г. ФОМС вносил в общие государственные расходы на здравоохранение 15% вместо планируемых 25%, а в 1998 г. эта доля составляла примерно 40%, хотя в последнем случае половина из этой суммы поступала от государства, которое оплачивало взносы на ОМС неработающего населения. Дефицит средств был обусловлен несколькими факторами. Многие предприятия имели большие долги и были не в состоянии выплачивать налог с фонда заработной платы. Кроме того, примерно четверть населения была не охвачена системой ОМС (в том числе индивидуальные предприниматели и мелкие фермеры), и многие не платили взносов на ОМС. Но главная причина состояла в том, что области не выплачивали необходимых взносов на страхование неработающего населения. В результате к концу 1998 г. долг областных администраций перед ФОМС составлял 27 млрд тенге. ФОМС оказался не в состоянии

выполнить свои договорные обязательства и задолжал медицинским учреждениям в общей сложности 8 млрд тенге. В 1998 г. страна оказалась затронута происшедшим в России финансовым кризисом, и международные финансовые организации (МВФ и Всемирный банк) порекомендовали закрыть все внебюджетные фонды, включая и ФОМС, и перейти к системе целевого бюджетного финансирования здравоохранения. Наконец, доверие к ФОМС было подорвано в связи с обвинениями его чиновников в коррупции и незаконном присвоении средств (Kulzhanov & Healy, 1999).

После российского финансового кризиса 1998 г. в Казахстане снова было введено бюджетное финансирование здравоохранения, а внебюджетные фонды – такие как ФОМС – были упразднены. В 1999 г. Казахстан вернулся к прежней системе бюджетного финансирования здравоохранения за счет налогов. Но, хотя это и смягчило имевшиеся на тот момент экономические трудности, все проблемы, присущие старой системе (неэффективность и жесткое постатейное бюджетирование), снова вышли на поверхность.

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. предусматривает введение новой политики финансирования здравоохранения, направленной на эффективное использование средств, привлечение инвестиций в отрасль и межрегиональное выравнивание. В стране внедрена национальная система мониторинга качества и эффективности использования ресурсов, построенная на основе системы показателей и индикаторов, позволяющих производить оценку результативности и задействовать финансовые компоненты стимулирования и наказания.

В области финансирования приоритет был отдан следующим программам:

- укрепление сектора ПМСП;
- строительство и реконструкция учреждений ПМСП и учреждений по охране здоровья матери и ребенка;
- закупки медицинского оборудования и средств транспорта для сектора ПМСП, служб родовспоможения и скорой помощи в соответствии с утвержденными минимальными стандартами;
- медицинская помощь пациентам, направленным на стационарное лечение врачами первичного звена;
- медицинская помощь пациентам, страдающим «социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих»;

- лекарственное обеспечение отдельных групп населения и категорий пациентов;
- обеспечение медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.

В настоящее время средства на здравоохранение поступают из трех основных источников: государственный бюджет, официальная оплата медицинских услуг за счет личных средств граждан и неформальные платежи. Дополнительными источниками финансирования здравоохранения являются ДМС и средства, поступающие от международных организаций. Однако сейчас в стране снова планируется ввести систему ОМС; подготовка к этому началась в 2000 г. с разработки Концепции дальнейшего развития здравоохранения Республики Казахстан в 2001–2005 гг., которая была одобрена постановлением правительства № 790 от 25 мая 2000 г. В соответствии с правительственным постановлением 2002 г. обязательное медицинское страхование должно было стать одним из главных источников финансирования здравоохранения, а к реализации новой системы ОМС планировалось приступить в 2008 г. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. предусматривает также введение схем ДМС и рассмотрение вопроса о возможности введения системы обязательного медицинского страхования. Однако с учетом роста бюджетных ассигнований в сектор здравоохранения на момент составления данного обзора повторное введение системы ОМС в Казахстане представляется маловероятным.

Внедрение Системы национальных счетов здравоохранения планировалось на 2006–2007 гг. Предполагается, что эта система позволит иметь полную и надежную информацию о финансовых ресурсах системы здравоохранения, источниках финансирования и использовании финансовых средств.

Оплата медицинских услуг за счет пациентов

В настоящее время больницы и другие медицинские учреждения официально имеют право взимать оплату за некоторые свои услуги, не входящие в ПГГ. Оплата товаров и услуг, предоставляемых в государственных медицинских учреждениях, была легализована в 1995 г. Областные администрации имеют право определять размеры этих платежей, и многие из них составили прейскуранты цен на услуги, не вошедшие в ПГГ. Эти прейскуранты предусматривают оплату в

полном объеме услуг, не считающихся жизненно важными,— например, некоторые стоматологические услуги и услуги косметической хирургии. Однако многие медицинские учреждения нуждаются в оплате своих услуг за счет пациентов просто потому, что эти средства необходимы им для закупки товаров и услуг, которых не хватает вследствие дефицита бюджета. В частности, в больницах пациенты часто платят за питание и лекарства, хотя официально эти услуги они должны получать бесплатно; кроме того, пациентам очень часто дают списки лекарств и медицинских материалов, которые они должны иметь при себе, направляясь на госпитализацию. Обычно пациенты платили за лекарства, вспомогательные медицинские аппараты и зубные протезы при амбулаторно-поликлиническом обслуживании. Предполагается, что размер этих официальных соплатежей должен быть довольно значительным. Например, в Алматинской области в 1996 г. доходы здравоохранения благодаря поступлению этих средств выросли на 10% (Ensor & Savelyeva, 1998).

Обследование уровня жизни 2000 домохозяйств Казахстана, проведенное в 1996 г., выявило, что большая часть домохозяйств вносила довольно высокую оплату за товары и услуги государственных медицинских учреждений: оплата за госпитализацию могла составлять до двух размеров месячной заработной платы опрошенного (UNDP, 1997). По различным оценкам, расходы граждан на оплату лекарственных средств и медицинских услуг составляли примерно 30–35% общих расходов на здравоохранение (Ensor & Savelyeva, 1998; World Bank, 1998). Согласно обследованию бюджетов домохозяйств, проведенному в 1996 г., около 30% расходов на лекарства в больницах оплачивалось за счет пациентов (Ensor & Savelyeva, 1998). Достоверных данных о размере неформальных платежей населения за медицинские услуги нет, но, будучи добавленной к вышеприведенной оценке, эта сумма значительно бы ее увеличила (Kulzhanov & Nealy, 1999).

Неформальные (незаконные) платежи долгое время были характерной чертой систем здравоохранения стран Восточной Европы. Оценить масштаб этих платежей всегда было трудно, поскольку официально они были запрещены, хотя и практиковались очень широко. Эти платежи могли производиться как в денежной, так и в натуральной форме (например, продукцией сельского хозяйства); они могли выплачиваться как в пользу медицинских учреждений, так и в пользу отдельных медицинских работников. За годы переходного периода уровень неформальных платежей вырос, и тому есть несколько

причин. К ним относятся, в частности, неспособность медицинских учреждений удовлетворить спрос населения на медицинские услуги, низкий уровень официальной заработной платы медицинских работников и рост частного сектора медицинских услуг.

Взятые на себя государством обязательства по предоставлению гражданам помощи в рамках ППГ не имели адекватной финансовой обеспеченности. Из-за отсутствия четкого разграничения между ППГ и медицинскими услугами, оказываемыми на платной основе, сохранялся высокий уровень неформальных платежей населения медицинскому персоналу, чья официальная зарплата оставалась низкой (Министерство здравоохранения, 2004).

Неформальные платежи обычно в большей степени сказываются на положении беднейших слоев населения, которые из-за этого могут или отказаться от лечения вообще, или перейти на самолечение. Кроме того, это приводит к неэффективности предоставления медицинских услуг, так как пациенты вынуждены покупать лекарства по розничным, а не по оптовым ценам (Ensor & Savelyeva, 1998).

Проведенное в 1999 г. обследование в пяти поликлиниках г. Алматы и в двух деревнях Алматинской области выявило, что в сельских домохозяйствах уровень потребления медицинских услуг и личных расходов на здравоохранение ниже, чем в городских домохозяйствах, а уровни госпитализации зависели от возможностей семьи оплатить эти услуги. В сельских районах расходы на госпитализацию составляли 90%, а в городах – 57% среднего месячного дохода (Thompson, Miller et al., 2003). Эти выводы были подтверждены данными обследований бюджетов домохозяйств, проведенных в 2001 и 2002 гг., которые показали, что представители малоимущих слоев населения реже пользуются медицинскими услугами, меньше тратят на здравоохранение, чем более обеспеченные, и в большей степени полагаются на самолечение (World Bank, 2004b). Обследование 2001 г. показало, что 34,8% респондентов, сообщивших о том, что в году, предшествующем опросу, они болели, не обращались за медицинской помощью в силу невозможности ее оплатить (Balabanova, McKee et al., 2004). Однако более поздняя информация об уровне неформальных платежей отсутствует.

Добровольное медицинское страхование

Правительство оказывает всемерное содействие внедрению системы ДМС, рассматривая его в качестве дополнительного источника при-

влечения средств в сектор здравоохранения как со стороны работодателей, так и со стороны самого населения. В настоящее время системой ДМС охвачены работники крупных промышленных предприятий, финансового и нефтегазового секторов. В 2005 г. ДМС было охвачено примерно 5% населения. Правительство также поощряет заключение договоров между предприятиями и поставщиками медицинских услуг на проведение профилактических медицинских осмотров работников.

Внешние источники финансирования

К внешним источникам финансирования здравоохранения в Казахстане относятся многочисленные проекты, хотя в национальных данных о расходах на здравоохранение они отдельно не указаны. В список международных организаций, оказывающих финансовую помощь, входят Всемирный банк, ВОЗ, ЮСЭЙД, ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНФПА, Азиатский банк развития, Евросоюз, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Международный Красный Крест, Министерство международного развития Великобритании (DFID), а также правительства некоторых стран. Донорские инициативы включают пилотные проекты в секторе ПМСП, в системе финансирования здравоохранения, новые схемы оплаты услуг поставщиков, а также приоритетные программы в таких областях, как планирование семьи, безопасное материнство, борьба с туберкулезом, ВИЧ/СПИД, кампании по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения и закупки медицинского оборудования и материалов.

При поддержке Всемирного банка, который выделил на это кредит в размере 42,5 млн долларов США, в 1999–2002 гг. в Казахстане проводился «Проект реструктуризации здравоохранения», направленный на повышение рентабельности медицинских услуг, особенно в секторе ПМСП, на поддержку комплексных реформ здравоохранения, повышение управленческого потенциала и формирование здорового образа жизни. Этот проект состоял из четырех национальных и трех региональных компонентов. К национальным относятся контроль за туберкулезом, укрепление здоровья населения, разработка и оценка политики здравоохранения и клиническая подготовка врачей общей практики. К региональным компонентам проекта (поначалу он проводился в Восточно-Казахстанской и Алматинской областях)

относятся укрепление сектора ПМСП, рационализация работы медицинских учреждений и укрепление системы финансового и общего управления здравоохранением. Поначалу проект планировалось проводить в течение 10 лет при поддержке Всемирного банка в объеме 162,5 млн долларов, но, отметив «отсутствие устойчивого национального руководства и технической поддержки» (World Bank, 2002), в 2002 г. Всемирный банк этот проект закрыл.

В стадии подготовки находится новый «Проект по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан», общая стоимость которого оценивается в 190 млн долларов США. Его планируется осуществить при финансовой поддержке со стороны Всемирного банка. Главной целью этого проекта является ускорение реализации основных реформ здравоохранения путем внедрения в Казахстане передовых методов международной практики и подготовки специалистов в таких областях, как финансирование здравоохранения, управление качеством медицинской помощи, информационные системы и общественное здравоохранение (World Bank, 2006a). В настоящее время Всемирный банк оказывает Министерству здравоохранения техническую помощь в определении стратегических приоритетов реформ здравоохранения и в совершенствовании системы управления здравоохранением. Эта работа касается таких аспектов, как система финансирования здравоохранения, качество медицинской помощи, реформа медицинского образования и создание информационных систем здравоохранения (Katsaga & Zuez, 2006, из неопубликованного). В соответствии с Двухлетним соглашением о сотрудничестве на 2006–2007 гг., заключенным между Казахстаном и Европейским региональным бюро ВОЗ, приоритетными направлениями такого сотрудничества являются:

- укрепление основных функций системы здравоохранения;
- улучшение здоровья матери и ребенка;
- укрепление мер профилактики и контроля основных инфекционных заболеваний;
- профилактика и лечение неинфекционных заболеваний, с упором на пропаганду здорового образа жизни;
- решение проблем, связанных с экологическими рисками для здоровья человека;
- укрепление национального потенциала в области готовности к чрезвычайным ситуациям и организации ответных мер.

Одной из главных донорских организаций, участвующих в работе по реформированию и развитию системы здравоохранения в Казахстане, является Агентство США по международному развитию (ЮСЭЙД). Финансируемый ЮСЭЙД проект «ЗдравПлюс» реализует компания Abt Associates. В рамках этого проекта, по согласованию с представителями правительственных кругов и заинтересованных сторон, была разработана концептуальная модель укрепления системы здравоохранения Казахстана. Эта модель включает такие аспекты, как управление, использование ресурсов, оказание услуг, а также вовлечение населения и общества (Katsaga & Zuez, 2006, из неопубликованного).

Финансируемый ЮСЭЙД проект по контролю за туберкулезом реализуется в рамках проекта НОРЕ («Надежда») и состоит в поддержке стратегии ДОТС. Цель этого проекта – получение политической поддержки для реализации действенного и устойчивого контроля за туберкулезом, укрепление кадрового и системного потенциала, повышение информированности общества о рисках и симптомах туберкулеза и поощрение добровольного обращения за медицинской помощью при туберкулезе (Katsaga and Zuez, 2006, из неопубликованного).

Центры по контролю и профилактике заболеваний участвуют в следующих программах и проектах:

- проведение эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией среди групп высокого риска в целях оказания помощи в выявлении регионов с наиболее высокой распространенностью ВИЧ-инфекции и групп населения, нуждающихся в профилактике, лечении и уходе;
- оказание помощи с введением иммунизации против гепатита В;
- создание электронной системы эпидемиологического надзора за туберкулезом в трех странах Центральной Азии в целях оказания помощи в реализации и мониторинге стратегии ДОТС;
- введение стандартов качества лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции и туберкулеза в странах Центральной Азии.

Проект CAPACITY, проводимый компанией John Snow, Inc., предусматривает оказание помощи в реализации грантов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Азиатский банк развития при поддержке регионального гранта Японского фонда по сокращению бедности, в контексте борьбы с дефицитом микронутриентов у детей и матерей, проводит проект

фортификации муки и йодирования соли. Кроме того, Азиатский банк развития предоставил Казахстану техническую помощь в подготовке комплексной среднесрочной стратегии сокращения бедности и в проведении мониторинга реализации проектов по сокращению бедности. Проводимый в настоящее время первый и планируемый второй проекты «Водоснабжение и санитария в сельской местности» направлены на решение гендерных проблем и вопросов развития (Katsaga and Zuez, 2006, из неопубликованного).

Проводимая при поддержке ЮНИСЕФ Национальная программа по улучшению ухода в перинатальный период включает организацию консультаций, подготовку специалистов и распространение информации. Благодаря усилиям ЮНИСЕФ и его партнеров в Казахстане законодательно закреплено обязательное йодирование соли и фортификация муки. ЮНИСЕФ участвует также в других программах по укреплению здоровья матери и ребенка.

Координация усилий донорских организаций улучшилась с утверждением Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг., которая является гарантией стабильности процесса реформ и служит в качестве общего ориентира при оказании международной донорской помощи. На повестке дня пока остаются такие проблемы, как улучшение уровня информационного обмена и сокращение дублирования функций (Katsaga and Zuez, 2006, из неопубликованного).

3.4. Объединение финансовых ресурсов

После распада СССР в Казахстане было опробовано три механизма объединения финансовых ресурсов. На первом этапе, в период между 1995 и 1999 гг., в связи с введением системы ОМС, существовала вертикально фрагментированная система объединения ресурсов. В январе 1996 г. в Казахстане было введено обязательное медицинское страхование и создан ФОМС, который отвечал за сбор налогов с фонда заработной платы и реализацию программы медицинского страхования населения. Министерство здравоохранения продолжало заниматься объединением финансовых ресурсов и закупками медицинских услуг за счет бюджетных средств, 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 и ФОМС,

были независимы друг от друга, они были рассчитаны на разные целевые группы населения и предусматривали различные программы услуг. Из-за различия в схемах объединения финансовых средств и в программах услуг для различных групп населения возникало неравенство в медицинском обслуживании. В декабре 1998 г. система обязательного медицинского страхования была отменена, и поначалу схема объединения финансовых ресурсов улучшилась, так как весь объем финансирования здравоохранения снова стал поступать из госбюджета с консолидацией средств на уровне областей.

Однако на втором этапе, между 1999 и 2004 гг., из-за децентрализации финансирования с переходом полномочий к администрациям районного уровня действовала система децентрализованного распределения ресурсов на уровне района. Такая децентрализация способствовала межрегиональному неравенству, поскольку возможности финансирования в различных районах сильно различаются; это усугубляется тем, что двигателем экономического роста Казахстана являются нефтегазовый и другие добывающие сектора. Кроме того, консолидация средств на уровне районов 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 г., объединение финансовых ресурсов происходит на уровне областей. В основе этой схемы лежат Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. и прочная нормативно-правовая база, предусматривающая консолидацию бюджетных средств на областном уровне. Такая схема способствует сокращению территориального неравенства как в пределах области, так и между областями (см. табл. 3.2). Начиная с 2005 г. в соответствии с Бюджетным кодексом Казахстана бюджеты всех областей страны консолидируются на областном уровне, а областные департаменты здравоохранения выступают в качестве единых плательщиков на подведомственных территориях. Областные департаменты здравоохранения занимаются планированием бюджета, заключением договоров с поставщиками, сбором счетов и финансированием поставщиков, используя различные методы оплаты. Бюджет здравоохранения области формируется за счет поступлений от общего налогообложения и целевых отчислений из национального (республиканского) бюджета, которые, как правило, предназначаются для реализации приоритетных национальных программ в области развития здравоохранения. Введение в 2005 г. системы единого плательщика

способствовало развитию управленческого потенциала в областях и созданию информационных систем здравоохранения.

Но, несмотря на то что у системы консолидации средств на областном уровне много сторонников, есть у нее и свои противники. Аргументы последних состоят в том, что без увеличения штата и необходимых мощностей на областном уровне областными департаментам здравоохранения поначалу было очень трудно организовать эффективную схему объединения финансовых средств и закупки услуг. Эта проблема решается посредством проводимых в настоящее время реформ. Другой проблемой является негативное отношение к консолидации средств на областном уровне со стороны некоторых парламентариев и акимов районов. В ближайшие годы для правительства и Министерства здравоохранения очень важно будет обеспечить и довести до соответствующей аудитории преимущества консолидации средств на уровне областей, включая улучшение возможностей страны по обеспечению справедливого и эффективного медицинского обслуживания всего населения.

3.5. Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками

Несмотря на то что большинство поставщиков медицинских услуг все еще являются государственными, сейчас они получают большую самостоятельность, меняя свой статус: государственные организации реорганизуются в государственные предприятия с правом хозяйственного ведения. Кроме того, изменилась и система оплаты их услуг, что также расширяет их самостоятельность. Благодаря тому, что начиная с 2005 г. средства на здравоохранение консолидируются на областном уровне, укрепилась роль областных департаментов здравоохранения как единых закупщиков медицинских услуг от имени населения соответствующих областей. Они заключают договоры с государственными поставщиками медицинских услуг в своих областях и обеспечивают необходимое финансирование.

3.6. Механизмы оплаты

Государственный бюджет формируется на республиканском уровне, а местные бюджеты – на областном. Определенная часть доходов, посту-

пающих в областные бюджеты, остается в распоряжении областных администраций, а остальные средства перечисляются в республиканский бюджет. На республиканском уровне производится перераспределение бюджетных средств в целях обеспечения регионального выравнивания в соответствии с установленной формулой. Размер бюджета здравоохранения определяется исходя из финансовых возможностей государства.

Бюджетный процесс в секторе здравоохранения включает переговоры между областными и городскими администрациями, Министерством здравоохранения и Министерством экономики и бюджетного планирования. В советское время бюджеты были постатейными и включали 38 статей, а выделение бюджетных средств производилось на основании данных о расходах прошлых лет. В последние годы в Казахстане были введены новые формулы для расчета объемов бюджетных ассигнований на здравоохранение, в том числе финансирование на базе подушевых нормативов и за каждый пролеченный случай. В настоящее время государственные медицинские учреждения (включая учреждения первичного звена) получают бюджетные средства по трем основным направлениям: оплата услуг, капитальный ремонт и закупки медицинского и немедицинского оборудования.

Бюджетный процесс претерпевает существенные изменения. В период с 1996 по 1998 г. действовала бюджетно-страховая модель, т. е. система двух плательщиков, – финансирование было поделено между государством (республиканский и территориальный уровни) и ФОМС. ФОМС финансировал услуги учреждений здравоохранения, находившихся преимущественно в ведении территориальных администраций, к которым относилось, в частности, большинство больниц и поликлиник. Комитет по здравоохранению финансировал услуги скорой помощи, специализированных служб (например, противотуберкулезной), а также национальные программы и службы общественного здравоохранения.

Министерством здравоохранения была учреждена Рабочая группа, в задачи которой входит усовершенствование механизмов финансирования государственных учреждений здравоохранения. Была создана Система национальных счетов здравоохранения; по некоторым медицинским учреждениям уже были собраны данные за 2005–2006 гг.

Оплата за услуги здравоохранения

Согласно закону «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» от 19 мая 1997 г., финансирование учреждений ПМСП произ-

водится по подушевому нормативу, финансирование специализированных амбулаторно-поликлинических учреждений – на основе оплаты за предоставленные услуги (по амбулаторно-поликлиническому тарификатору), а финансирование стационарных учреждений – по клинико-статистическим группам (КСГ) (ZdravPlus, 2004). Эти механизмы финансирования были введены в действие постановлением правительства № 806 от 27 мая 2000 г. «Об утверждении Правил возмещения затрат на медицинскую помощь» и еще раз подтверждены постановлением правительства № 965 от 06 октября 2006 г. «Об утверждении Правил возмещения затрат медицинских учреждений за счет бюджетных средств и оказания платных услуг в учреждениях здравоохранения и порядка использования средств, полученных от оказания платных услуг, осуществляемых государственными учреждениями здравоохранения». Финансирование специализированных служб – например, противотуберкулезных – по-прежнему производится в соответствии со статьями бюджета. Поставщики услуг здравоохранения испытывают большие проблемы при взаимодействии с казначейством, и оплата их услуг носит неэффективный характер.

Финансирование больниц

В советское время финансирование больниц производилось соответствующими территориальными администрациями (республиканскими, областными или районными) на основании расходов прошлых лет (по бюджетным категориям, число которых доходило до 18), но основными критериями были численность персонала и размер коечного фонда. При такой системе финансирования заинтересованности в эффективном использовании ресурсов не было, поскольку перераспределение средств между статьями бюджета было невозможным, а сэкономленные средства нельзя было оставить в распоряжении медицинского учреждения. Наоборот: чтобы получить больший объем бюджетного финансирования, необходимо было увеличивать число госпитализаций и увеличивать (а не сокращать) продолжительность пребывания больных в стационаре, при этом результаты и качество лечения в расчет не принимались.

В период между 1996 и 1998 гг. между ФОМС и администрациями больниц заключались договоры на финансирование по следующей системе: для больниц – на основании количества пролеченных пациентов, для поликлиник – на основании числа амбулаторных по-

сещений. Устанавливались цены на отдельные процедуры, что требовало оценки удельных затрат. Эти механизмы оплаты только начали вводиться, причем в рамках этой схемы допускались довольно значительные различия. Реализовать эти механизмы до конца помешало отсутствие информации о размере удельных затрат (Kulzhanov & Nealy, 1999).

Система возмещения затрат больниц на основе оплаты за пролеченный случай вступила в силу с выходом постановления правительства № 806 от 27 мая 2000 г. Финансирование за пролеченный случай производится на основе клинико-статистических групп (КСГ). Впервые этот механизм был опробован в Карагандинской области. Однако на пути его реализации возникли препятствия, связанные с децентрализацией финансирования и передачей полномочий органам районного уровня. В 2005 г. были предприняты первые шаги по введению в общенациональном масштабе механизма финансирования больниц на основе оплаты за пролеченный случай по системе единого плательщика на уровне областей с использованием усовершенствованного порядка возмещения затрат стационаров. Однако, несмотря на то что в системе финансирования на основе оплаты за пролеченный случай в принципе заложены стимулы для повышения эффективности работы больниц, на практике одной из серьезных проблем является администрирование такой системы (World Bank, 2006b).

В настоящее время существует две формы возмещения затрат больниц. Затраты стационарных учреждений для пациентов, страдающих «социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих», а также для определенных категорий населения (включая детей, беременных женщин и инвалидов) возмещаются на основании фактически понесенных расходов, без указания конкретных услуг. Затраты всех остальных стационарных учреждений, вне зависимости от формы собственности, возмещаются либо на основе оплаты за предоставленные услуги по тарификатору, либо по КСГ. В основе системы оплаты услуг стационарных учреждений, финансирование которых производится по КСГ, лежат два параметра. Первый параметр – это коэффициенты по каждой из КСГ, которые не зависят от абсолютного уровня бюджетных ассигнований. Вторым параметром является базовая ставка финансирования стационарной помощи, в которой текущие расходы стационаров могут как учитываться, так и нет, в зависимости от общего размера бюджета.

Финансирование услуг амбулаторно-поликлинической помощи

В 1990-х гг. была введена оплата за большинство диагностических услуг. Кроме того, при амбулаторном лечении пациенты должны были за свой счет покупать лекарства, а виды медицинских услуг амбулаторно-поликлинической помощи были значительно сокращены. В настоящее время финансирование поставщиков услуг ПМСП производится по подушевому нормативу, а поставщиков услуг специализированной амбулаторно-поликлинической помощи – по тарификатору.

Услуги ПМСП оплачиваются по подушевому принципу. В отличие от первоначальной схемы, сейчас оплата производится с учетом половозрастной структуры прикрепленного населения, индекса потребительских цен и уровня заработной платы. В настоящее время подушевой норматив покрывает затраты на содержание существующей сети ПМСП с учетом произведенной оптимизации. Государственные учреждения, оказывающие ПМСП, сверх подушевого норматива получают также бюджетные средства на осуществление капитальных вложений и закупки оборудования. Таким образом, они обладают экономическим преимуществом по сравнению с организациями частного сектора, которые в случае необходимости капитальных вложений или покупки оборудования могут рассчитывать только на те средства, которые получают от оплаты за предоставленные услуги (Министерство здравоохранения, 2004). Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. предусматривает отмену системы постатейного выделения бюджетных средств и повышение финансовой самостоятельности государственных поставщиков медицинских услуг на втором этапе реализации программы (2008–2010 гг.).

В соответствии с постановлением правительства № 965 от 6 октября 2006 г. возмещение затрат на оказание медицинской помощи должно способствовать заинтересованности поставщиков (подушевой норматив за услуги ПМСП, оплата за пролеченный случай за услуги стационаров и оплата по тарификатору за услуги специализированной амбулаторно-поликлинической помощи). Это означает, что если учреждения первичного звена (например, поликлиники) оказывают некоторые специализированные услуги, то они получают дополнительное финансирование в соответствии с тарификатором.

Еще одним методом оплаты услуг ПМСП, который сейчас планируется ввести, является модель частичного фондодержания, т. е. такая

система организации финансирования поставщиков медицинских услуг, при которой организации ПМСП в дополнение к средствам на оказание ПМСП получают средства либо право управления средствами для расчета за часть амбулаторно-поликлинических и консультативно-диагностических услуг, включенных в перечень фондодержания. Предполагается, что это будет способствовать расширению спектра услуг ПМСП, улучшению доступности амбулаторно-поликлинических услуг и повышению конкуренции в секторе здравоохранения. В результате повышается финансовая заинтересованность организаций ПМСП в увеличении объема и повышении качества собственных медицинских услуг, в сокращении количества необоснованных направлений на консультативные и диагностические услуги, вызовов скорой помощи. Однако, несмотря на то что этот метод действительно в ряде случаев может способствовать переходу от стационарного обслуживания к амбулаторному, опыт Соединенного Королевства показывает, что деятельность врачей общей практики на основе фондодержания не обязательно обеспечивает повышение качества и эффективности медицинской помощи, и частично это объясняется возникновением дополнительных административных и операционных издержек (Wyke, Mays et al., 2003; Baggott, 2004). Начиная с 1999 г. все работники первичного звена в Англии стали объединяться в центры ПМСП, или Группы первичной медицинской помощи, которые в настоящее время реорганизуются в Травы первичной медицинской помощи (Wilkin, 2002); таким образом, система врачей-фондодержателей как таковая в Соединенном Королевстве прекратила свое существование, а на смену ей пришли местные органы управления ПМСП (Baggott, 2004). В Казахстане методика перехода на модель частичного фондодержания указана в приказе Министерства здравоохранения № 563 от 23 ноября 2006 г. «Об утверждении методики перехода на модель частичного фондодержания».

В настоящее время оплата услуг специализированной амбулаторно-поликлинической помощи в Казахстане производится следующим образом: за услуги амбулаторных отделений больниц – за пролеченный случай, за услуги поликлиники и диагностических центров – по тарификатору.

Министерство здравоохранения выпустило для областных органов здравоохранения рекомендации по оплате услуг скорой помощи по подушевому нормативу, но в различных областях страны правовой статус и методика оплаты услуг служб скорой помощи довольно сильно различаются.

Оплата труда медицинских работников

Работники государственных медицинских организаций получают зарплату в соответствии с государственной тарифной сеткой, разработанной Министерством труда и социальной защиты населения. В ряде областей страны проводятся пилотные проекты по введению новой системы оплаты труда, в соответствии с которой заработная плата работников здравоохранения складывается из трех компонентов: гарантированной базовой зарплаты; премии, выплачиваемой в соответствии с числом пациентов, находящихся под наблюдением данного медицинского работника; и премии, выплачиваемой за определенные виды процедур. В ходе проведения пилотных проектов в ряде областей, в том числе в Семипалатинской и Жезказганской, было опробовано несколько различных механизмов оплаты труда врачей. В 2007 г. была введена дифференцированная система оплаты труда медицинских работников, в которой учитывались уровень квалификации специалиста и степень психоэмоциональной нагрузки, которую он испытывает. Планируется также введение оплаты в зависимости от конечного результата труда с учетом его качества, объема и сложности оказываемой медицинской помощи (Правительство Республики Казахстан, 2007b).

Некоторые врачи в системе ПМСП привыкли работать по системе частичного фондодержания по договорам с ФОМС, когда он еще функционировал (1996–1998 гг.). Они получали оплату по подушевому нормативу в соответствии с численностью прикрепленного населения. Однако в этом методе оплаты не учитывались поправки на различные группы риска и не проводилось никаких проверок, касающихся отказов в прикреплении пациента (Kulzhanov & Healy, 1999). В настоящее время подушевой норматив устанавливается с учетом половозрастной структуры обслуживаемого населения, индекса потребительских цен и уровня заработной платы. Как уже говорилось, сейчас рассматривается возможность снова ввести в качестве метода оплаты услуг ПМСП модель частичного фондодержания.

4. Планирование и регулирование

4.1. Регулирование

В Казахстане принят административный стиль руководства, и процесс выработки политики носит в высшей степени централизованный характер. Однако из-за частой смены руководства и организационных преобразований Министерства здравоохранения, которое было восстановлено только в 2002 г., его возможности по реализации комплексной национальной стратегии в области здравоохранения были основательно подорваны. Частые перемены происходили и на уровне областных органов здравоохранения. Постоянные кадровые перестановки в руководстве еще сильнее усугубили ситуацию в области управления здравоохранением. До недавнего времени разработка политики и планирование в области здравоохранения производились каждый раз заново, в качестве ответных мер в связи с очередным бюджетным кризисом. Соответствующие инструкции разрабатываются на общенациональном, областном уровнях и на уровне отдельных учреждений президентом, правительством, Министерством здравоохранения, областными департаментами здравоохранения и главными врачами.

Совершенствование системы управления здравоохранением является одним из приоритетных направлений реформы здравоохранения в Казахстане. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. предусматривает реорганизацию системы управления сектором здравоохранения. На первом этапе реализации программы (2005–2007 гг.) планируется перераспределение функций и полномочий между различными уровнями государственного управления. На втором этапе (2008–2010 гг.) пла-

нируется совершенствование системы управления в секторе здравоохранения путем внедрения современных информационных технологий и международных стандартов качества.

Главным фактором, способствующим совершенствованию управления здравоохранением, будет переход от административных методов регулирования к системе экономического стимулирования. С 2005 г. планируется начать процесс децентрализации, в результате которого местные органы здравоохранения и медицинские учреждения получат более широкие административные и финансовые полномочия.

К компетенции Министерства здравоохранения относятся:

- обеспечение проведения единой государственной политики в области здравоохранения;
- исполнительные функции – в частности, реализация мер по обеспечению равной доступности медицинских услуг по всей территории страны, установление стандартов их предоставления, планирование развития отрасли, разработка нормативной базы;
- регулирующие функции – в частности, реализация политики в области здравоохранения, контроль за выполнением государственных, отраслевых программ, аккредитация учреждений здравоохранения, контрольно-надзорные функции;
- установление общих правил, касающихся систем оплаты услуг поставщиков.

К компетенции местных органов здравоохранения относятся:

- оказание основных медицинских услуг;
- лицензирование отдельных видов медицинской и фармацевтической деятельности;
- централизованные закупки определенных фармацевтических препаратов (за исключением вакцин и иммунобиологических препаратов);
- формирование бюджетов и оплата услуг поставщиков.

В 2006 г. в Казахстане была введена система аттестации медицинских кадров. Аттестацию проводит Комитет по контролю за качеством медицинских услуг; она является необходимым условием получения разрешения на занятие медицинской деятельностью как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях. После прохождения курса специализированной подготовки по окончании ме-

дицинской академии (интернатуры) или по результатам квалификационных экзаменов практикующим врачам-специалистам выдаются сертификаты установленного образца по соответствующей специальности (Katsaga & Zuez, 2006, из неопубликованного).

Контроль качества

Система контроля качества в секторе здравоохранения разрабатывается с 1996 г. В рамках процесса реализации системы обязательного медицинского страхования в период с 1996 по 1998 г. была разработана система контроля качества медицинских услуг. Эта система носила преимущественно «карательный» характер и предусматривала различные санкции и штрафы 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 особое внимание в них уделялось исследованиям уровня удовлетворенности пациентов и вопросам соответствия медицинских услуг установленным медицинским стандартам (Министерство здравоохранения, 2004).

Приказом Министерства здравоохранения № 898 от 28 декабря 2004 г. были утверждены новые правила осуществления контроля за качеством предоставляемых медицинских услуг. В соответствии с этими новыми правилами в компетенцию Министерства здравоохранения входит:

- разработка национальной политики в области обеспечения качества и аккредитации;
- разработка законодательной базы для проведения аккредитации медицинских учреждений;
- разработка законодательной базы для осуществления контроля за качеством медицинских услуг, включая внутрибольничный менеджмент и эффективность работы медицинских учреждений;
- надзор за соблюдением правил лицензирования медицинской деятельности.

В соответствии с постановлением правительства № 1327 от 15 декабря 2004 г. был создан Комитет по контролю за качеством медицинских услуг при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан. Комитет имеет в областных центрах свои территориаль-

ные подразделения, которые наделены определенной самостоятельностью и подчиняются непосредственно Министерству здравоохранения. Основной функцией комитета и его территориальных подразделений является выявление проблем, связанных с качеством медицинской помощи, и принятие необходимых мер по повышению качества медицинских услуг. В компетенцию Комитета по контролю за качеством медицинских услуг входят (Министерство здравоохранения, 2007с):

- контрольные функции по реализации государственной политики в области контроля за качеством медицинских услуг;
- аккредитация юридических и физических лиц, занимающихся медицинской деятельностью, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности;
- лицензирование медицинской и врачебной деятельности, осуществляемой республиканскими учреждениями, физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой, а также учреждениями, деятельность которых распространяется за пределы соответствующей административно-территориальной единицы (области) (лицензированием поставщиков, занимающихся другими видами медицинской деятельности, занимаются областные органы здравоохранения);
- аттестация (определение соответствия по признаку профессиональной компетентности) руководителей местных органов государственного управления здравоохранением и руководителей государственных учреждений здравоохранения;
- контроль объема и качества оказываемой медицинской помощи в соответствии с установленными стандартами;
- определение соответствия оказываемых видов медицинской помощи имеющейся лицензии;
- рассмотрение жалоб граждан по вопросам качества оказанной медицинской помощи.

Целью комитета является разработка и реализация системного подхода к вопросам контроля качества с использованием объективных показателей и привлечением независимых экспертов. В системе контроля качества используются следующие процедуры:

- проведение не реже одного раза в год комплексных плановых проверок в соответствии с графиком, составленным Комитетом по контролю за качеством медицинских услуг;

- проведение внеплановых проверок в связи с жалобами граждан по запросу органов здравоохранения, других государственных органов или парламента;
- проведение в течение года регулярных целевых проверок;
- проведение вместе с соответствующими органами государственного управления совместных проверок в целях обеспечения соблюдения поставщиками медицинских услуг положений законодательства в области здравоохранения.

При проведении таких проверок используются различные источники информации, включая документы, регулирующие клиническую деятельность в соответствующем медицинском учреждении, истории болезни пациентов, специально организованные медицинские осмотры пациентов и обследования степени удовлетворенности граждан качеством оказываемой медицинской помощи. Поставщики медицинских услуг обязаны предоставлять всю документацию, необходимую для осуществления контроля качества. По окончании проверки эксперт, назначенный Комитетом по контролю за качеством медицинских услуг, составляет экспертное заключение, с содержанием которого знакомят поставщика услуг. В случае если поставщик не согласен с мнением эксперта, он имеет право потребовать независимой экспертизы, которая должна быть проведена работниками здравоохранения, членами НПО или сотрудниками научно-исследовательского института, обладающими необходимым уровнем медицинских знаний и не представляющими интересов ни одной из сторон. Комитет по контролю за качеством медицинских услуг ведет базу данных независимых экспертов и в случае необходимости находит таких экспертов. Качество медицинских услуг классифицируется по трем категориям: высокое, среднее и низкое. Были определены конкретные показатели качества услуг стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи; используются также обследования уровня удовлетворенности пациентов.

Комитет по контролю за качеством медицинских услуг стремится оказывать содействие в проведении независимой медицинской экспертизы. В соответствии с постановлением правительства № 1033 от 31 октября 2006 г. комитет был наделен полномочиями по аккредитации физических и юридических лиц и присвоению им статуса независимых экспертов. В этом постановлении также установлены правила и процедуры аккредитации. Аккредитация медицинских учреждений, независимых экспертов и руководителей

медицинских учреждений началась в 2007 г. (Правительство Республики Казахстан, 2007а).

Аттестация медицинских кадров проводится в соответствии с постановлением правительства № 60 от 21 января 2004 г. «Об утверждении Правил проведения аттестации в области здравоохранения». Аттестации подлежат руководители местных органов государственного управления здравоохранением и государственных учреждений здравоохранения, медицинские и фармацевтические кадры учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности, и физические лица, осуществляющие медицинскую и фармацевтическую деятельность. Соответствующие лица проходят аттестацию по истечении каждых последующих трех лет. Процедура аттестации осуществляется аттестационными комиссиями, создаваемыми Министерством здравоохранения и местными органами государственного управления здравоохранением (Министерство здравоохранения, 2007с). Еще одним аспектом контроля качества является проведение проверок в больницах; этим вопросом Комитет по контролю за качеством медицинских услуг планирует заняться в будущем.

Действующая система контроля качества сталкивается с рядом проблем. В частности, у работников здравоохранения и руководящих кадров зачастую отсутствуют стимулы для повышения качества своей работы, и предложения по улучшению качества не воплощаются в жизнь. Кроме того, отсутствует взаимосвязь между внутренними и внешними мерами контроля качества, а параллельные службы здравоохранения, относящиеся к другим министерствам и ведомствам, не входят в систему Министерства здравоохранения.

4.2. Планирование и управление медицинской информацией

В Европе одной из основных проблем разработчиков политики здравоохранения является распределение медицинских кадров (Rechel, Dubois et al., 2006). В Казахстане комплексные механизмы планирования и управления кадровыми ресурсами, предусматривающие распределение персонала по медицинским учреждениям, отсутствуют. В результате многие выпускники медицинских вузов и колледжей устраиваются на работу в регионы и учреждения, не испытывающие проблем с трудовыми ресурсами (Министерство здравоохранения, 2004).

Оценка медицинских технологий и капитальные вложения

В области оценки медицинских технологий (ОМТ) Министерство здравоохранения отвечает за выдачу разрешений и контроль за применением в практике здравоохранения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации. Комитет по контролю за качеством медицинских услуг осуществляет координацию и контроль за применением новых методов диагностики и лечения и составляет протоколы диагностики и лечения. Институт развития здравоохранения разрабатывает руководства по клинической практике, а также, по запросу Министерства здравоохранения, поводит оценку эффективности медицинских технологий.

Что касается капитальных вложений, то разработкой инвестиционных проектов, финансируемых из госбюджета, занимается как Министерство здравоохранения, так и областные департаменты здравоохранения. Вопросами координации этих государственных инвестиционных проектов занимается Министерство экономики и бюджетного планирования.

В Казахстане еще только предстоит создать систему контроля за приобретением медицинских технологий. Больницы имеют возможность закупать новые технологии на средства, вырученные от предоставления платных услуг населению, а также на пожертвования от местных коммерческих предприятий. Благодаря наличию таких технологий поток пациентов увеличивается, но в целом они повышают затраты здравоохранения. В 2001 г. Министерство здравоохранения провело оценку, согласно которой 37% медицинского оборудования требовало срочной замены (Министерство здравоохранения, 2002). После этого правительство выделило значительный объем средств на модернизацию оборудования медицинских учреждений во всех областях страны. Кроме того, постепенно создается необходимая инфраструктура для использования мобильной связи и телемедицины в сельских регионах.

Система оценки воздействия различных факторов на здоровье человека в Казахстане пока развита слабо, и такая оценка не является обязательной процедурой при разработке новых проектов. Тем не менее некоторые НПО проводят такую оценку по собственной инициативе и стремятся привлечь внимание общественности к потенциально опасным для здоровья человека проектам и отраслям промышленности. Зарегистрировано также несколько случаев, когда крупные

компании на добровольной основе проводят оценку воздействия на здоровье человека своей деятельности или проектов, чтобы повлиять на общественное мнение и заручиться поддержкой местных органов власти (Katsaga & Zuez, 2006, из неопубликованного).

Информационные системы

В Казахстане действует несколько параллельных информационных систем здравоохранения. Данные демографической статистики собирает Агентство Республики Казахстан по статистике (Госкомстат). По закону сведения о рождениях и смертях необходимо предоставлять в местные органы власти, которые подают отчетность в районные органы власти. Собранные на уровне районов данные поступают в областные органы власти, которые в свою очередь предоставляют их в Госкомстат, где ведется электронная база данных. При регистрации каждого биографического факта в жизни человека указывается его возраст, пол, место жительства, этническая принадлежность, род занятий и уровень образования. На момент составления данного обзора основными проблемами, связанными со статистикой смертности, были надлежащая идентификация причин смерти в соответствии с МКБ-10 и оценка уровня смертности среди нелегальных иммигрантов (Becker & Urzhumova, 2005).

Данные Госкомстата о рождениях и смертях основываются на медицинских справках о рождении и смерти, выдаваемых учреждениями, входящими в систему Министерства здравоохранения. Эти медицинские справки являются документами, на основании которых гражданам выдаются свидетельства о рождении и свидетельства о смерти, которые считаются юридическими документами, дающими право на наследование, получение пособия на детей, а также на получение паспорта. Как уже говорилось, агрегирование этих данных производится на трех уровнях: районном, областном и республиканском (Meimanaliev and Prochorskas, 2006).

Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора при Министерстве здравоохранения занимается сбором данных о заболеваемости и смертности от инфекционных болезней. В соответствии с действующим законодательством все поставщики медицинских услуг, вне зависимости от формы собственности, обязаны сообщать обо всех случаях инфекционных заболеваний в этот комитет. Специализированные службы – а именно противотуберкулезные службы и центры по профилактике и борьбе со СПИД, – также

ведут собственные базы данных о заболеваемости и смертности от соответствующих заболеваний. Есть также регистры больных диабетом, онкологическими заболеваниями, туберкулезом и хронической почечной недостаточностью.

Параллельные системы здравоохранения при других министерствах и ведомствах не входят в систему Минздрава, но также обязаны предоставлять в Госкомстат отчетность о заболеваемости и общей смертности, а в службы санэпиднадзора – о заболеваемости инфекционными болезнями. То же касается и учреждений расширяющегося в настоящее время частного сектора здравоохранения, хотя на момент составления данного обзора никаких исследований относительно соблюдения частными поставщиками медицинских услуг установленных требований в отношении отчетности не проводилось.

Все описанные информационные системы базируются на рутинной отчетности поставщиков медицинских услуг, которая в свою очередь основывается на сведениях об индивидуальных контактах населения с системой здравоохранения. Обследования населения проводятся в основном сторонними организациями, хотя и Госкомстат, и Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни также проводят свои исследования в области здравоохранения. В 1995 и 1999 гг. в Казахстане были проведены DHS (обследования демографических характеристик и состояния здоровья), в 2002 г. – World Health Survey (Всемирное исследование здоровья), а в 2006 г. – MICS (Мультииндикаторное кластерное обследование).

На первом этапе реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения (2005–2007 гг.) были приняты усилия по созданию в Казахстане единой информационной системы здравоохранения. Было образовано полугосударственное агентство «Мединформ», задачей которого было ведение национальной базы данных здравоохранения. «Мединформ» занимается подготовкой к публикации статистических ежегодников, предоставляет оперативную информацию, которая необходима Минздраву, и готовит данные по стране для их предоставления в ВОЗ. Кроме того, «Мединформ» отвечает за координацию работы региональных информационных систем и разработку программного обеспечения для Министерства здравоохранения. В 2006 г. в областях были созданы медицинские информационно-аналитические центры (МИАЦ), подотчетные Министерству здравоохранения. Деятельность этих центров частично финансируется из республиканского бюджета, но управление ими относится к ведению областных департаментов

здравоохранения. МИАЦ приступили к сбору и анализу медицинской информации и данных о ресурсах здравоохранения, в том числе данных недавно разработанной системы национальных счетов здравоохранения. Одной из основных задач МИАЦ является обеспечение надлежащего функционирования новой системы единого плательщика. В 2008 г. планируется создать Национальный медицинский информационно-аналитический центр, который будет заниматься разработкой национальных норм и правил, а также методической координацией работы региональных центров.

В 2004 г. при техническом содействии ЮСЭЙД и Всемирного банка в Казахстане приступили к созданию системы национальных счетов здравоохранения. В целях обеспечения межсекторного сотрудничества было издано распоряжение премьер-министра Республики Казахстан от 19 октября 2004 г. № 307-р «О создании рабочей группы по введению национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан». В результате деятельности этой рабочей группы система национальных счетов здравоохранения получила в 2006 г. официальный статус. Соответствующими приказами Министерства здравоохранения и Агентством по статистике были утверждены ведомственные и вневедомственные формы отчетности и был определен орган, ответственный за разработку национальных счетов здравоохранения, – Комитет по контролю за качеством медицинских услуг (Katsaga & Zuez, 2006, из неопубликованного).

Казахстан предоставляет в Европейское региональное бюро ВОЗ информацию по большинству показателей, включенных в Европейскую базу данных «Здоровье для всех». Эту информацию от имени Министерства здравоохранения предоставляет ЗАО «Мединформ». Казахстан поддерживает сотрудничество по вопросам статистики с Евростатом, странами – членами ЕС и различными международными организациями, включая Международную организацию труда (МОТ), МВФ, ОЭСР, ЕЭС, ООН, Германское агентство по техническому сотрудничеству (GTZ), Всемирный банк и Азиатский банк развития, а также Межгосударственный статистический комитет СНГ (Katsaga & Zuez, 2006, из неопубликованного).

Научно-исследовательская деятельность

Управление научными исследованиями в области здравоохранения в Казахстане осуществляется на нескольких уровнях. На националь-

ном уровне действует Высшая научно-техническая комиссия при Правительстве Республики Казахстан (ВНТК). С 2006 г. эту комиссию возглавляет премьер-министр. ВНТК является консультативно-совещательным органом, который занимается определением государственных приоритетов в области развития фундаментальных и прикладных научных исследований и разработкой рекомендаций по формированию и совершенствованию государственной научно-технической политики. Каждые три года ВНТК готовит отчет для президента по итогам научно-технологического развития страны (Ahmedov, Naan et al., 2007).

В июле 2006 г. при Министерстве образования и науки был создан Комитет науки. Планируется, что этот комитет будет заниматься координацией и мониторингом всех исследований, финансируемых из средств государственного бюджета, в том числе в области фундаментальных наук. Комитет науки занимается исполнительной частью деятельности ВНТК. К 2010 г. планируется осуществить постепенный переход к системе финансирования всех научных исследований, проводимых различными министерствами и ведомствами страны, через Комитет науки. Министерство образования и науки также играет свою роль в обеспечении научно-технической экспертизы научных программ и в аккредитации и лицензировании научно-исследовательских организаций. Активную роль в процессе обеспечения качества научных исследований играет Комиссия по лицензированию и управлению научными кадрами, которая разработала требования, предъявляемые к научным работам и диссертациям на соискание ученых степеней (Ahmedov, Naan et al., 2007).

Министерство здравоохранения обеспечивает проведение научно-медицинской экспертизы научно-исследовательских программ, определяет приоритеты научных исследований, проводит прикладные исследования и финансирует проведение исследований. В структуру министерства входит Департамент образования, науки и кадровых ресурсов; кроме того, Министерство здравоохранения является главным администратором бюджетной программы «Прикладные научные исследования в области здравоохранения». Под эгидой Министерства здравоохранения действует в общей сложности 20 научно-исследовательских организаций (14 центров и 6 институтов), 15 из которых находятся в г. Алматы. Эти организации предоставляют высокоспециализированную медицинскую помощь и являются ведущими специализированными медицинскими организациями страны. Значительный кадровый научный потенциал сосредоточен в

пяти государственных медицинских вузах: в Казахском национальном медицинском университете, в негосударственном Казахском медицинском университете, на факультете университета Усть-Каменогорска, в Казахстанской Высшей школе общественного здравоохранения и в Алматинском государственном институте усовершенствования врачей (Ahmedov, Naan et al., 2007).

Министерство здравоохранения осуществляет мониторинг и оценку своих программ на основе ежеквартальных и годовых отчетов, предоставляемых организациями-исполнителями. После завершения программы организация-исполнитель обязана представить в Министерство здравоохранения окончательный отчет. Этот отчет передается в Комитет науки Министерства образования и науки. Кроме того, все государственные программы должны быть зарегистрированы в Казахском государственном НИИ научно-технической информации (Ahmedov, Naan et al., 2007).

В закон Республики Казахстан «О лекарственных средствах» от 13 января 2004 г. включены инструкции по работе комиссий по этике и по проведению клинических испытаний лекарственных средств. Это помогло организовать сеть местных комиссий по этике. Были также созданы Комиссия по этике при Правительстве Республики Казахстан и местные комитеты по этике при НИИ, университетах и научно-исследовательских центрах (Ahmedov, Naan et al., 2007).

На своем заседании 25 января 2006 г. ученый совет Министерства здравоохранения утвердил следующий перечень приоритетных направлений научных исследований в области здравоохранения (Ahmedov, Naan et al., 2007):

- совершенствование системы управления здравоохранением;
- разработка и внедрение технологий профилактики, диагностики и лечения в области охраны здоровья матери и ребенка;
- развитие и совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний, связанных с образом жизни (курение, потребление алкоголя и т. п.);
- совершенствование методов санитарно-гигиенического и эпидемиологического мониторинга, профилактики и надзора;
- разработка инновационных технологий в области здравоохранения.

В 2006 г. Научный центр медицинских и экономических проблем здравоохранения был реорганизован и переименован в Институт раз-

вития здравоохранения. Одной из задач института является проведение тематических исследований и тесное сотрудничество с Министерством здравоохранения; Институт развития здравоохранения непосредственно информирует Министерство здравоохранения обо всех последних научных разработках. Оценкой влияния политики в области здравоохранения на состояние здоровья населения занимаются Институт развития здравоохранения, Казахская Высшая школа общественного здравоохранения и Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни. Полученные данные анализируются в соответствующих департаментах Министерства здравоохранения (в Департаменте образования, науки и кадровых ресурсов и в Департаменте лечебно-профилактической работы) и передаются заместителю министра. Вопросы здравоохранения и исследования в области здравоохранения освещаются в двух газетах – «Новости здравоохранения» и «Фармацевтический вестник» (Ahmedov, Naan et al., 2007).

Качество научных исследований в Казахстане остается низким, что частично объясняется многолетним недоинвестированием в основные фонды и оборудование (Министерство здравоохранения, 2004). Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. предусматривает следующие направления развития медицинской науки:

- приоритетная разработка и внедрение передовых технологий профилактики, раннего выявления, лечения и реабилитации социально значимых заболеваний;
- преемственность фундаментальной и прикладной медицинской науки с обеспечением участия Министерства здравоохранения в формировании основных направлений ее развития и администрировании программ фундаментальных медицинских исследований;
- укрепление связи медицинской науки с производством и практикой, внедрение собственных и заимствованных научных разработок в практическое здравоохранение;
- интеграция казахстанской медицинской науки с международными научно-исследовательскими организациями, развитие международного партнерства;
- интеграция медицинской науки, образования и клинической практики;
- научная оценка и обоснование социально-экономической эффективности планируемых и предпринимаемых мер в области охраны здоровья граждан;

- внедрение принципов доказательной медицины в сферы медицинской науки.

В стране разработан проект Концепции реформирования медицинской науки Республики Казахстан до 2010 г. Одной из основных задач, сформулированных в этом проекте, является повышение конкурентоспособности и качества национальных научных исследований в целях обеспечения их соответствия требованиям международных стандартов. Реализация этой цели предусматривает решение следующих задач (Ahmedov, Naan et al., 2007):

- создание условий развития медицинской науки путем совершенствования координации и управления научной деятельностью;
- повышение эффективности научной деятельности путем внедрения системы современного менеджмента в организации медицинской науки;
- интеграция науки, практического здравоохранения и профессионального образования;
- приближение качества отечественной научной продукции к требованиям международных стандартов.

В последние годы, благодаря увеличению объемов финансирования здравоохранения, для медицинских научно-исследовательских центров в Астане закуплено новое современное оборудование. В 2007 г. президент объявил о 25-кратном увеличении бюджетных ассигнований на проведение научных исследований. Ожидается, что эти меры будут способствовать прогрессу в сфере научных исследований в области здравоохранения.

5. Материальные и трудовые ресурсы

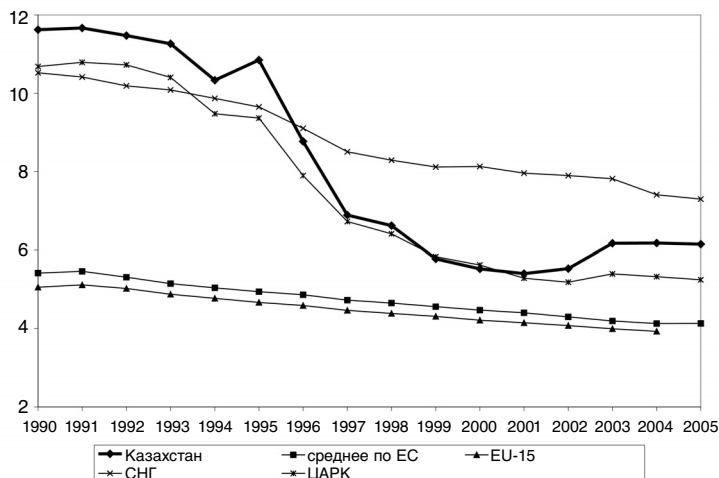
5.1. Материальные ресурсы

Распределение медицинских учреждений и оказываемых ими медицинских услуг значительно варьирует по регионам страны и зависит от следующих факторов (Министерство здравоохранения, 2004):

- объем ресурсов, выделяемых на оказание ПТГ;
- используемые методы финансирования;
- структура ПМСП;
- организационно-правовая форма медицинских учреждений;
- системы контроля качества медицинских услуг.

Во второй половине 1990-х гг. число больниц в стране сильно сократилось, особенно в сельской местности, где многие больницы были закрыты. Число больниц в Казахстане уменьшилось с 1796 в 1991 г. до 845 в 2001 г., после чего снова возросло до 1065 в 2005 г. (ВНО, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Число коек в больницах краткосрочного пребывания на 100 000 населения снизилось с 1167 в 1991 г. до 541 в 2001 г., а затем снова увеличилось до 615 в 2005 г., что было примерно на 50% выше аналогичного показателя по странам ЕС-15 в 2004 г. (ВНО, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007) (см. рис. 5.1). Основными причинами избыточной госпитализации является низкая экономическая доступность лекарственных средств при амбулаторном лечении и низкое качество услуг ПМСП (Министерство здравоохранения, 2004).

Рис. 5.1. Число коек в больницах краткосрочного пребывания на 1000 населения в Казахстане, СНГ, ЦАРК и ЕС-15, 1990–2005 гг.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

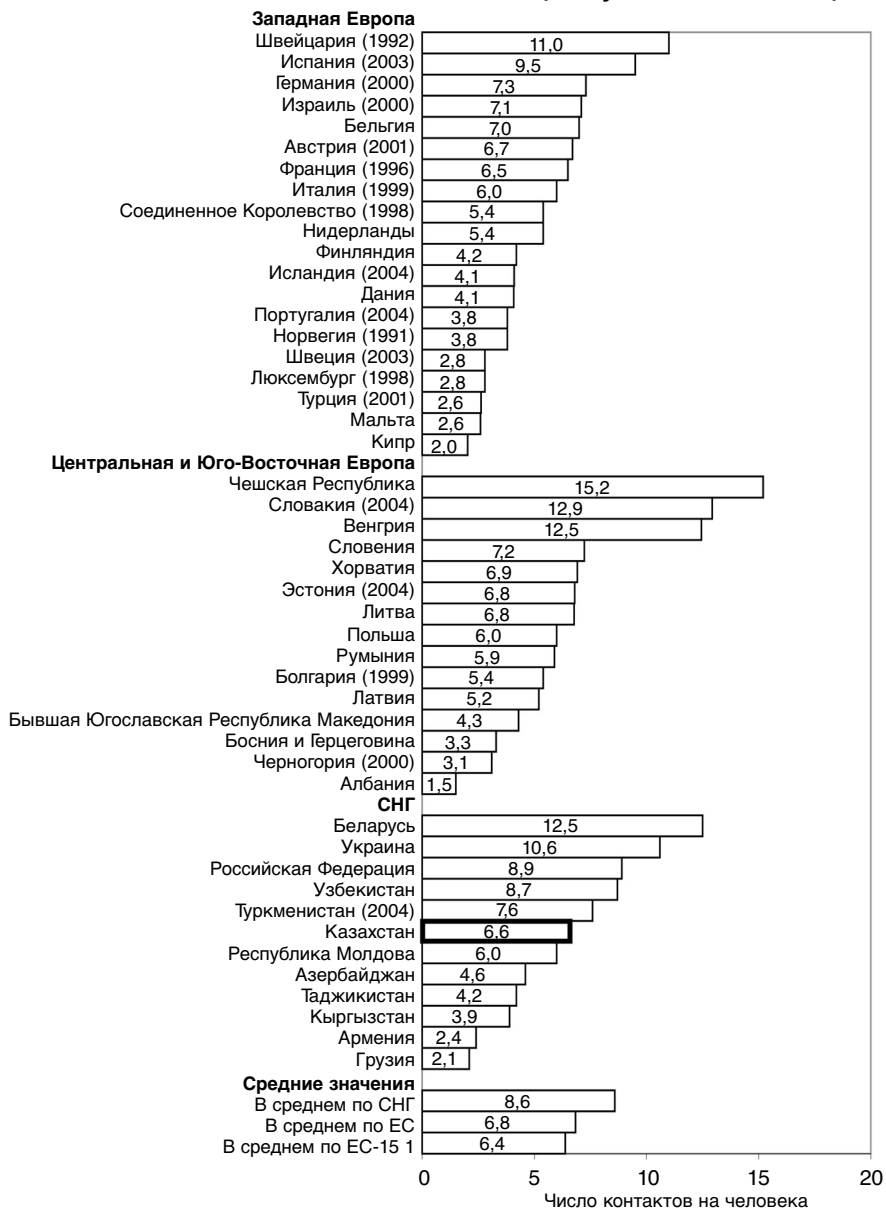
Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – центральноазиатские республики и Казахстан, ЕС – Европейский союз, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.

В последние годы средняя продолжительность пребывания в стационаре несколько уменьшилась. В больницах краткосрочного пребывания этот показатель в 1991 г. составлял 13,7 дня, а в 2005 г. – 10,2 дня, что практически соответствует среднему показателю по ЦАРК, но выше среднего по ЕС-15, который в 2003 г. составлял 6,8 дня (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Показатели средней продолжительности пребывания в стационаре значительно колеблются по регионам страны: так, в 2004 г. наименьший средний показатель был зафиксирован в г. Алматы (10,1 дня), а наибольший – в Актюбинской области (14,9 дня). Данные о количестве амбулаторных посещений в странах Европейского региона ВОЗ приведены на рис. 5.2.

5.2. Трудовые ресурсы

В Казахстане занятость в государственном секторе традиционно была очень высокой. В середине 1990-х гг. в стране был один из самых высоких в мире уровней занятости в госсекторе; в тот период работ-

Рис. 5.2. Число амбулаторных посещений на человека в год в странах Европейского региона ВОЗ в 2005 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.

ники здравоохранения составляли примерно 40% государственных служащих (World Bank, 1996b). Численность действующего персонала установить трудно, поскольку полной и достоверной информационной системы, отражающей фактическую численность медицинских кадров, в стране нет. Кроме того, в данных государственной статистики не учтены те медицинские работники, которые перешли в частный сектор, как это сделали, в частности, многие стоматологи и фармацевты.

В основном все вопросы, касающиеся трудовых ресурсов в секторе здравоохранения, регулируются законом «О системе здравоохранения» от 4 июня 2003 г. В соответствии с этим законом к компетенции Министерства здравоохранения относятся следующие вопросы:

- разработка кадровой политики в секторе здравоохранения;
- утверждение государственных общеобязательных стандартов и типовых учебных программ медицинского и фармацевтического образования, а также разработка и утверждение номенклатуры учреждений здравоохранения;
- проведение аттестаций руководителей организаций здравоохранения;
- определение порядка подготовки специалистов с послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием, повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров.

К компетенции областных департаментов здравоохранения относятся следующие вопросы:

- обеспечение укомплектования кадрами организаций здравоохранения и оценка квалификации медицинских работников;
- планирование мероприятий по подготовке и повышению квалификации медицинских работников;
- обеспечение непрерывного образования и повышения квалификации работников медицинских и фармацевтических специальностей.

Медицинские кадры: основные тенденции

В 2005 г. в системе здравоохранения Казахстана работали 55 509 врачей; таким образом, обеспеченность населения врачами составляла 3,66 врача (физических лиц) на 1000 человек населения, что пример-

но соответствует средним показателям по ЕС-15 и СНГ (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). По данным за тот же год, 28% врачей были мужского пола, большинство принадлежало к возрастной группе от 30 до 50 лет, и 7% были пенсионного возраста. Как уже говорилось, все большая часть врачей работает в частном секторе: в 2005 г. их доля достигла 14%.

Уменьшение обеспеченности населения медицинскими кадрами после 1990 г. обусловлено целым рядом факторов, включая переход в частный сектор, отток медицинских кадров из сектора здравоохранения в другие отрасли экономики, эмиграцию этнических русских и увольнения медицинских работников. После 1990 г. обеспеченность населения медицинскими кадрами большинства специальностей, за исключением фармацевтов, шла на спад (см. табл. 5.1).

Обеспеченность населения медицинскими кадрами очень зависит от региона. Так, в 2002 г. наибольшее число врачей на 1000 населения было зарегистрировано в г. Алматы (8,41), а наименьшее – в Алматинской области (2,09) (см. табл. 5.2). В табл. 5.3 приведены данные о числе медсестер на 1000 населения в период с 1998 по 2002 г. в различных регионах страны.

Разительные отличия в этом отношении наблюдаются между городской и сельской местностями. Так, в 2005 г. число врачей в городах составляло 4,37, а в сельской местности – всего 1,21 на 1000 населения. Наибольшая обеспеченность врачами в сельской местности отмечена в Карагандинской области (3,09 на 1000 населения), наименьшая – в Кызылординской области (0,62 на 1000 населе-

Таблица 5.1. Число медицинских работников на 1000 населения, 1990 и 2000–2005 гг.

Специальность	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Врачи (ЭПЗ)	4,45	3,38	3,36	3,31	3,40	3,47	3,53
Стоматологи (ЭПЗ)	0,35	0,13	0,13	0,08	0,08	0,09	0,09
Медсестры (ЭПЗ)	12,43	6,84	7,16	7,51	7,56	7,70	7,83
Акушерки (ЭПЗ)	0,87	0,42	0,52	0,53	0,37	0,37	0,39
Фармацевты (ФЛ)	0,87	0,31	0,32	0,44	0,70	0,77	1,03

Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЭПЗ – эквивалент полной занятости, ФЛ – физические лица.

Таблица 5.2. Обеспеченность врачами на 1000 населения в различных регионах страны, 1998–2002 гг.

Область	1998	1999	2000	2001	2002
Акмолинская	2,78	2,67	2,66	3,06	2,94
Актюбинская	3,77	3,59	4,23	4,38	4,47
Алматинская	2,24	2,22	1,97	2,04	2,09
Атырауская	2,83	2,85	3,01	3,06	3,08
Восточно-Казахстанская	3,46	3,60	3,46	3,53	3,67
Жамбылская	2,59	2,51	2,54	2,62	2,69
Западно-Казахстанская	3,28	3,24	3,24	3,21	3,29
Карагандинская	4,03	4,29	4,16	4,28	4,29
Костанайская	2,43	2,44	2,39	2,47	2,47
Кызылординская	2,78	2,95	3,08	3,15	3,24
Мангистауская	3,49	3,57	3,57	3,53	3,60
Павлодарская	3,07	3,40	3,35	3,54	3,66
Северо-Казахстанская	2,63	2,33	2,30	2,31	2,33
Южно-Казахстанская	2,51	2,58	2,61	2,82	2,89
г. Алматы	8,93	7,26	6,17	7,28	8,41
г. Астана	6,58	6,73	6,78	4,76	5,44
Казахстан	3,43	3,39	3,30	3,46	3,61

Источник: Куралбаев, Гаврилов, Кушанова, 2002.

ния). В 2005 г. в сельской местности, где проживает более 40% населения республики, работали лишь 15% всех врачей. Раньше по окончании учебных заведений молодые врачи обязаны были в течение трех лет отработать по распределению в сельской местности, но очень мало кто из них оставался в селе дольше этого срока.

По данным Европейской базы данных «Здоровье для всех», в 2005 г. в больницах работали 44,6% всех врачей; для сравнения, в 1991 г. этот показатель составлял 36,1% (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

**Таблица 5.3. Обеспеченность медсестрами на 1000 населения
в различных регионах страны, 1998–2002 гг.**

Область	1998	1999	2000	2001	2002
Акмолинская	7,92	7,19	7,26	8,34	8,28
Актюбинская	6,03	6,77	6,72	6,85	7,26
Алматинская	6,71	5,95	4,67	4,89	5,22
Атырауская	6,87	6,42	6,75	6,82	7,23
Восточно-Казахстанская	7,71	7,47	7,15	7,38	7,42
Жамбылская	7,03	6,54	6,54	6,88	7,75
Западно-Казахстанская	8,73	8,08	8,77	8,28	8,52
Карагандинская	7,91	7,71	7,69	8,04	8,47
Костанайская	6,88	6,30	6,29	6,49	6,76
Кызылординская	9,68	9,58	9,44	9,45	10,08
Мангистауская	8,85	8,63	8,71	8,78	8,61
Павлодарская	7,40	7,41	7,20	7,32	7,75
Северо-Казахстанская	7,78	7,54	7,41	7,57	7,73
Южно-Казахстанская	7,36	7,23	6,97	7,20	7,20
г. Алматы	10,98	9,31	8,94	9,34	9,67
г. Астана	8,82	9,87	8,99	7,42	6,80
Казахстан	7,77	7,41	7,18	7,38	7,63

Источник: Куралбаев, Гаврилов, Кушанова, 2002.

Сохраняется проблема обеспечения квалифицированными кадрами учреждений ПМСП, особенно в отдаленных и сельских регионах. Во многом это связано с тем, что существующий дефицит медицинских работников не восполняется выпускниками медицинских учебных заведений. Несмотря на то что прием в медицинские вузы по государственному гранту и кредиту начиная с 1999 г. ежегодно возрастает приблизительно на 10%, потребность в кадрах все равно остается высокой (Министерство здравоохранения, 2004). В Казахстане серьезной проблемой является старение медицинских кадров и

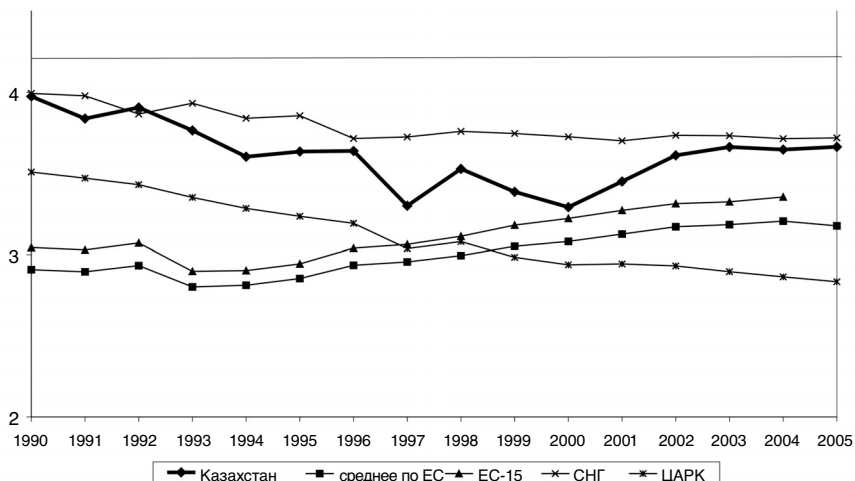
их дефицит в медицинских учреждениях, в особенности в сельской местности.

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

Отсутствие подготовленных, квалифицированных менеджеров в отрасли привело к снижению управляемости и неэффективному использованию выделяемых ресурсов. Зачастую руководитель медицинского учреждения является управленцем, администратором, главным врачом, заведующим хозяйством, практикующим клиницистом и т. д. (Министерство здравоохранения, 2004).

Обеспеченность населения медсестрами и акушерками в период между 1990 и 2004 гг. снижалась. В некоторой степени это обусловлено тем, что из-за низких зарплат медсестры уходят из профессии. В 2005 г. в городах было вдвое больше медсестер, чем в сельской местности. На рисунках 5.3, 5.4 и 5.5 показана динамика численности врачей и медсестер на 1000 населения в Казахстане, СНГ и ЦАРК, а также средние показатели по ЕС.

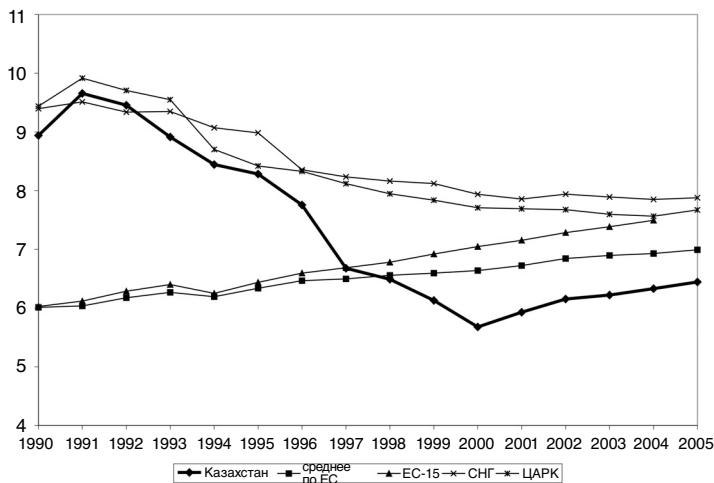
Рис. 5.3. Число врачей на 1000 населения в Казахстане, СНГ, ЦАРК и ЕС-15, 1990–2005 гг.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – центральноазиатские республики и Казахстан, ЕС – Европейский Союз, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.

Рис. 5.4. Число медсестер на 1000 населения в Казахстане, СНГ, ЦАРК и ЕС-15, 1990–2005 гг.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

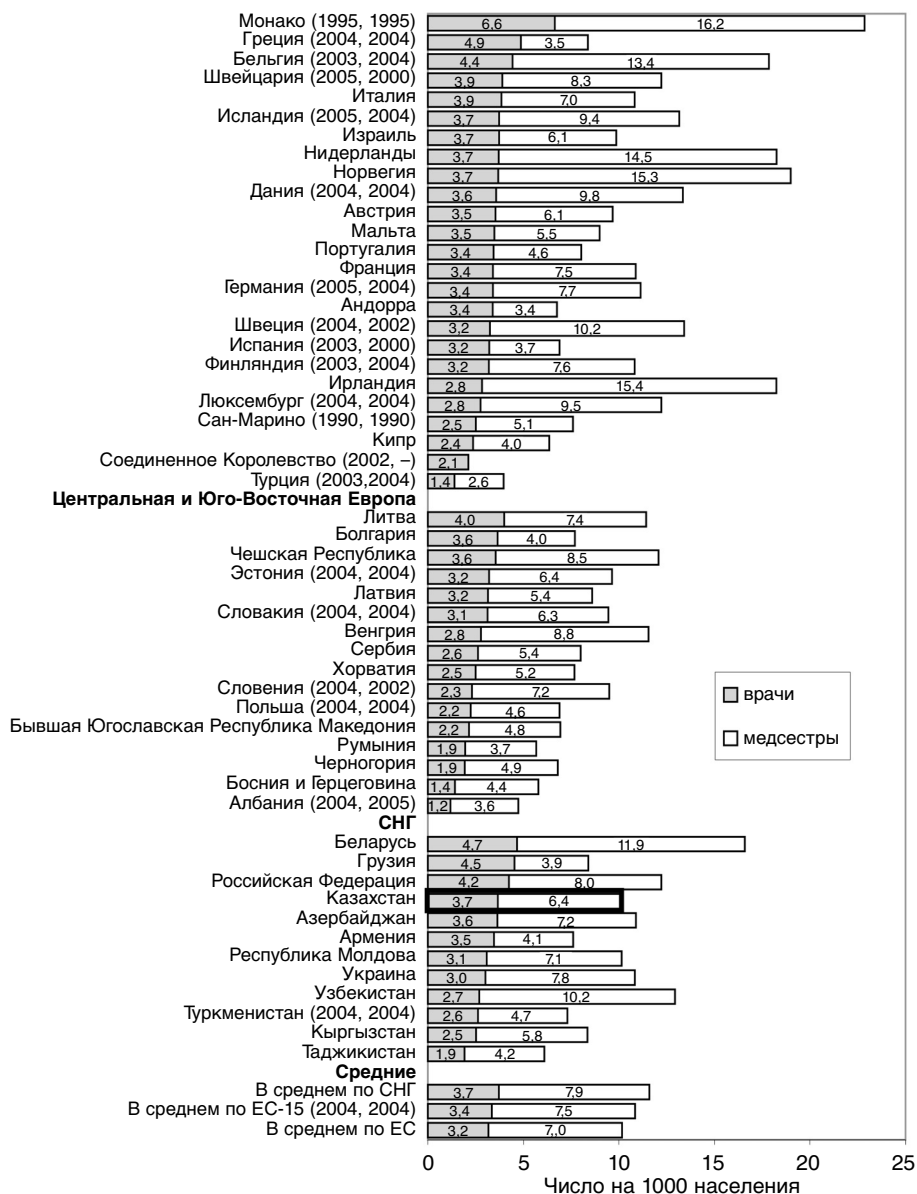
Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – центральноазиатские республики и Казахстан, ЕС – Европейский союз, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.

Подготовка медицинских кадров

Подготовка медицинских кадров является одной из наиболее серьезных проблем для системы здравоохранения Казахстана (Правительство Республики Казахстан, 2007а). Казахстан унаследовал советскую систему подготовки и повышения квалификации медицинских работников. После обретения независимости и вплоть до 2004 г. в этой области практически не было никаких перемен (Министерство здравоохранения, 2004), за исключением организации послевузовской подготовки специалистов в области семейной медицины и по приоритетным программам, включая здоровье матери и ребенка и туберкулез. Министерство здравоохранения в 2004 г. отметило, что в целом качество подготовки и переподготовки медицинских кадров в стране остается низким. Одной из причин этого является несовершенная нормативно-правовая база, регламентирующая условия приема, подготовки и контроля качества в системе медицинского и фармацевтического образования.

Кроме того, на качество подготовки медицинских кадров повлиял многолетний дефицит финансирования. Материально-техниче-

Рис. 5.5. Число врачей и медсестер на 1000 населения в странах Европейского региона ВОЗ в 2005 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЕС – Европейский союз, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.

ская база медицинских учебных заведений долгое время не обновлялась. Медицинские вузы не имеют достаточно оснащенных учебных и клинических баз, не располагают необходимым современным оборудованием для выполнения научных исследований. Одной из причин этого является недостаточное финансирование, предусмотренное на обучение студентов по государственному образовательному заказу в медицинских вузах, которое не позволяет использовать в полной мере современные технологии, закупать необходимое оборудование и наглядные пособия (Министерство здравоохранения, 2004). Руководители медицинских вузов вынуждены решать проблему нехватки финансовых средств за счет приема по договорной форме обучения студентов зачастую с низким уровнем знаний. Численность приема студентов на платной основе ежегодно растет. Если в 1999 г. этот показатель составлял 1059 человек (прием по государственному заказу – 1245), то в 2001 г. на договорной основе было принято почти в 2 раза больше (1345 – грант, 2190 – договор). Все это отражается на уровне подготовки выпускников вузов и влияет на качество оказываемой медицинской помощи (Министерство здравоохранения, 2004).

Концепция развития образования в Республике Казахстан до 2015 г. предусматривает реорганизацию профессиональной подготовки всех специалистов с высшим образованием, в том числе медицинским. В соответствии с этой концепцией в 2003 г. были введены новые обязательные стандарты в области медицинского и фармацевтического образования, в которых большее внимание уделяется принципам преемственности образовательных программ. В 2003 г. функции управления медицинским образованием от Министерства образования и науки перешли к Министерству здравоохранения. Была разработана концепция реформы медицинского и фармацевтического образования на 2006–2010 гг., и в 2007 г. вступили в силу новые стандарты подготовки студентов медицинских и фармацевтических специальностей. За исключением врачей, динамика численности выпускников других медицинских специальностей на 1000 населения в период после 1990 г. в целом была отрицательной, хотя и характеризовалась значительными колебаниями (см. табл. 5.4).

В 2005 г. в Казахстане было девять медицинских вузов (три из них частные), 41 медицинский колледж, Институт усовершенствования врачей, национальная Высшая школа общественного здравоохранения и 65 научно-исследовательских организаций (см. табл. 5.5). В 1997 г. Министерством здравоохранения совместно с Европейским

Таблица 5.4. Число выпускников медицинских специальностей на 1000 населения в 1990 и 2000–2005 гг.

Специальность	1900	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Врачи	0,15	0,16	0,16	0,12	0,15	0,20	0,20
Стоматологи	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01
Медсестры	0,66	0,40	0,42	0,35	0,42	0,43	0,40
Акушерки	-	0,07	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06
Фармацевты	0,04	0,01	0,01	0,03	0,03	0,03	0,01

Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Таблица 5.5. Образовательные учреждения Казахстана, 2005 г. (в абсолютных цифрах)

	государственные	частные
Медицинские вузы		
Число медицинских вузов	6	3
Численность студентов в начале учебного года (всего)	22 358	1 939
Число новых принятых студентов в начале учебного года	3 828	509
Число выпускников в конце учебного года	2 534	546
Медицинские колледжи		
Число медицинских колледжей	25	16
Численность студентов в начале учебного года (всего)	28 131	10 029
Число новых принятых студентов в начале учебного года	9 369	4 460
Число выпускников	4 825	1 270

Источник: информационный отдел Министерства здравоохранения, из личной беседы, 2006.

региональным бюро ВОЗ была создана Казахстанская Высшая школа общественного здравоохранения.

В Казахстане существует четыре основных направления медицинского образования. Подготовка врачей длится шесть лет; выбор специализации происходит на шестом году обучения. Педиатров готовят по совершенно отдельной программе. Подготовка врачей-гигиенистов и работников служб санэпиднадзора рассчитана на пять лет; этих специалистов также готовят на отдельных факультетах. Стоматологи тоже обучаются по отдельной программе, продолжительность которой составляет пять лет.

Начиная с 1997 г. в систему медицинского образования были внесены изменения, направленные на приведение его в соответствие с международными стандартами. В целях повышения уровня подготовки выпускников медицинских вузов недавно была снова введена годичная интернатура по шести основным специальностям, которая примерно в том же виде существовала и в советское время. По окончании интернатуры врачи могут специализироваться более чем по 80 специальностям; продолжительность подготовки составляет от 2 до 4 лет.

В 1995 г. в Институте усовершенствования врачей был введен короткий четырехмесячный курс подготовки по специальности «семейная медицина»; в других учебных заведениях и медицинских организациях также организуются различные краткосрочные курсы. Подготовка специалистов по общей врачебной практике (как студентов, так и практикующих врачей) проводилась при технической и финансовой поддержке ЮСЭЙД, Министерства международного развития Великобритании и Всемирного банка. В 2005 г. 2% от общего бюджета здравоохранения правительством было выделено на подготовку врачей общей практики и специалистов по управлению здравоохранением.

Послевузовское образование медицинских работников организуется в Институте усовершенствования врачей или на базе одного из медицинских НИИ. Врачи обязаны проходить краткосрочные курсы повышения квалификации каждые пять лет, а преподаватели медицинских вузов – раз в три года. Однако из-за сокращений бюджета, а также из-за того, что прохождение курсов повышения квалификации требует отрыва от основной работы, соблюсти это требование на практике получается не всегда.

Курсы усовершенствования в области общественного здравоохранения открылись в 1997 г. в Казахстанской Высшей школе обще-

ственного здравоохранения в Алматы. Курс менеджмента можно пройти в Казахском институте менеджмента, экономики и стратегических исследований и в Научном центре медико-экономических проблем здравоохранения. В табл. 5.6 приведены данные о численности приема в учреждения послевузовского образования с 2001 по 2006 г. В 1990-х гг. численность новых выпускников врачебных специальностей продолжала расти, хотя рабочих мест было не так много. Считается, что у недавних выпускников медицинских вузов существует проблема безработицы, и в связи с их нежеланием работать в сельской местности такая ситуация, вероятно, сохранится.

В 2005 г. в стране был 41 медицинский колледж (16 из них – частные), где готовят медсестер и другой медперсонал среднего звена. Сейчас медсестринское образование состоит из двух лет базовой подготовки, после которой следует один год специализации по одному из следующих направлений: терапия, скорая и неотложная медицинская помощь, акушерство и менеджмент. Однако учебные планы давно устарели и не соответствуют требованиям, предъявляемым к уровню оказания медицинской помощи, в связи с чем многие медсестры имеют слабый уровень подготовки.

В настоящее время проводится реформа медсестринского образования. Целью этого реформирования является углубление профессионального образования, формирование сестринского дела как отдельной отрасли здравоохранения, повышение статуса медсестер как представителей самостоятельной медицинской профессии и обеспечение непрерывности и преемственности в медицинском образовании. Учитывая перенос акцента на ПМСП, где, как ожидается, должно будет работать

Таблица 5.6. Прием в учреждения послевузовского образования, 2001–2006 гг.

Учебный год	2001–2002	2002–2003	2003–2004	2004–2005	2005–2006
Аспирантура	35	40	60	63	63
Докторантура	16	20	30	30	33
Магистратура					44
Всего	101	120	180	183	236

Источник: информационный отдел Министерства здравоохранения, из личной беседы, 2006.

большинство медсестер, все более серьезное внимание стало уделяться также подготовке и повышению квалификации управленческого и административного персонала, в том числе по специальности «медсестра – организатор сестринского дела». Например, в Алмагитинском медицинском колледже была введена четырехлетняя программа подготовки медсестер – организаторов сестринского дела.

Фельдшеры получают сестринское (акушерское) образование и дополнительную подготовку в области диагностики и по вопросам назначения и выписки рецептов на лекарственные средства. Круг их обязанностей представляет собой нечто среднее между обязанностями врача и медсестры. В сельских регионах фельдшеры фактически выполняют функции врачей ПМСП.

Фельдшеры скорой помощи – это специалисты с сестринским образованием, получившие дополнительную специальную подготовку по оказанию скорой и неотложной помощи и работающие в мобильных бригадах скорой помощи (такая же модель оказания скорой помощи действовала и в советское время). В 2006 г. в Казахстане было 1495 фельдшерских бригад скорой помощи (Министерство здравоохранения, 2007а).

Заработная плата и условия труда медицинских работников

В советское время сектор здравоохранения, в отличие от остальных секторов экономики (например, добывающих), не считался производительным. В этой связи заработки медицинских работников были ниже среднего уровня по стране. Несмотря на неоднократное увеличение заработной платы медицинским работникам (только в 2004 г. – на 20%), официальная среднемесячная заработная плата в отрасли в два раза меньше, чем в среднем по республике (Министерство здравоохранения, 2004). В настоящее время уровень вознаграждения медицинских работников регулируется постановлением правительства № 41 от 11 января 2002 г. «О системе оплаты труда работников государственных учреждений, не являющихся государственными служащими, и работников казенных предприятий». Размер оплаты труда медицинских работников зависит от их стажа и квалификации, но не зависит от результатов и качества предоставляемых ими услуг. Однако, как уже говорилось, в 2008 г. планируется ввести такой механизм оплаты, в котором будут учитываться конечные результаты труда.

Профессия медсестры по-прежнему считается в Казахстане непрестижной и низкооплачиваемой. И 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. Кроме того, врачи могут занимать не одну, а несколько должностей, что, соответственно, сказывается и на их доходах.

Во многих европейских странах сейчас меняют профессиональную структуру работников здравоохранения в целях увеличения численности квалифицированных медсестер по отношению к численности врачей (Rechel, Dubois et al., 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 в этом смысле 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.

6. Предоставление медицинских услуг

Система предоставления медицинских услуг в Казахстане развивалась на основе унаследованной от советского периода модели Семашко, которая была ориентирована преимущественно на стационарное лечение, а сектору ПМСП и вопросам укрепления здоровья населения в ней уделялось мало внимания. И хотя сейчас во взаимоотношениях между государством и обществом основная ответственность за охрану здоровья перенесена на самих граждан, система здравоохранения Казахстана по-прежнему остается ориентированной в большей степени на лечение, а не на профилактику заболеваний.

Организация здравоохранения в городской и сельской местности различается между собой. В сельских регионах услуги ПМСП оказывают фельдшерские пункты (ФП) и сельские врачебные амбулатории (СВА), а вторичную (специализированную) медицинскую помощь – поликлиники, сельские участковые больницы (СУБ) и центральные районные больницы (ЦРБ). В городах услуги ПМСП оказывают новые учреждения ПМСП, которые называются семейными врачебными амбулаториями, а также поликлиники смешанного типа и обычные поликлиники; вторичную (специализированную) медицинскую помощь – поликлиники; базовую специализированную помощь – ЦРБ; более специализированную помощь – областные и городские больницы, а высокоспециализированную – республиканские специализированные центры и институты. Для всей системы здравоохранения характерна тенденция направления пациентов на консультации в учреждения или к специалистам более высокого

уровня. Сейчас этот подход находится в стадии реорганизации. Цель реформ состоит в преобразовании ПМСП путем системного поэтапного укрепления и развития института врача общей практики с последующим закрытием многих мелких стационаров.

В настоящее время в Казахстане нарушается важнейший принцип организации системы здравоохранения – этапность и преемственность оказания медицинской помощи. Отсутствует четкое и согласованное взаимодействие между первичным и вторичным звеном медицинской помощи, поскольку пока что многие услуги предоставляются несколькими параллельными структурами с вертикальной иерархией, как, например, противотуберкулезные службы, санитарно-эпидемиологические службы, а также параллельные системы здравоохранения, действующие при различных министерствах и ведомствах. Слабая горизонтальная интеграция приводит к дублированию функций и неэффективному использованию ограниченных ресурсов здравоохранения.

6.1. Общественное здравоохранение

Общественное здравоохранение определяется как наука и искусство профилактики заболеваний, укрепления здоровья и продления жизни населения путем целенаправленных усилий общества. Это можно считать социально-политической концепцией, направленной на улучшение состояния здоровья, продление и улучшение качества жизни всего населения страны путем организации мер по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и других видов медицинских мероприятий. В Казахстане за эти функции отвечают различные ведомства, в том числе санитарно-эпидемиологическая служба, центры по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, поставщики услуг ПМСП, НПО и международные организации. Наиболее серьезной проблемой страны в области общественного здравоохранения является координация, рационализация и четкое распределение ролей и обязанностей между различными ведомствами, ответственными за проведение мероприятий в области охраны и укрепления здоровья населения.

В области общественного здравоохранения к компетенции Министерства здравоохранения относятся следующие вопросы:

- разработка национальной политики в области общественного здравоохранения;
- установление правил регистрации случаев инфекционных, паразитарных, профессиональных и других заболеваний, а также отравлений;
- установление правил реализации санитарно-эпидемиологического мониторинга;
- обеспечение межотраслевой координации и сотрудничества с общественными организациями по вопросам реализации национальных и отраслевых программ, связанных с охраной здоровья населения и пропагандой здорового образа жизни.

Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения:

- регулирует все вопросы, связанные с контролем за инфекционными заболеваниями;
- осуществляет государственную регистрацию продуктов детского питания, пищевых и биологически активных добавок, источников генетически модифицированных продуктов и красителей;
- осуществляет контроль за организацией и проведением профилактических прививок населению против инфекционных заболеваний;
- занимается регистрацией случаев инфекционных, паразитарных, профессиональных и иных заболеваний и отравлений.

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни:

- обеспечивает исполнение национальной политики в области пропаганды здорового образа жизни;
- разрабатывает нормативно-правовую базу для пропаганды здорового образа жизни;
- несет ответственность за сотрудничество со средствами массовой информации и общественными организациями по вопросам пропаганды здорового образа жизни.

В компетенцию Комитета экологического регулирования и контроля Министерства охраны окружающей среды Республики Казахстан входят следующие задачи:

- контроль за соблюдением промышленными предприятиями экологических норм;
- регулирование вопросов, связанных с использованием подземных и поверхностных вод;
- мониторинг атмосферного воздуха;
- планирование предельно допустимых уровней загрязнения окружающей среды.

Санитарно-эпидемиологическая служба

В советское время действовала широкая разветвленная сеть санэпидстанций, которая успешно справлялась с возложенными на нее функциями по контролю за инфекционными заболеваниями. Санитарно-эпидемиологическая служба Казахстана по-прежнему административно отделена от остальной системы здравоохранения. Она имеет вертикальную иерархическую структуру управления; на вершине иерархии находятся органы республиканского уровня, затем следует областной/городской и районный уровни. На уровне Министерства здравоохранения был создан Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора, имеющий два структурных подразделения, ответственных за:

- исполнение контрольно-надзорных функций;
- проведение санитарно-эпидемиологической экспертизы и лабораторных тестов.

Кроме того, в последние годы в составе санитарно-эпидемиологической службы была создана система подразделений по предупреждению завоза в республику особо опасных инфекций из зарубежных стран; на основных транспортных магистралях и в местах пересечения государственной границы созданы санитарно-карантинные пункты (Министерство здравоохранения, 2004). Система санэпиднадзора отвечает за профилактику и контроль инфекционных заболеваний, обеспечение экологического благополучия населения, изучение санитарно-эпидемиологической обстановки, мониторинг безопасности и охраны труда и мониторинг безопасности воды и пищевых продуктов. С возвратом ранее контролируемых инфекционных болезней (таких как туберкулез), деградацией водных ресурсов и связанными с этим проблемами с обеспечением

населения доброкачественной питьевой водой и ухудшением санитарии традиционные задачи санитарно-эпидемиологической службы снова стали очень актуальными. На более высоких уровнях иерархии санитарно-эпидемиологическая служба располагает лабораторным оборудованием, а также проводит большинство бактериологических тестов для больниц. Санитарно-эпидемиологическая служба совместно с районными департаментами здравоохранения несет ответственность также за проведение кампаний по иммунизации населения. В начале 1990-х гг. служба иммунизации распалась, но сейчас уровень иммунизации по основным детским инфекциям в Казахстане снова повысился (рис. 6.1).

Врачи-гигиенисты и специалисты по санэпиднадзору обучаются на отдельных факультетах, где также проводятся общенациональные санитарно-эпидемиологические исследования и мониторинг санитарно-эпидемиологической обстановки. В последние годы в санитарно-эпидемиологической службе произошло значительное сокращение штатов; материально-техническая база многих лабораторий находится в неудовлетворительном состоянии: оборудование устарело, остро не хватает самых необходимых материалов.

В настоящее время санитарно-эпидемиологическая служба испытывает ряд проблем. К их числу относятся низкая интегрированность в ПМСП, отсутствие координации в реализации ряда функций и полномочий между санитарно-эпидемиологической службой и другими надзорными и контролирующими органами (ветеринарный надзор, государственный стандарт, охрана окружающей среды, а также противотуберкулезные службы и центры по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД). Лабораторные исследования зачастую не отвечают требованиям как по уровню оснащения, так и по соответствию международным стандартам исследований. Санэпиднадзор и лабораторные исследования проводятся преимущественно на областном и республиканском уровнях, при значительном ослаблении деятельности организаций районного звена (Министерство здравоохранения, 2004).

Вопросы охраны окружающей среды, хотя и признаны в Казахстане одной из серьезнейших проблем, так и не решаются – ни государство, ни система здравоохранения не принимают активных мер в этом направлении. Несмотря на то что в советское и постсоветское время осуществлялись повсеместный мониторинг состояния окружающей среды и мероприятия по охране труда, в Казахстане практически не проводилось сколько-нибудь систематизированных иссле-

Рис. 6.1. Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ в 2005 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЕС – Европейский союз, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.

дований влияния ухудшения и загрязнения окружающей среды на здоровье человека. Три региона страны объявлены Правительством Казахстана зонами экологического бедствия: регион Аральского моря, где происходит разрушение почвы и воды, регион Семипалатинска, где находился главный советский ядерный полигон, и Восточный Казахстан, где наблюдается сильное загрязнение тяжелыми металлами.

Как и в других странах этого региона, в Казахстане в системе санэпиднадзора пока не проводилось сколько-нибудь значимых реформ. Необходимо провести реструктуризацию санитарно-эпидемиологической службы, сделав ее элементом комплексной и интегрированной службы общественного здравоохранения (Meimanaliev, Ibraimova et al., 2005; Ahmedov, Azimov et al., 2007). Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. предусматривает интеграцию санитарно-эпидемиологической службы в сектор ПМСП, в особенности в том, что касается мер по укреплению здоровья населения и координации мероприятий по контролю за инфекционными заболеваниями (в том числе туберкулезом и ВИЧ/СПИД).

Программы по борьбе с туберкулезом

Казахстан переживает серьезную эпидемию туберкулеза: уровень заболеваемости в республике самый высокий среди стран Европейского региона ВОЗ. В Казахстане принята национальная программа по контролю за туберкулезом, в основе которой лежит рекомендованная ВОЗ стратегия ДOTS. В 1998 г. Казахстанским НИИ туберкулеза были одобрены протоколы лечения, рекомендованные ВОЗ (в том числе в соответствии со стратегией ДOTS), предусматривающие стандартизованную амбулаторную схему медикаментозного лечения и отказ от долговременной госпитализации (Министерство здравоохранения, 2002). В 2000 г. стратегия ДOTS была развернута на всей территории страны. Однако рекомендации ВОЗ соблюдаются не полностью, так как схемы госпитализации и лечения в Казахстане более длительные, чем рекомендует ВОЗ, а мазок мокроты берется одновременно с флюорографией.

Национальную программу по усилению борьбы с туберкулезом (2002–2006 гг.) поддержали ВОЗ, Всемирный банк, ЮСЭЙД и центры по контролю и профилактике заболеваний США. В Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией была подана за-

явка на получение гранта в размере 32 млн долларов США. Глобальный фонд утвердил финансирование программ по борьбе с туберкулезом на сумму не более 5,4 млн долларов, однако, по данным на февраль 2007 г., соглашение о финансировании так и не было подписано (GFATM, 2007).

Закупки противотуберкулезных препаратов всегда производились централизованно, на республиканском уровне, но в 2007 г. этот процесс был децентрализован, и функции по организации закупок перешли к органам областного уровня. Вероятно, этот вопрос снова будет пересмотрен. За реализацию и координацию стратегии ДOTS в Казахстане несет ответственность НИИ туберкулеза. Большинство услуг оказывают противотуберкулезные диспансеры и больницы, находящиеся в ведении областных департаментов здравоохранения.

Были усилены меры по межведомственной координации работы в целях обеспечения этапности и преемственности оказания медицинской помощи и надзора за туберкулезом. На политическом уровне была создана Рабочая группа высокого уровня по борьбе с туберкулезом. На местном уровне действуют межсекторальные рабочие группы. В частности, медицинские учреждения пенитенциарной системы тесно сотрудничают с областными противотуберкулезными диспансерами, которые координируют меры по борьбе с туберкулезом на местах.

При поддержке американских центров по контролю и профилактике заболеваний была разработана компьютерная система надзора за туберкулезом, основанная на применении прикладных эпидемиологических методов, которая в 2000 г. начала функционировать на всей территории страны. К 2003 г. работа этой системы была приостановлена в связи с пересмотром форм для сбора данных. Затем была утверждена новая форма для внесения данных в национальную электронную базу данных по туберкулезу, которая также носит название туберкулезного регистра. Эта база интегрирована с базой данных «Мединформ». В настоящее время ведется работа по созданию более эффективных приложений для анализа данных, которыми могли бы пользоваться в областных органах здравоохранения.

В 2001 г. в Казахстане все еще проводились массовые флюорографические обследования, охватывавшие две трети взрослого населения страны (Godinho, Novotny et al., 2004). По-видимому, продолжалась и избыточная госпитализация туберкулезных больных – в 2001 г. средняя продолжительность пребывания в стационаре составляла 92 дня (Godinho, Novotny et al., 2004).

В 2000 г. в четырех пилотных регионах была начата реализация стратегии ВОЗ ДOTS-плюс по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Впоследствии этот пилотный проект был развернут более широко, и правительство намеревалось охватить к 2003 г. всю территорию страны (Godinho, Novotny et al., 2004). Работа в этом направлении ведется, и сейчас в каждой области планируется организовать диагностические лаборатории для проведения тестов на лекарственную устойчивость.

Пока что в Казахстане зарегистрировано очень мало случаев сочетанной заболеваемости – туберкулезной и ВИЧ-инфекции. К группам риска здесь относятся потребители инъекционных наркотиков (в особенности в тюрьмах) и секс-работники. Протоколы лечения сочетанной инфекции соответствуют стандартам ВОЗ.

Установленный ВОЗ 70%-ный целевой показатель выявляемости туберкулезной инфекции в Казахстане в целом превышен ($\leq 79\%$ и $\leq 93\%$ в 1999–2004 гг.), но целевой показатель излечиваемости (85%) пока не достигнут ($\leq 79\%$ в 1999–2004 гг.) (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

В феврале и марте 2007 г. в Казахстане проходил общенациональный месячник профилактики туберкулеза под девизом «Туберкулез легче предотвратить, чем вылечить». Этот месячник был продолжением аналогичных кампаний прошлых лет. В ходе его проведения особое внимание уделялось повышению информированности населения о мерах профилактики туберкулеза, и особенно о раннем выявлении случаев заболевания у детей. Родителям и медперсоналу были розданы соответствующие памятки с указанием характерных признаков заболевания, а в школах были проведены специальные занятия (IRIN, 2007b).

Программы по ВИЧ/СПИД

Правительство Казахстана заявило об обязательствах по борьбе с ВИЧ/СПИД на самом высоком уровне. В 1995 г. в стране был создан Межведомственный координационный комитет по борьбе со СПИД и принята государственная стратегическая Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Казахстан на 2001–2005 и на 2006–2010 гг.

Программа на 2001–2005 гг. направлена на достижение трех основных целей:

- стабилизировать заболеваемость ВИЧ-инфекцией посредством предотвращения распространения инфекции среди населения;
- уменьшить возможность расширения уязвимых в отношении инфицирования ВИЧ групп населения (особенно из среды молодежи);
- охватить не менее 80% инфицированных ВИЧ необходимыми мероприятиями, включенными в состав медицинских и социальных программ (Godinho, Novotny et al., 2004).

Законом Республики Казахстан от 05.10.1994 г. «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД» предусмотрено следующее:

- оказание бесплатной медицинской и лекарственной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом, а также обеспечение их социальной и правовой защиты;
- проведение профилактических мероприятий и информационных кампаний;
- право добровольного, конфиденциального и анонимного обследования в государственных медицинских учреждениях;
- обязанность прохождения медицинского обследования на ВИЧ в случае «наличия достаточных оснований полагать, что пациенты могут быть ВИЧ-инфицированными».

В 2002 г. были приняты две важные поправки к законодательству, касающиеся медицинского освидетельствования на предмет ВИЧ-инфекции: были отменены обязательное обследование (тестирование) некоторых групп населения (в том числе заключенных) и отслеживание всех контактов ВИЧ-инфицированных; кроме того, было введено анонимное и конфиденциальное тестирование на ВИЧ для всех граждан (WHO, 2005b).

В постановлении правительства № 988 от 27 сентября 2003 г. «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Казахстан “О профилактике заболевания СПИД”» предлагалось внести ряд изменений, касающихся в том числе следующих вопросов:

- анонимное тестирование;
- бесплатная антиретровирусная терапия;
- проведение обязательного медицинского освидетельствования только доноров крови, других биологических жидкостей, тканей и органов;
- гарантии прав человека для лиц, живущих с ВИЧ/СПИД.

Приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 февраля 2004 г. № 150 «О внедрении периодических протоколов (стандартов) диагностики, лечения и предоставления медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе» были приняты государственные протоколы антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции, основанные на рекомендациях Европейского регионального бюро ВОЗ для стран СНГ (WHO, 2005b).

Министерство здравоохранения занимается координацией межотраслевой программы ответных мер по борьбе с эпидемией, обеспечением нормативно-правовой базы и укреплением партнерских отношений между всеми заинтересованными сторонами. ЮНЭЙДС обеспечивает поддержку правительству по стратегическим вопросам. Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом осуществляет общее руководство и координацию деятельности системы здравоохранения в связи с эпидемией ВИЧ/СПИД, включая услуги по профилактике, лечению и уходу.

В стране действует в общей сложности 21 центр по профилактике и борьбе со СПИДом, которые расположены во всех областях и административных центрах страны. В государственную службу по профилактике и борьбе со СПИДом входят Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом, а также областные и городские центры (в Алматы, Астане, Темиртау, Жезказгане и других городах). Как правило, в состав каждого из таких центров входят подразделения эпидемиологического надзора, консультирования и лечения, мониторинга и оценки, а также диагностическая лаборатория. Силами этих центров и различных НПО было создано 98 пунктов доверия, в которых потребители инъекционных наркотиков могут бесплатно получить одноразовые шприцы, презервативы, информационные брошюры, а также консультации до и после тестирования на ВИЧ. Больницы, противотуберкулезные центры и онкологические диспансеры должны обеспечивать лечение по поводу ВИЧ/СПИД и оппортунистических заболеваний, а также паллиативную помощь больным в терминальной стадии. Национальный координационный комитет по противодействию ВИЧ/СПИД – это комитет в составе национального Совета по здравоохранению, который возглавляет министр здравоохранения (Godinho, Novotny et al., 2004; WHO, 2005b).

Меры по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Казахстане проводятся при поддержке ряда международных организаций. В частности, Тематическая группа ООН по ВИЧ/СПИД в Казахстане оказывает содействие различным министерствам и ведомствам в об-

ласти разработки стратегических программ. В 2004 г. ЮНЕСКО при поддержке Фонда для ускоренного осуществления программ ЮНЭЙДС реализовала проект по созданию региональной группы инструкторов в целях расширения системы добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ среди уязвимых групп населения и оказания помощи лицам, живущим с ВИЧ/СПИД, в соблюдении схемы лечения при прохождении курсов антиретровирусной терапии. Все партнеры ЮНЭЙДС оказали Правительству Казахстана техническую и финансовую помощь в реализации мер по противодействию эпидемии. В рамках совместного проекта организаций системы ООН и Фонда Сороса/Института «Открытое общество» были вложены средства в реализацию программ по «снижению вреда», благодаря которым организовано несколько пунктов доверия. Программа «Knowledge Hub for the Care and Treatment of HIV/AIDS in Eurasia», которая проводится при поддержке Германского агентства по техническому сотрудничеству и Европейского регионального бюро ВОЗ, совместно с Американским международным союзом здравоохранения, направлена на оказание содействия в создании местного потенциала по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Казахстане.

Региональная миссия ЮСЭЙД в Центральной Азии в рамках проекта Saracity выделяет 13 млн долларов США на организацию технической помощи пяти центральноазиатским странам в течение пяти лет. Примерно 35% этих средств предназначается Казахстану (WHO, 2005b).

Несмотря на все меры по противодействию эпидемии, возможности страны эффективно ей противостоять пока еще ограничены. Одна из проблем здесь, как и в других странах бывшего СССР (Bernitz & Rechel, 2006), связана с предоставлением антиретровирусной терапии. В новой редакции закона «О профилактике заболевания СПИД» предусматривается бесплатное антиретровирусное лечение лиц, живущих с ВИЧ/СПИД. Однако на практике в республиканском и местных бюджетах, как правило, не выделяется достаточно средств для закупки столь дорогостоящих препаратов. В результате у большинства нуждающихся в антиретровирусной терапии нет доступа к ней в силу ее дороговизны (WHO, 2005b). В 2004 г. бесплатный доступ к антиретровирусной терапии в условиях государственных медицинских учреждений был только у детей в возрасте до 15 лет и у ВИЧ-инфицированных беременных женщин (Godinho, Novotny et al., 2004). В 2006 г. антиретровирусную терапию получали всего 236 из 3956 зарегистрированных в Казахстане лиц, живущих с ВИЧ/СПИД (Bagchi, 2007).

Одна из причин – значительное несоответствие между планируемым и реально выделяемым объемами средств на закупки антиретровирусных препаратов. Так, например, на реализацию национальной программы на 2001–2005 гг. правительство ассигновало 2,5 млн долларов в 2001 г. и 2,7 млн долларов в 2002 г., но до 2004 г. эти средства все еще не были выплачены (Godinho, Novotny et al., 2004).

Во многих европейских странах лица из групп наиболее высокого риска ВИЧ-инфицирования подвергаются социальной изоляции, стигматизации и криминализации. В республиках бывшего СССР, в том числе и в Казахстане, карательные подходы очень медленно уступают место методам, гарантирующим соблюдение прав человека, при этом меры по «снижению вреда» практически отсутствуют (Bernitz & Rechel, 2006). В государственном секторе Казахстана не очень широко доступны программы заместительной терапии, направленные на оказание лицам с наркотической зависимостью помощи в соблюдении предписанной схемы лечения антиретровирусными препаратами. Такая программа проводится в форме пилотного проекта в Павлодарской области, но она охватывает лишь 50 человек – потребителей инъекционных наркотиков. Она реализуется при финансовой поддержке, предоставляемой в рамках второго раунда грантов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (WHO, 2005b).

Возможность проведения бесплатного и анонимного тестирования на ВИЧ-инфекцию является одной из серьезных проблем в большинстве стран на постсоветском пространстве (Bernitz & Rechel, 2006). В Казахстане динамика ежегодного числа тестов свидетельствует о тенденции снижения. Число проведенных тестов на ВИЧ снизилось с 1 074 000 в год в 2002 г. до 926 000 в 2003 г. и до 894 000 в 2004 г. (WHO, 2005b).

Одна из организационных проблем системы здравоохранения Казахстана состоит в отсутствии общей координации мероприятий по снижению инфекционных заболеваний, в том числе ЗППП и ВИЧ/СПИД, с деятельностью служб по охране репродуктивного здоровья и центров семейной медицины (Godinho, Novotny et al., 2004).

Недавний скандальный случай заражения детей в больницах в Южно-Казахстанской области выявил, что в государственных медицинских учреждениях не соблюдаются меры по контролю за распространением ВИЧ-инфекции. По данным на октябрь 2006 г., в больницах Шымкента было заражено ВИЧ-инфекцией 76 детей; шестеро из них уже умерли (Министерство здравоохранения, 2006b). Вспышка

ВИЧ-инфекции была вызвана тем, что медперсонал неоднократно использовал одноразовые препараты и инструменты. Предполагается, что дети могли заразиться во время процедуры переливания крови (Bagchi, 2007). Этот случай свидетельствует о необходимости усиления контроля за соблюдением требований безопасности и принятия мер по более эффективному распределению и использованию ресурсов.

Центры по борьбе с диабетом

В связи с ростом заболеваемости диабетом в Казахстане создан ряд специализированных центров по борьбе с диабетом и 98 учебных центров для больных диабетом. Закупки инсулина производятся Министерством здравоохранения централизованно (Министерство здравоохранения, 2002). Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. предусматривает введение в каждом районе должности врача-эндокринолога для обеспечения ранней диагностики и улучшения лечения больных с эндокринными заболеваниями, в первую очередь сахарным диабетом (Министерство здравоохранения, 2004). Однако вопрос о том, являются ли эти меры самым эффективным методом борьбы с ростом заболеваемости диабетом, остается спорным (World Bank, 2004a).

Служба формирования здорового образа жизни

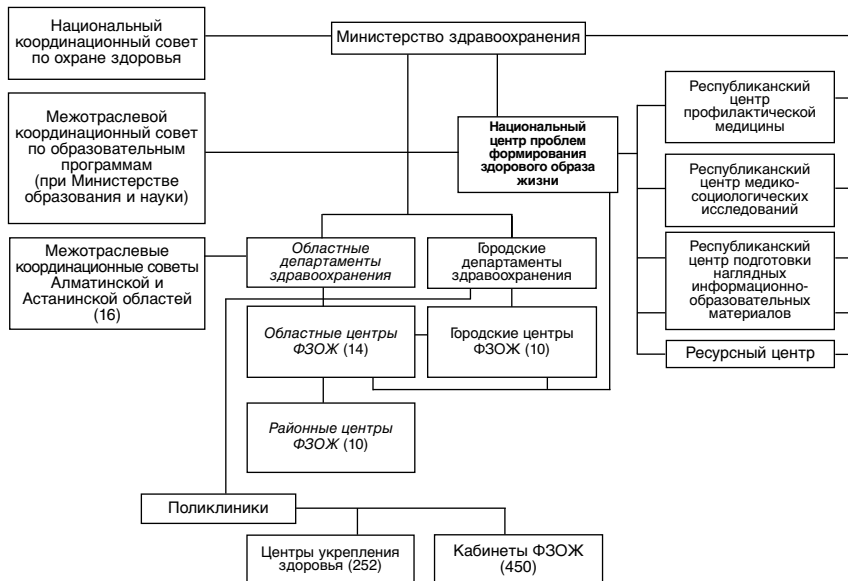
В советское время в стране почти не было действующих программ профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения; этими вопросами в основном занимались учреждения ПМСП. Такая ситуация наблюдалась и в первые годы после обретения Казахстаном независимости. Но затем важность мер по охране общественного здоровья была признана на самом высоком политическом уровне. В президентском послании 1997 г. «Казахстан-2030», в котором изложена стратегия улучшения благосостояния страны на ближайшие 30 лет, укрепление здоровья населения названо одним из долгосрочных национальных приоритетов. В этом послании подчеркивается необходимость мер по предотвращению заболеваний и стимулированию здорового образа жизни, борьбе с употреблением и распространением наркотиков, сокращению потребления табака и алкоголя, охране здоро-

вья матери и ребенка, улучшению питания и санитарии (Правительство Республики Казахстан, 1997; Министерство здравоохранения, 2002).

В декабре 1997 г. был создан Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни (НЦПФЗОЖ), который имеет сеть подразделений с вертикальной структурой управления. В 1997 г. был учрежден межотраслевой Совет по укреплению здоровья. Затем, в 1999, 2002, 2003 и 2006 гг., соответствующими постановлениями правительства были одобрены государственные стратегии по формированию здорового образа жизни. В 2006 г. в структуру НЦПФЗОЖ входили его головной офис, 14 областных, 10 городских и 10 районных центров формирования здорового образа жизни, а также 252 центра укрепления здоровья, в которых работало в общей сложности 1600 человек. Структура НЦПФЗОЖ показана на рис. 6.2.

Координацией деятельности Службы формирования здорового образа жизни занимается совет директоров во главе с генеральным директором НЦПФЗОЖ. Управляющим органом службы является

Рис. 6.2. Структура Службы формирования здорового образа жизни



Источник: Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, из личной беседы, 2006.

дирекция, которая ежеквартально проводит совещания по вопросам, связанным с реализацией национальных программ формирования здорового образа жизни. НЦПФЗОЖ организовал свои отделения в четырех медицинских вузах страны, которые должны обеспечивать областным центрам здорового образа жизни техническую и методическую помощь в разработке программ профилактики на уровне областей. Кроме того, подразделения НЦПФЗОЖ в медицинских вузах оказывают поддержку в проведении программ формирования здорового образа жизни. Служба формирования здорового образа жизни отвечает за общее руководство мероприятиями по формированию здорового образа жизни в стране и осуществление профилактических мероприятий на национальном и местном уровнях.

В последние годы объем финансирования Службы формирования здорового образа жизни был значительно увеличен и в настоящее время составляет примерно 1% от общего государственного бюджета здравоохранения.

Финансирование Службы формирования здорового образа жизни производится из нескольких источников (см. табл. 6.1). НЦПФЗОЖ финансируется из республиканского бюджета, а центры формирования здорового образа жизни на местах – из местных бюджетов. Финансирование на республиканском уровне включает также средства, полученные от международных организаций. Кроме того, большинство последних национальных программ по формированию здорового образа жизни получали финансирование от всех участвующих в них министерств. Объем средств, направленных на реализацию этих

Таблица 6.1. Источники финансирования Службы формирования здорового образа жизни (в млн тенге), 1999–2006 гг.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Местный уровень	55,2	81,6	83,4	122,4	138,0	149,0	196,0	168,3
Республиканский уровень	6,6	14,2	16,5	40,5	32,0	33,5	40,0	43,0
Другие сектора	-	-	-	-	-	-	-	44,0
Всего	61,8	95,8	99,9	262,9	170,0	182,5	206,0	256,8

Источник: Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, из личной беседы, 2006.

программ другими (кроме Министерства здравоохранения) министерствами, составил в 2006 г. 44 млн тенге.

Служба формирования здорового образа жизни занимается следующими видами деятельности:

- разработка национальных и региональных программ по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний и санитарному просвещению;
- сотрудничество с министерствами, ведомствами, местными органами государственного управления и организациями в области разработки и реализации научного сопровождения программ по формированию здорового образа жизни;
- проведение исследований в области формирования здорового образа жизни, а также в области экономики здравоохранения, управления здравоохранением и реформ здравоохранения;
- подготовка работников здравоохранения по вопросам формирования здорового образа жизни и управления здравоохранением;
- мероприятия по укреплению здоровья и санитарному просвещению широких слоев населения, детей дошкольного и школьного возраста, сотрудников предприятий и организаций;
- организация спортивных и культурно-развлекательных мероприятий, стимулирующих формирование здорового образа жизни;
- публикация материалов, касающихся укрепления здоровья, и работа со СМИ.

В 2002 г. при Алматинском государственном институте усовершенствования врачей на базе НЦПФЗОЖ была создана кафедра профилактики заболеваний и укрепления здоровья. На этой кафедре проводится подготовка и переподготовка врачей Службы формирования здорового образа жизни, руководителей центров по формированию здорового образа жизни и других врачей, занимающихся вопросами формирования здорового образа жизни. Ежегодно на кафедре проводится по 15–17 учебных курсов, обучение на которых проходят до 300 человек. Подготовка медицинских работников среднего звена производится в 22 медицинских колледжах, где были созданы курсы подготовки инструкторов по формированию здорового образа жизни.

Одним из основных направлений деятельности Службы формирования здорового образа жизни является санитарное просвещение детей и подростков в государственных образовательных учреждениях.

В 1998 г. Министерство здравоохранения совместно с Министерством образования выпустило постановление о введении в школах и учреждениях высшего образования предмета «валеология» (о формировании здорового образа жизни). К 2006 г. этот курс был введен в 74,6% всех общеобразовательных школ, где обучаются более 3,5 млн учащихся, а также в 72,2% профессиональных колледжей и 62,3% учреждениях высшего образования. В общей сложности этим курсом охвачено более 5 млн студентов и школьников. Некоторые оценки воздействия этого курса показали существенное повышение уровня знаний в области санитарного просвещения и значительное сокращение числа случаев рискованных моделей поведения. С 1999 г. НЦПФЗОЖ провел ряд научно-исследовательских проектов в рамках задач, поставленных Программой формирования здорового образа жизни.

Еще одним важным направлением деятельности являются программы профилактики, ориентированные преимущественно на детей, подростков и молодежь. В 2006 г. на национальном и региональном уровнях проводились следующие программы:

- Профилактика алкоголизма и табакокурения;
- Профилактика употребления наркотиков;
- Профилактика ЗППП, ВИЧ/СПИД;
- Репродуктивное здоровье;
- Профилактика туберкулеза;
- Профилактика инфекционных заболеваний;
- Здоровое питание;
- Физическая активность;
- Профилактика поведенческих факторов риска, связанных с основными заболеваниями;
- Профилактика хронических заболеваний, несчастных случаев и отравлений.

В 2002 г. в Казахстане был принят закон «О профилактике и ограничении табакокурения». Он предусматривает меры по ограничению рекламы табака и табачных изделий, запрет курения в отдельных общественных местах и общественном транспорте, запрет на продажу табачных изделий несовершеннолетним, а также меры по повышению информированности населения о вредных последствиях табакокурения для здоровья. Курение запрещено в следующих общественных местах (Katsaga & Zuez, 2006, из неопубликованного):

- в организациях образования, а также в организациях для отдыха несовершеннолетних;
- в организациях здравоохранения;
- в пунктах общественного питания, не имеющих специально оборудованных мест для курения;
- в кинотеатрах, театрах, цирках, концертных, смотровых и выставочных залах, на спортивных аренах и в других крытых сооружениях, предназначенных для массового отдыха;
- в музеях, библиотеках и лекториях;
- в неустановленных местах в поездах местного и дальнего сообщения, на судах воздушного, морского и речного транспорта, а также в салонах городских, междугородних автобусов, маршрутных такси и городского электротранспорта;
- в зданиях аэропортов, железнодорожных, автомобильных и водных вокзалов;
- в государственных органах, а также в других организациях.

В 2004 г. была создана национальная коалиция «За Казахстан, свободный от табачного дыма», в которую вошли ассоциации работников здравоохранения, НИИ, организации образования, журналисты и юристы. Эта коалиция выступила в поддержку национального антитабачного законодательства и оказала содействие ратификации Рамочной конвенции ВОЗ о контроле над табаком. Казахстан подписал эту конвенцию 21 июня 2004 г., а 22 января 2007 г. – ратифицировал.

Одним из главных результатов публичных слушаний было принятие Маслихатом (парламентом местного уровня) г. Алматы программы «Алматы, свободный от табачного дыма». Это первая антитабачная программа в Казахстане, на реализацию которой выделено целевое финансирование из местного бюджета. Реализация программы началась в 2006 г., и в течение первых трех лет на ее проведение из местного бюджета планируется выделить 41 млн тенге.

С 2002 г. при НЦПФЗОЖ функционирует Республиканский центр профилактической медицины, основной задачей которого является координация деятельности ведущих НИИ, национальных центров и организаций здравоохранения в области реализации, мониторинга и оценки результативности программ профилактики, раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения и оздоровления населения, а также ведение национальной базы данных.

В задачи Республиканского центра медико-социологических исследований, который также организован при НЦПФЗОЖ, входит

проведение медико-социологических исследований по различным аспектам, связанным с укреплением здоровья, а также проведение каждые три года национальных опросов.

Служба формирования здорового образа жизни уделяет большое внимание вопросам межотраслевого сотрудничества в области реализации своих программ. Так, в 2003 г. была проведена акция «Час здоровья», во время которой аэробикой занималось одновременно более 5 млн человек; это мероприятие вошло в Книгу рекордов Гиннеса. Акция была поддержана президентом страны и проведена с участием Министерства здравоохранения, Министерства образования, Министерства обороны и Министерства внутренних дел, а также местных органов власти. Ежегодно в рамках «Фестиваля здоровья» в стране проводятся массовые мероприятия, направленные на привлечение внимания населения к вопросам формирования здорового образа жизни.

Служба формирования здорового образа жизни сотрудничает также с рядом международных организаций, включая ВОЗ, ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮСЭЙД, благотворительный фонд «Ноу-хау», центры по контролю и профилактике заболеваний, ЮНФПА, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Институт «Открытое общество» и Международный союз против рака. В 2005 г. НЦПФЗОЖ получил статус сотрудничающего центра ВОЗ по содействию здоровому образу жизни. Служба формирования здорового образа жизни распространяет материалы по укреплению здоровья по целому ряду каналов, включая национальное и региональное телевидение и радио. В республиканских СМИ выходит 8 телевизионных и 2 еженедельные радиопрограммы, а 20 местных теле- и радиостанций передают 15 телевизионных и 16 радиопрограмм, посвященных вопросам формирования здорового образа жизни. НЦПФЗОЖ имеет собственный пресс-центр и учредил ежегодную премию для журналистов под названием «Здоровый образ жизни – выигрывает каждый». Кроме того, НЦПФЗОЖ выпускает свой национальный журнал, а также специализированные журналы и статьи.

При НЦПФЗОЖ действует Республиканский центр подготовки наглядных информационно-образовательных материалов, который занимается разработкой и распространением более 40 видов наглядных пособий и образовательных материалов ежегодно. Общий тираж материалов на русском и казахском языках составляет более 12 млн экземпляров. В общей сложности НЦПФЗОЖ было разработано более 48 монографий, учебных пособий и руководств по всем аспектам укрепления здоровья и пропаганды здорового образа жизни.

Деятельность казахстанского НЦПФЗОЖ привлекла внимание соседних стран, и аналогичные службы создаются сейчас в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане. Однако в этих странах не предполагается организация такой вертикальной структуры службы формирования здорового образа жизни, которая существует в Казахстане; частично это обусловлено отсутствием достаточных финансовых ресурсов.

6.2. Первичная/амбулаторная медицинская помощь

Несмотря на то что Казахстан принял Алма-Атинскую декларацию 1978 г., где указано, что основой действенной, эффективной и справедливой работы всех систем здравоохранения должна быть первичная медико-санитарная помощь (ВНО, 1978), в Казахстане, как и в других республиках бывшего СССР, сектору ПМСП в течение долгого времени уделялось мало внимания, а его финансирование производилось по остаточному принципу, так как приоритет отдавался сектору стационарной помощи. В этой связи государственные учреждения первичной помощи многие годы испытывали недостаток финансирования, хотя в последнее время ситуация довольно быстро меняется к лучшему. В начале переходного периода в секторе здравоохранения не производилось сколько-нибудь значимых капитальных вложений, и особенно это сказалось на положении учреждений ПМСП. В результате материально-техническая база учреждений ПМСП, особенно сельских, продолжает оставаться в неудовлетворительном состоянии. В 1990-х гг., после введения системы оплаты пациентами большинства диагностических услуг и в связи с необходимостью приобретения медикаментов, объем услуг амбулаторной медицинской помощи резко сократился.

Кроме того, в учреждениях ПМСП наблюдается дефицит квалифицированных кадров. Оплата труда медицинских работников в секторе ПМСП низкая, и в обществе эта профессия не считается престижной. При этом нагрузка у работников учреждений ПМСП очень велика: анализ показывает, что число фактических посещений в смену в ряде регионов превышает нормативные показатели более чем в 1,5 раза (Министерство здравоохранения, 2004). В настоящее время у врачей ПМСП стали преобладать «диспетчерские функции»: частота направлений амбулаторных больных на консультации к

узким специалистам чрезмерно высока (Министерство здравоохранения, 2004).

В Казахстане предпринимался ряд мер по реформированию сектора ПМСП, но в целом они были несогласованными, зачастую противоречили друг другу и проводились без надлежащего и устойчивого политического руководства. Законом «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» от 19 мая 1997 г. установлено, что ПМСП должна быть бесплатной и общедоступной для всех граждан страны (Министерство здравоохранения, 2002). Реформа ПМСП была одобрена приказами № 500 и № 501 Министерства здравоохранения (которое в тот период называлось Комитетом по здравоохранению). В соответствии с этими приказами семейные врачи также получили разрешение на самостоятельную практику.

К международным организациям, вовлеченным в процесс реформ ПМСП в Казахстане, относятся Всемирный банк, ЮСЭЙД (проект «ЗдравПлюс»), а также Министерство международного развития Великобритании. Все они оказали поддержку в реализации стратегии правительства по улучшению системы ПМСП в двух пилотных областях – Жезказганской и Семипалатинской. Эта стратегия включала реорганизацию существующих фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) и сельских врачебных амбулаторий (СВА) и создание на их базе семейных врачебных амбулаторий, подготовку врачей общей практики, способных оказывать базовую медицинскую помощь, а также модернизацию учреждений ПМСП, в которых они работают (World Bank, 2002).

В качестве первого шага в направлении создания института врача общей практики было организовано несколько семейных врачебных амбулаторий. Конечной целью было объединение в одном учреждении врачей ПМСП: терапевтов (помощь взрослым), педиатров (помощь детям) и гинекологов (помощь женщинам). В некоторых сельских регионах ФАП, СВА и СУБ образовывали территориальные медицинские центры, или центры ПМСП. В городской местности было создано несколько семейных врачебных амбулаторий, в которых работали терапевты, акушеры-гинекологи и педиатры. Семейные врачебные амбулатории могут располагаться как в отдельных помещениях, так и при поликлиниках. В 1997 г. в Казахстане насчитывалось 172 семейные врачебные амбулатории в сельской местности и 87 в городской (UNDP, 1997). Впоследствии в нормативно-правовую базу были внесены изменения, в соответствии с которыми базовой моделью ПМСП должны стать поликлиники смешанного типа, хотя

семейные врачебные амбулатории также функционируют и считаются долгосрочной моделью оказания ПМСП в стране.

Постановлением Правительства Республики Казахстан № 1304 от 28 декабря 2005 г. «О мерах совершенствования первичной медико-санитарной помощи населению Республики Казахстан» предусматривается поэтапное замещение участковых терапевтов и педиатров подготовленными и переподготовленными врачами общей практики на всей территории страны.

Как уже говорилось, организация оказания ПМСП в городской и сельской местности различна. В городах этим занимаются семейные врачебные амбулатории, поликлиники смешанного типа и специализированные поликлиники, а специализированную помощь оказывают поликлиники. В сельской местности ПМСП оказывают ФАП и СВА, а первичную и базовую специализированную помощь – сельские участковые больницы.

В городской местности

В городских поликлиниках оказывают как первичную, так и специализированную амбулаторно-поликлиническую помощь. Городские поликлиники – это либо самостоятельные учреждения, либо входящие в состав больниц. Это довольно крупные медицинские учреждения, в которых работают врачи 10–20 специальностей и предоставляются диагностические и лабораторные услуги. Существует три вида поликлиник: взрослые, детские и поликлиники, оказывающие услуги в области охраны репродуктивного здоровья. В этой связи многим семьям приходится обращаться в несколько различных поликлиник, расположенных в разных местах. Врачи ПМСП, работающие в поликлиниках (в основном это терапевты, педиатры и гинекологи), обслуживают прикрепленный к их участку контингент в количестве 1500–1800 человек. В советское время пациенты были прикреплены к участковым врачам по месту жительства.

Несмотря на большое количество специализированных поликлиник, в стране поощряется организация поликлиник смешанного типа (т. е. обслуживающих одновременно и взрослых, и детей и предоставляющих услуги в области охраны репродуктивного здоровья), и в некоторых городах таких поликлиник довольно много. Число врачей общей практики и семейных врачебных амбулаторий в последние годы также возросло (см. табл. 6.2).

Таблица 6.2. Учреждения ПМСП, 2004–2006 гг.

	2004	2005	2006
Число семейных врачебных амбулаторий	120	155	210
Число врачей общей практики	639	730	991

Источник: Министерство здравоохранения, из личной беседы, 2006.

В сельской местности

В 2006 г. в стране был 6941 сельский населенный пункт, где проживало 7,78 млн человек. ПМСП в этих населенных пунктах оказывали 4782 центра ПМСП, в которых работали фельдшеры, помощники врачей и/или акушерки, 1282 семейные врачебные амбулатории, 231 СУБ и 179 ЦРБ.

В советское время первым пунктом контакта сельского населения с системой здравоохранения был фельдшерско-акушерский пункт (ФАП). Обычно ФАП представлял собой небольшое помещение из нескольких комнат, где работали один – три медработника: фельдшер, акушерка и медсестра. Они оказывали населению простейшую медицинскую помощь, дородовой и послеродовой уход (роды обычно происходили в ближайшей больнице), занимались базовой профилактикой заболеваний (например, проводили иммунизацию) и санитарным просвещением, а также отпуском лекарств по рецепту врача. В ФАП регулярно приезжали врачи из ближайших СВА, поликлиники или ЦРБ. ФАП обслуживали население примерно в 700–1000 человек. Сейчас эта система пришла в полный упадок. Многие ФАП находятся в неудовлетворительном состоянии, в них отсутствует самое необходимое оборудование и медикаменты, персонала не хватает. Во многих ФАП отсутствует водопровод, электричество и санитария. В середине 1990-х гг. число ФАП уменьшилось, но в последние годы многие ФП и ФАП были восстановлены (Министерство здравоохранения, 2004).

С 2006 г. Министерство здравоохранения ввело новый тип сельского медицинского учреждения на базе ФАП – медицинские пункты. Они крупнее ФАП и предоставляют более широкий спектр услуг.

В СВА в сельской местности обычно работают терапевт, педиатр, медсестра и акушерка, иногда – хирург и стоматолог. Они подчиняются районным органам управления здравоохранением. Врачи, работающие в СВА, в определенные дни приезжают проводить прием в ФП, а медики, работающие в ФП, в случае необходимости направляют пациентов в СВА. В табл. 6.3 приведены сведения о численности медицинских учреждений различных типов, которые функционировали в Казахстане в 2005–2006 гг.

Проблемы первичного звена в сельской местности

Одной из главных проблем системы здравоохранения Казахстана является обеспечение высококачественной медицинской помощи населению в сельской местности. Сельское здравоохранение в переходный период испытывало особенно сильный дефицит финансирования. Кроме того, с распадом многих колхозов и совхозов сельские медицинские учреждения (включая СУБ) не могли больше рассчитывать на их помощь, в том числе в натуральной форме (продукты, ремонт и эксплуатация зданий), которая в прежние годы была довольно значительной (Ensof & Savelyeva, 1998). До недавнего времени в некоторые сельские медицинские учреждения вообще не поставлялись медикаменты, а помещения и оборудование находились в неудовлетворительном состоянии.

Другими проблемами, связанными с доступностью медицинской помощи в сельских регионах Казахстана, являются отсутствие транспортного сообщения (общественного и частного) между удаленными деревнями и районными центрами, а также нехватка врачей. В насто-

Таблица 6.3. Учреждения ПМСП в сельской местности, 2005–2006 гг.

	2005	2006
Число фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП)	1287	1013
Число фельдшерских пунктов (ФП)	2738	1813
Число медицинских пунктов	0	1229
Число медсестер и/или фельдшеров, работающих в сельской местности, без содержания отдельных помещений	804	611

Источник: Министерство здравоохранения, из личной беседы, 2006.

ящее время последнее обстоятельство только усугубляется, что обусловлено двумя факторами: во-первых, низкой зарплатой врачей, а во-вторых, невосполняемостью кадров: старшее поколение врачей выходит на пенсию, а новые выпускники медицинских учебных заведений не желают работать в сельской местности. В 1999 г. более чем в 1200 деревнях и мелких населенных пунктах не было своих медицинских учреждений. Постановлением Правительства Республики Казахстан № 472 «О мерах по улучшению первичной медико-санитарной помощи сельскому населению» от 26 апреля 1999 г. были установлены минимальные стандарты оказания государственной медицинской помощи в сельской местности. К 2002 г. система ПМСП была расширена в целях охвата всего населения страны (Министерство здравоохранения, 2002). В соответствии с рекомендациями, содержащимися в этом Постановлении, в 88 сельских районах из 8 областей были созданы департаменты здравоохранения.

Учреждения ПМСП в основном размещены в непригодных, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям помещениях (в сельской местности в 2004 г. таких было более 70%). В том же году оснащенность современным медицинским оборудованием и санитарным автотранспортом составляла менее 50%. Только 36% объектов ПМСП в сельской местности были телефонизированы. Не во всех объектах сельского здравоохранения была организована реализация лекарственных средств. Кроме того, среди существующих зданий и сооружений в сейсмоопасных регионах республики не соответствовали установленным нормам и подлежали усилению или сносу 447 учреждений здравоохранения (Министерство здравоохранения, 2004).

Сельское здравоохранение испытывает сильнейший дефицит финансирования и кадровые проблемы. Без действенных механизмов закрепления на селе квалифицированных молодых специалистов эта ситуация, по всей вероятности, будет только усугубляться.

6.3. Специализированная/стационарная медицинская помощь

Специализированную и высокоспециализированную медицинскую помощь оказывают следующие виды учреждений:

поликлиники – самостоятельные или амбулаторные подразделения больниц, оказывающие как ПМСП, так и специализированную амбулаторную помощь. Городские поликлиники имеют свое руко-

водство и обычно собственный штат, отдельный от больничного. Большинство поликлиник являются государственными; многие располагают собственным коечным фондом, позволяющим оказывать услуги дневного стационара или при более длительной госпитализации. В 1990-х гг. число поликлиник сократилось – частично в связи с закрытием больниц, при которых они работали, но также и из-за того, что услуги ПМСП сейчас выводят из сферы деятельности поликлиник;

сельские участковые больницы (СУБ) примерно на 20–25 коек использовались для оказания неотложной помощи в несложных случаях, базовой специализированной помощи и услуг по охране материнства. Они служили в качестве стационарной базы сельского здравоохранения и оказывали также амбулаторную помощь населению. Многие здания, в которых располагаются СУБ, в настоящее время сильно обветшали; оборудования и медикаментов не хватает. В период с 1991 по 1997 г. количество СУБ уменьшилось с 830 до 208 (Kulzhanov & Healy, 1999). Из-за этого доступность медицинской помощи для сельского населения ухудшилась;

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;

областные/городские больницы рассчитаны на 600–1000 коек и оказывают широкий спектр услуг специализированной медицинской помощи; технологически оснащены намного лучше, чем ЦРБ. 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, кардиологические, туберкулезные, психиатрические, неврологические, онкологические больницы, кожно-венерологические диспансеры и родильные дома;

республиканские больницы и научно-исследовательские институты оказывают высокоспециализированную 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 Астане, в том числе НИИ онкологии, НИИ акушерства и гинекологии, НИИ педиатрии, НИИ психиатрии и НИИ тубер-

кулеза. На момент составления данного обзора в Астане велось строительство шести новых специализированных медицинских центров (Правительство Республики Казахстан, 2007а).

Проблемы, связанные с оказанием специализированной медицинской помощи

Во многих больницах стандарты медицинского обслуживания очень низкие. Это обусловлено неудовлетворительным техническим состоянием больниц и отсутствием в них самых необходимых медицинских материалов, в частности антисептиков. Стационарная помощь пока еще не стандартизирована (за исключением республиканских учреждений), система оценки ее качества несовершенна (Министерство здравоохранения, 2004).

Как уже говорилось (см. главу 5), в Казахстане средняя продолжительность пребывания в стационаре по сравнению с 1991 г. уменьшилась, но пока еще существенно выше, чем в странах Западной Европы. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, большинство заболеваний у детей до 5-летнего возраста можно эффективно лечить в амбулаторных условиях, однако в Казахстане более 60% детей этого возраста поступают на стационарное лечение. Пока что методы интегрированного ведения болезней детского возраста в целях сокращения уровня госпитализаций применяются лишь в нескольких пилотных учреждениях (Министерство здравоохранения, 2004). Проведенная в 2002 г. оценка уровня детской стационарной помощи в Казахстане, Республике Молдова и Российской Федерации показала, что в этих странах зачастую практикуется ненужная и излишне продолжительная госпитализация и что большинство детей получают избыточное и неэффективное лечение (Duke, Keshishyan et al., 2006). В Казахстане издано более 200 указов и постановлений, касающихся охраны здоровья детей, в результате чего существует множество всевозможных методов и практик при отсутствии стандартизации медицинской помощи. Кроме того, многие из этих постановлений уже устарели и не соответствуют международным стандартам (Duke, Keshishyan et al., 2006).

Высокий уровень госпитализации детей в Казахстане обусловлен несколькими факторами. Одной из главных причин является низкая экономическая доступность лекарственных средств при амбулаторном лечении (Министерство здравоохранения, 2004). Другая причина связана с применением устаревших протоколов лечения, которые

до сих пор не отменены и предусматривают более длительную госпитализацию, чем во многих западноевропейских странах, например, в случае родов или при лечении туберкулеза. Наконец, еще одной причиной того, что пациенты стремятся получить стационарную помощь, является низкое качество услуг первичного звена.

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. предусматривает ряд мер по улучшению стационарного обслуживания населения (Министерство здравоохранения, 2004), в том числе:

- повышение квалификации врачебного и среднего персонала;
- материально-техническое перевооружение больничных организаций;
- конкретизацию программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи в стационарном секторе;
- стандартизацию медицинских услуг путем внедрения протоколов диагностики и лечения, основанных на принципах доказательной медицины.

В программе указано также, что для повышения качества оказания квалифицированной специализированной медицинской помощи жителям отдаленных и труднодоступных населенных пунктов необходимо развивать санитарную авиацию, мобильную связь и телемедицину (Министерство здравоохранения, 2004).

6.4. Скорая и неотложная помощь

Службы скорой помощи работают круглосуточно. Это либо отдельные станции скорой помощи, либо 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. Сведения о проведенном лечении направляются врачу в учреждение ПМСП, к которому прикреплен пациент. Службы скорой 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.

На момент составления данного обзора в стране предпринимались меры по модернизации службы скорой помощи. Так, для служб скорой помощи в Алматы была 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 в среднем не превышает одной минуты), повысить число отвеченных звонков и улучшить качество работы службы скорой помощи в целом. На момент составления данного обзора планировалось создание в Алматы единой информационной сети для всех медицинских учреждений.

6.5. Фармацевтическая помощь

В настоящее время Казахстан сильно зависит от импорта фармацевтической продукции. Функции государства в области регулирования и контроля за качеством импортируемых лекарственных средств и медицинского оборудования развиты относительно слабо. Результатом этого являются закупки оборудования по завышенным ценам и использование лекарственных средств и оборудования низкого качества (Министерство здравоохранения, 2004). Не ведется на должном уровне мониторинг побочных эффектов, контроля качества, использования, цен и доступности лекарственных средств (Министерство здравоохранения, 2004).

Нарастают проблемы фальсификации лекарственных средств, агрессивной рекламы лекарственных средств и биологически активных добавок. Отсутствуют эффективные меры государственного контроля за рецептурным отпусканием лекарственных средств. В целом в фармацевтической и медицинской промышленности республики нет субъектов, соответствующих международным стандартам производства (Министерство здравоохранения, 2004). По некоторым оцен-

кам, около половины всех лекарственных средств импортируется в страну нелегально.

Недавно была одобрена Концепция лекарственной политики Республики Казахстан, отражающая направления развития фармацевтической отрасли. Разработаны основные нормативные правовые акты, регулирующие сферу обращения лекарственных средств. Восстановлена вертикаль государственного регулирования фармацевтической отрасли. С созданием Комитета фармации Министерства здравоохранения упорядочена деятельность по обеспечению контроля качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Производство и распространение лекарственных средств

После обретения Казахстаном независимости в 1991 г. система поставок практически развалилась, но в настоящее время дефицит поставок преодолен. В период между 1992 и 1994 гг. в Казахстане был создан фармацевтический рынок, что сопровождалось либерализацией цен. В 1995–1999 гг. были легализованы частные фармацевтические предприятия. Индустрия распространения лекарственных средств в основном перешла в частные руки, а государственная компания «Фармация» прекратила свое существование. Годовой оборот фармацевтического рынка страны составляет около 300 млн долларов США. Ограничения цен на лекарства были введены только недавно.

С 2000 г. правительство оказывает активное содействие развитию фармацевтического рынка, и в настоящее время в Казахстане он один из самых динамичных на всем постсоветском пространстве. Этому способствовало быстрое экономическое развитие страны, отмена НДС на лекарства и благоприятный инвестиционный климат.

В последние годы система распространения фармацевтической продукции и лекарственных средств изменилась: она стала децентрализованной, и в ее основе лежат договорные отношения.

Главными участниками фармацевтического рынка являются: Министерство здравоохранения, Комитет фармации, фармацевтической и медицинской промышленности с его 16 территориальными филиалами, Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники с его 15 территориальными филиалами, 28 организаций по сертификации лекарственных средств, фармацевтические компании, аптеки, государственные и частные учреждения, а также население.

Организацией фармацевтической помощи занимаются несколько регулирующих органов (Katsaga & Zuez, 2006, из неопубликованного). К компетенции Министерства здравоохранения относятся следующие вопросы:

- разработка государственной лекарственной политики;
- утверждение перечня основных (жизненно важных) лекарственных средств;
- организация межотраслевой и внутриотраслевой координации в области лекарственного обеспечения;
- разработка и утверждение перечня видов заболеваний и отдельных категорий 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.

К компетенции Комитета фармации, фармацевтической и медицинской промышленности при Министерстве здравоохранения относятся следующие вопросы:

- реализация национальной политики в области распространения лекарственных средств;
- осуществление государственной регистрации, перерегистрации и отзыва решений о государственной регистрации лекарственных средств, а также выдача разрешений на использование лекарственных средств в медицинской практике;
- осуществление надзора и контроля за фармацевтической деятельностью юридических и физических лиц в области распространения лекарственных средств;
- выдача лицензий на осуществление подлежащих лицензированию видов деятельности и осуществление государственного контроля за соблюдением законодательства держателями лицензий;
- выдача разрешений на производство рекламы лекарственных средств;
- координация импорта и экспорта лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения;

- организация и развитие международного сотрудничества в области распространения лекарственных средств.

К компетенции Национального центра экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники при Министерстве здравоохранения относятся следующие вопросы:

- сертификация лекарственных средств;
- контроль качества и биологической эквивалентности лекарственных средств;
- ведение документации, касающейся побочных эффектов.

К компетенции Комитета по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков при МВД Республики Казахстан относятся следующие вопросы:

- реализация государственной политики в области борьбы с наркобизнесом и контролем за оборотом наркотиков;
- лицензирование деятельности, связанной с производством и оборотом наркотических веществ;
- координация контроля за нелегальным использованием наркотических, психотропных веществ и прекурсоров;
- определение потребностей Республики Казахстан в наркотических веществах для их последующего утверждения Международным комитетом по контролю над наркотиками.

В 2005 г. в Казахстане функционировало примерно 80 представительств фармацевтических компаний и более 350 дистрибьюторов лекарственных средств. Среди них были такие компании, как «Медсервис плюс», «Стофарм», «Amity International», «Комба», «Алфарма», «Инкар», «МТ-фарм», каждая из которых производит более 3000 наименований фармацевтической продукции.

В фармацевтическом секторе было создано несколько НПО, 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 Республике Казахстан, 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.

В 2005 г. в стране было 8426 фармацевтических организаций, включая 3800 аптек, 1401 аптечный пункт, 1683 аптечных киоска и 591 склад фармацевтических препаратов. Распространением и продажами фармацевтической продукции в основном занимаются частные фирмы, и в 2006 г. доля госсектора была сокращена до 4,2% (Министерство здравоохранения, 2007b). В городской местности концентрация аптек выше (см. табл. 6.4). В 2006 г. число розничных аптек на 10 000 населения в городской местности составляло 6,8, а в сельской – 3,6 (Министерство здравоохранения, 2007b). Наибольшим этот показатель был в г. Алматы – 10,5 на 10 000 населения, а наименьший – 2,3 на 10 000 населения – в сельских районах Павлодарской области.

В начале 1990-х гг. местная фармацевтическая промышленность была представлена всего несколькими предприятиями, производившими ограниченный ассортимент лекарственных средств. На долю местной фармацевтической продукции в 1997 г. приходилось всего 2%, а в 1998 г. – 4%. В 2001 г. местная промышленность обеспечивала всего 6% годового объема потребления фармацевтической продукции, который составлял 300 млн долларов США (Министерство здравоохранения, 2002).

Как и соседний Узбекистан (Ahmedov, Azimov et al., 2007), Казахстан оказывает содействие развитию отечественной фармацевтической промышленности. Принятый в мае 2002 г. закон «О государственных закупках» содержит положения, согласно которым отечественным производителям и небольшим предприятиям – потенциальным поставщикам предоставляется приоритет в процессе организации государственных закупок. В соответствии с этим законом доля отечественной фармацевтической продукции и изделий медицинского назначения в общем объеме государственных закупок в секторе здравоохранения должна увеличиться до 25%, что будет сопряжено со значительным ростом местного фармацевтического производства.

В 2005 г. в Казахстане было 115 местных производителей фармацевтической продукции, в том числе «Химфарм» (годовой оборот которого составляет 2,5 млрд тенге), экспортирующий свою продукцию в другие республики бывшего СССР и в страны Западной Европы. К концу 2005 г. в Казахстане было зарегистрировано 6918 наименований фармацевтической продукции от 873 производителей из

Таблица 6.4. Сеть организаций розничной продажи фармацевтической продукции (аптеки, аптечные пункты и киоски), январь 2005 г.

Область	В абсолютных цифрах			На 10 000 населения		
	Всего	В городской местности	В городской местности	Всего	В городской местности	В городской местности
Акмолинская	442	194	248	6,20	10,7	4,4
Актюбинская	336	274	62	5,00	7,40	2,00
Алматинская	616	273	343	3,95	8,06	2,82
Атырауская	248	156	92	5,30	5,40	4,80
Восточно-Казахстанская	949	534	415	7,60	7,98	7,01
Жамбылская	423	279	144	4,00	6,00	3,00
Западно-Казахстанская	223	133	90	7,80	5,50	2,30
Карагандинская	688	570	118	5,20	5,10	5,50
Костанайская	452	303	149	4,98	6,07	3,65
Кызылординская	226	140	86	3,36	3,29	3,46
Мангистауская	149	128	21	4,57	5,30	2,40
Павлодарская	338	292	46	4,54	6,00	1,78
Северо-Казахстанская	419	149	270	6,30	6,10	6,40
Южно-Казахстанская	689	344	345	3,09	6,08	2,12
г. Алматы	1096	1096	0	9,00	9,00	–
г. Астана	324	324	0	5,40	5,40	–
Всего	7618	5189	2429	5,39	6,46	3,22

Источник: Материалы Агентства Республики Казахстан по статистике, с 2005 г.

59 стран. Большая часть импорта из стран СНГ поступает из Российской Федерации. Доля фармацевтической продукции, производимой в Казахстане, составляла 19,4% от общего числа зарегистрированных наименований фармацевтической продукции. Однако с точки зрения объемов фармацевтической продукции Казахстан по-прежнему

му сильно зависит от импорта, на долю которого в 2005 г. приходилось 94% потребляемой фармацевтической продукции. Развитию местной фармацевтической промышленности препятствует отсутствие современных технологий, отвечающих стандартам GMP (Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств). В настоящее время с казахскими производителями фармацевтической продукции работает ряд международных организаций, которые оказывают содействие во внедрении западных технологий производства лекарственных средств. К таким организациям относятся, в частности, Германское агентство по техническому сотрудничеству, ТАСИС, ЮСЭЙД и ВОЗ.

Рациональное использование лекарственных средств

В советской системе здравоохранения лекарства были доступны, и их использование поощрялось. Существовал очень большой перечень зарегистрированных лекарственных препаратов, но многие из них невозможно было идентифицировать по международным классификационным категориям. В 1990-х гг. во всех странах Центральной Азии в соответствии с рекомендациями ВОЗ были составлены перечни основных (жизненно важных) лекарственных средств. В Казахстане такой перечень был составлен и утвержден в 1995 г. Комитетом по здравоохранению. В 1998 г. этот перечень включал 290 наименований. Самый последний перечень основных лекарственных средств, составленный с учетом рекомендаций ВОЗ, был утвержден Министерством здравоохранения в 2004 г. Однако государственное регулирование в сфере обращения лекарственных средств охватывает только перечень основных лекарственных средств, в связи с чем на рынке присутствует огромное количество лекарственных препаратов.

Доступность лекарственных средств

Приватизация в фармацевтическом секторе, либерализация цен и отсутствие ограничений и механизмов ценового регулирования привели к постепенному росту цен на фармацевтическую продукцию, в результате чего для большинства населения многие лекарственные средства стали экономически недоступны. Реформы фармацевтического сектора привели к уменьшению доступности лекарственных средств, в осо-

бенности для уязвимых групп населения (Министерство здравоохранения, 2004). Многим пациентам приходится за свой счет приобретать лекарства, даже находясь на лечении в стационаре, хотя официально лекарства должны быть обеспечены за счет больницы. Исследование цен и наличия 85 медикаментов в 21 аптеке г. Караганды, проведенное в 2000–2001 гг., показало, что ситуация, касающаяся наличия лекарственных средств в аптеках, в целом удовлетворительна, но цены в различных аптеках отличались довольно сильно и, как правило, были выше указанных в Международном справочнике цен на лекарственные средства (Hafner, Nurghozin et al., 2002). В Казахстане была принята новая лекарственная политика, отражающая направления развития фармацевтической отрасли. Разработаны основные нормативные правовые акты, регулирующие сферу обращения лекарственных средств и предусматривающие льготное лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении по утвержденному перечню лекарственных средств.

Беспокойство вызывает свободная продажа антибиотиков. Как и во многих других странах бывшего СССР, в Казахстане антибиотики зачастую отпускаются без рецепта врача. И хотя постановлением № 118 Комитета по здравоохранению от 5 марта 1999 г. продажа антибиотиков без рецепта была запрещена, на практике это постановление соблюдается не всегда. Это создает проблемы, так как способствует развитию у пациентов резистентности к антибиотикам (Hafner, Nurghozin et al., 2002).

6.6. Реабилитационная и долговременная помощь

В республиках бывшего СССР, в том числе и в Казахстане, система долговременной помощи была развита слабо, поскольку большую часть немедицинской помощи оказывали либо в условиях стационара, либо на дому силами членов семьи. В большинстве европейских стран политика здравоохранения нацелена на переход от стационарной помощи при неострых состояниях к помощи, организованной силами местной общины. Такой уход может быть обеспечен в домах для престарелых, в дневных стационарах или силами работников служб по уходу на дому (включая, например, приготовление еды и уход за престарелыми или инвалидами). Поскольку в Казахстане не очень хорошо развита система организации долговременной помощи, то многие пациенты получают такой уход в больницах и находят-

ся там в течение более длительного времени, чем это необходимо, так как на уровне местной общины организовать надлежащий уход на дому не представляется возможным. С закрытием многих СУБ забота по уходу за пациентами, которые ранее находились в больницах, легла на членов их семей.

Организацией долговременной помощи в Казахстане занимаются Министерство здравоохранения, Министерство труда и социальной защиты населения, Министерство образования, а также НПО и общественные организации. Законодательной базой для организации долговременной помощи являются закон «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» от 21 июня 1991 г., закон «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» от 19 мая 1997 г. и закон «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» от 11 июля 2002 г. В статье 15 закона «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» одним из видов медицинской помощи, оказываемой населению, названа медико-социальная помощь. В этом законе указано, что:

«Медико-социальная помощь включает систему мер по созданию и развитию сети организаций медико-социального типа, предоставлению жилищно-бытовых льгот, обеспечению выполнения работодателями медицинских рекомендаций по оздоровлению работающих, организации рационального режима труда и питания».

В статье 16 этого же закона указано, что «гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, медико-социальная помощь, диспансерное наблюдение оказываются бесплатно или на льготных условиях».

Перечень «социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих» определен Постановлением Правительства Республики Казахстан № 468 от 30 марта 2000 г. 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,

железодефицитная анемия, бронхиальная астма, инфаркт миокарда (первые шесть месяцев) и состояния после операции на жизненно важных органах. К перечню «заболеваний, представляющих опасность для окружающих» были отнесены: туберкулез, психические и венерические заболевания, лепра, ВИЧ/СПИД, а также карантинные инфекции.

Пациенты, относящиеся к любой из этих категорий, имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении. Младенцы в возрасте до одного года, находящиеся на смешанном или искусственном вскармливании, а также дети в возрасте до трех лет со специальными потребностями в питании, имеют право на бесплатное обеспечение продуктами детского и лечебного питания.

В Казахстане есть несколько домов для проживания престарелых, которые находятся в ведении областных администраций, но домов для престарелых с медицинским обслуживанием в республике очень мало. В 1990-е гг. число НПО увеличилось, но они не очень активно занимаются вопросами социальной помощи, которая считается обязанностью членов семьи. Долговременную психиатрическую помощь оказывают в областных психиатрических больницах.

Согласно закону «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» все инвалиды обеспечиваются протезно-ортопедическими изделиями и обувью бесплатно или на льготных условиях в соответствии с порядком, устанавливаемым уполномоченным государственным органом Республики Казахстан. В приказе министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 2 апреля 1998 г. № 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.

В настоящее время в стране действует три протезно-ортопедических центра, которые расположены в Алматы, Петропавловске и Семипалатинске. Их деятельность финансируется из средств республиканского бюджета. В 2004 г. они оказали услуги 16 000 человек. Однако исследование потребностей лиц с ограниченными возможностями показало, что в слуховых аппаратах нуждается более 94 000 человек, а более 18 000 человек с нарушениями зрения не имеют очков. Обеспечение населения средствами для восстановления способности двигаться финансируется из местных бюджетов. В 2002 г. было закуплено 1798 инвалидных колясок, но для обеспечения реальных потребностей населения этого количества явно не хватает.

В июле 2003 г. в Казахстане было зарегистрировано 409 000 инвалидов, что составляет примерно 3% населения страны. Около трети инвалидов – лица трудоспособного возраста. И хотя число новых случаев наступления инвалидности на 100 000 населения уменьшилось по сравнению с максимальным (170,3 в 1992 г.) до 65,5 в 2005 г. (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007), общее количество детей-инвалидов остается высоким – в 2003 г. их было 471 на 100 000.

Помощь труднообучаемым детям относится к компетенции Министерства образования. Детей с нарушением психического или физического развития зачастую помещают в специализированные учреждения, а большинство соответствующих положений законодательства по-прежнему носят декларативный характер и не получают финансовой поддержки государства. В 2004 г. в стране было 75 школ-интернатов для детей с нарушениями в развитии, в которых находилось в общей сложности 17 000 детей, и 103 коррекционные школы, в которых обучалось 19 000 детей. На домашнем обучении находилось 3448 детей-инвалидов. В настоящее время в детских садах и начальных школах Караганды и Семипалатинска делаются первые шаги в направлении организации инклюзивного образования. Но в 2005 г. в Казахстане в специальных учреждениях находилось 1776 детей на 100 000 населения в возрасте до 17 лет; это показатель все еще очень высокий (UNICEF, 2007).

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 более 13 лет.

Во многих областях НПО в сотрудничестве с учителями, работниками здравоохранения и психологами оказывают помощь родителям детей со специальными потребностями. В 2004 г. в стране действовало около 38 НПО, занимающихся проблемами детей-инвалидов, в том числе Казахстанский филиал Special Olympics, Ассоциация родителей детей-инвалидов (АРДИ), центр поддержки глухих инвалидов «Умит», центр социальной интеграции «Кенес» и Лига по опеке инвалидов и детей с нарушением психофизического развития «Ак-Бота».

Есть также ряд общественных организаций, объединяющих лиц с ограниченными возможностями: Казахстанское общество глухих, Казахстанское общество слепых, Казахстанское республиканское общество инвалидов войны в Афганистане, ассоциация женщин-инвалидов «Ширак», общество женщин-инвалидов, имеющих на иждивении детей, «Биби-Ана», ассоциация инвалидов, имеющих высшее образование, «Намыс» и Азиатское общество по правам инвалидов «Жан».

6.7. Паллиативная помощь

Паллиативная помощь определяется как комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни больного и его семьи, столкнувшихся с проблемами, связанными с наличием угрожающего жизни заболевания (WHO, 2007a). В Казахстане не выработано ни систематического подхода, ни национальной политики в области организации паллиативной помощи. Информацию об услугах или проектах по оказанию паллиативной помощи найти почти невозможно (EOLC-Observatory, 2002). В 2005 г. в Казахстане было пять хосписов, две бригады паллиативной помощи на дому (при хосписах Павлодара и Алматы) и пять дневных стационаров (EOLC-Observatory, 2007). Как уже говорилось, лечением ВИЧ/СПИД и оппортунистических заболеваний, а также оказанием паллиативной помощи больным в терминальной стадии должны заниматься больницы, туберкулезные центры и онкологические диспансеры (WHO, 2005b). Некоторые руководители программ по борьбе с туберкулезом стараются лоббировать вопрос о создании специальных хосписов для пациентов с тяжелыми формами туберкулеза, такими как хроническая форма туберкулеза и МЛУ-ТБ.

6.8. Охрана психического здоровья

На Европейской конференции ВОЗ по охране психического здоровья, которая состоялась в 2005 г. в Хельсинки, от имени министров здравоохранения 52 стран-участниц, включая Казахстан, были приняты и подписаны Европейская декларация по охране психического здоровья и Европейский план действий по охране психического здоровья. Эти документы стали стимулом для развития системы охраны психического здоровья в странах Европейского региона ВОЗ. Среди приоритетных направлений, указанных в плане действий, есть «разработка и реализация комплексных, интегрированных и эффективных систем охраны психического здоровья населения, включающих мероприятия по его укреплению, профилактике, лечению и реабилитации, уходу и восстановлению» (WHO, 2005a).

Официально в Казахстане гарантирован доступ к широкому спектру услуг, включая «консультации и диагностику, лечение, профилактическую психиатрическую помощь и реабилитацию в стационарных и амбулаторных условиях» (Appelbaum, 1998). В целях ре-

интеграции лиц с нарушениями психики в общество, в законодательстве Казахстана предусмотрено требование о создании государством «специальных производственных подразделений, цехов и секций с облегченными условиями труда для проведения занятий по трудотерапии, профессиональному обучению и организации занятости для лиц, страдающих нарушениями психики» (Appelbaum, 1998), а также обязательные квоты для приема на работу лиц с нарушениями психики (Appelbaum, 1998). Однако на практике эти положения не реализуются в полной мере.

В соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 марта 2000 г. № 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. Как уже говорилось, 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.

6.9. Стоматологическая помощь

Как уже говорилось, в Казахстане, как и в других республиках бывшего СССР, большую часть стоматологической помощи оказывают в частном секторе. В 2004 г. в стране насчитывалось около 3000 стоматологических клиник, 95% из которых было частными, а 5% – государственными. Самые крупные и лучше всего оснащенные стоматологические клиники находятся в Алматы и в Астане, в том числе государственные республиканские центры и некоторые частные клиники (Daris TTE, «Дента Люкс» и БАВИ). Крупные отечественные нефтяные и газовые компании также имеют собственные стоматологические центры; они относительно хорошо оснащены и оказывают широкий спектр стоматологических услуг (Commercesap, 2004). Однако данные о доступности стоматологической помощи для широких слоев населения и о показателе КПУз (число кариозных, пломбированных или удаленных зубов в возрасте 12 лет) отсутствуют.

По законодательству Казахстана вся стоматологическая продукция, импортируемая на территорию страны, должна быть зарегист-

рирована в Министерстве здравоохранения. 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).

Общий объем импорта стоматологического оборудования и материалов в Казахстане в 2004 г. достигал 8 млн долларов США. Возможности местной промышленности ограничены; в основном это производство зубного цемента и пломбировочного материала. Качество местной продукции считается низким; все высококачественное современное оборудование, материалы и инструменты импортируются (Commercesan, 2004).

В 1991 г. был создан профессиональный союз стоматологов – Казахстанская стоматологическая ассоциация (КСА), которая представляет и защищает профессиональные интересы стоматологов. В КСА входят объединения хирургов, стоматологов, химиков-фармацевтов и других специалистов; она сотрудничает с аналогичными организациями из других стран и в 1997 г. стала членом Всемирной ассоциации стоматологов (FDI). Головной офис КСА находится в Алматы, а региональные отделения – во всех областях страны. КСА организовала и провела несколько международных конференций, в том числе научно-практическую конференцию «Стоматологическая помощь сельскому населению Республики Казахстан», которая состоялась в 2001 г., Международный научный форум «Стоматология Казахстана» в 2002 г., Казахстанскую международную стоматологическую выставку (KIDE) в 2002 г. и Международную стоматологическую выставку и научно-практическую конференцию KIDE в 2006 г. в Алматы.

6.10. Дополнительная и альтернативная медицина

В СССР дополнительная и альтернативная медицина была официально признана как отдельная медицинская специализация в 1977 г. и разрешена как элемент медицинской реабилитации. После обретения Казахстаном независимости в 1991 г. сектор альтернативной медицины стал расти очень быстро, в том числе лечение методами

корейской народной медицины. Помимо большинства традиционных методов, практикуемых в клинике корейской медицины в Алматы, недавно появились также два новых метода корейской медицины: суджок и суджи (Penkala-Gawecka, 2002). С 4 по 12 сентября 2003 г. в Алматы состоялась Международная конференция «Электромагнитные поля и здоровье человека».

Рост популярности дополнительной и альтернативной медицины в Казахстане обусловлен в целом положительным отношением 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).

7. Основные реформы в области здравоохранения

Как уже отмечалось ранее, определенные мероприятия по реформированию здравоохранения в Казахстане были начаты еще в советское время, в 1989 г., в пяти регионах страны в порядке эксперимента по внедрению нового хозяйственного механизма. Но в 1990 г. этот эксперимент был закончен, и до середины 1990-х гг. реформ здравоохранения в стране не проводилось. В условиях сильнейшего экономического кризиса, который наступил в 1991 г. в связи с распадом СССР, главным приоритетом страны стало развитие экономики в целом. И только после реализации основных экономических реформ вопросы человеческого развития снова стали одним из первоочередных вопросов повестки дня.

Необходимость реформ здравоохранения в Казахстане была вызвана несколькими факторами: ухудшением состояния здоровья населения, крахом бюджета здравоохранения и ростом неформальных платежей за медицинские услуги, чрезмерной ориентированностью на стационарную помощь и неудовлетворенностью общества системой здравоохранения. Кроме того, на реформах настаивали международные организации, оказывающие Казахстану донорскую помощь. Проводимые в то время реформы характеризовались отсутствием стратегического руководства и последовательности в их осуществлении. Процесс реформ характеризовался фрагментарностью: в различных областях страны реализация реформ проходила по-разному, многие проекты проводились только на областном уровне, без какой бы то ни было координации на национальном уровне.

Частная практика была разрешена в 1991 г. Многие стоматологи и фармацевты стали частнопрактикующими врачами, хотя доля частнопрактикующих врачей в общем количестве врачей осталась достаточно небольшой.

В разработанной Министерством здравоохранения в 1992 г. Концепции реформы системы здравоохранения предусматривалось проведение следующих реформ:

- создание системы медицинского страхования;
- децентрализация управления;
- сокращение коечного фонда больниц;
- приоритетность первичного звена;
- обеспечение права медицинских работников здравоохранения на занятие частной практикой;
- обеспечение права пациента на выбор врача;
- улучшение подготовки медицинских работников.

Однако серьезные реформы здравоохранения начались только во второй половине 1990-х гг. В период с 1995 по 1999 г. укрепление системы здравоохранения в Казахстане в основном характеризовалось введением, а затем отменой системы обязательного медицинского страхования, а также проведением реформ здравоохранения в пилотных областях. Жезказганская и Семипалатинская были основными областями, в которых проводились наиболее радикальные в Центральной Азии реформы здравоохранения до тех пор, пока в 1998 г. они не вошли в состав соответственно Карагандинской и Восточно-Казахстанской областей. Затем те реформы, которые ранее проводились в Жезказганской области, были введены, а впоследствии и расширены в Карагандинской области, которая в итоге стала главной пилотной областью проведения реформ здравоохранения в Казахстане. В Восточно-Казахстанской области реформы, проводившиеся в Семипалатинской, были приняты с меньшим энтузиазмом, хотя какие-то их элементы все же прижились, и в Семипалатинске проводилась большая работа по поддержанию реформ в первичном звене. В 1999–2000 гг. была предпринята попытка развернуть реформы, проводимые в Жезказганской и Семипалатинской областях, по всей территории страны. И хотя определенные успехи в этом направлении были достигнуты, в целом следует отметить, что этот шаг был преждевременным, так как на тот момент для проведения реформ здравоохранения в масштабе всей страны еще не было надлежащей норма-

тивно-правовой и материально-технической базы, а также необходимого кадрового потенциала. Кроме того, для успешного проведения реформ необходима была соответствующая подготовительная информационно-пропагандистская работа. В результате «маятник» реформ в области здравоохранения резко качнулся в обратную сторону, что вполне типично для условий Казахстана, и многие реформы, особенно в первичном звене, были свернуты.

В президентском послании 1997 г. «Казахстан 2030» изложены основы социальной политики страны (Президент Республики Казахстан, 1997), в том числе такие задачи политики в области здравоохранения, как формирование здорового образа жизни граждан, укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Правительством был учрежден Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, и начиная с декабря 1998 г. регулярно утверждаются очередные национальные программы формирования здорового образа жизни.

В указе Президента № 3956 от 16 мая 1998 г. «О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья граждан Республики Казахстан» (Президент Республики Казахстан, 1998) подробно освещены проблемы и приоритетные задачи страны в сфере здравоохранения, а также пути достижения поставленных целей к 2008 г. В этом документе были определены стратегия и более 20 количественных целевых показателей в области здравоохранения, носивших скорее общий, нежели конкретный характер.

В 1996 г. был создан Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), но в 1998 г. его упразднили. К 1998 г. ФОМС оказался в большом дефиците в силу того, что отчисления от фонда заработной платы оказались гораздо меньшими, чем ожидалось, и областные администрации не перечисляли средства на обязательное медицинское страхование социально уязвимых групп населения. В результате этого ФОМС оказался не в состоянии выполнить свои договорные обязательства перед поставщиками медицинских услуг. После российского экономического кризиса 1998 г. социальные льготы для всех групп населения были отменены, и в Казахстане вновь была введена жесткая схема бюджетного финансирования здравоохранения, а внебюджетные фонды – такие как ФОМС – прекратили свое существование. С 1999 г. единственным источником государственного финансирования здравоохранения стал республиканский бюджет.

В период с 2001 по 2004 г. условия не благоприятствовали проведению дальнейших реформ здравоохранения. Свертывание реформ в первичном звене и система децентрализованного распределе-

ния ресурсов на уровне района оказали серьезный негативный эффект. Очередной этап реформ здравоохранения был инициирован правительством и созданным недавно Министерством экономики и бюджетного планирования. Правительство намеревалось существенно увеличить бюджет здравоохранения и настаивало на проведении реформ, направленных на повышение эффективного использования возросших ресурсов отрасли в самом секторе. В 2004 г. была разработана Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг.

7.1. Реформы здравоохранения: настоящее и будущее

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. была принята указом Президента № 1438 от 13 сентября 2004 г. Основанием для ее разработки послужило послание президента народу Казахстана от 19 марта 2004 г. «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике и конкурентоспособной нации», ключевые положения которого были закреплены в «Программе Правительства Республики Казахстан на 2006–2008 гг.» (Правительство Республики Казахстан, 2007b). В отличие от предпринимавшихся ранее попыток разработки общей стратегии или плана развития сектора здравоохранения страны, эта государственная программа была создана при участии самого широкого круга заинтересованных сторон. Было сформировано несколько специальных рабочих групп и выделено достаточно времени для подробного и интенсивного политического диалога. Активное участие в разработке программы приняли представители донорских организаций – ВОЗ, ЮСЭЙД, Всемирного банка, ЮНИСЕФ и других международных организаций. Проводились открытые обсуждения положений программы, при этом были организованы отдельные совещания для доноров, НПО и образовательных учреждений. Эта программа в значительной степени способствовала стабилизации процесса реформ здравоохранения в Казахстане. Этот всесторонний и комплексный документ охватывает все основные компоненты системы здравоохранения.

Программа содержит критический анализ нынешнего состояния здоровья населения страны и системы здравоохранения, а также предложения по поэтапной реализации реформ с указанием источника их финансирования. Общая цель Государственной программы реформи-

рования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. состоит в создании эффективной системы оказания медицинской помощи, основанной на принципах солидарности, ответственности самих людей за охрану своего здоровья и приоритетности развития первичного звена здравоохранения. Национальная программа предусматривает развитие первичного звена путем системного поэтапного укрепления и развития института врача общей практики и развитие стационарного сектора посредством создания больниц общего профиля. После принятия государственной программы были разработаны соответствующие областные и городские программы реформирования и развития здравоохранения для всех областей (в общей сложности 16 программ). Эти программы были утверждены главами местных органов государственного управления и согласованы с Министерством здравоохранения. С точки зрения приоритетов и основных направлений развития они практически полностью повторяют государственную программу.

В программе определена совокупность необходимых мер, направленных на развитие доступной, качественной, социально ориентированной и экономически эффективной системы здравоохранения в Республике Казахстан. В качестве первоочередных в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. определены следующие задачи:

- реальный перенос центра тяжести на ПМСП, перенос акцента со стационарного на амбулаторное лечение;
- системный переход на международные стандарты, новые технологии, современные методики лечения и медицинского обслуживания;
- укрепление здоровья матери и ребенка;
- создание системы независимой экспертизы с привлечением независимых экспертов;
- обучение медицинских и управленческих кадров;
- профилактика, диагностика и лечение социально значимых заболеваний;
- укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения.

Финансирование сектора здравоохранения будет производиться по принципу единого плательщика. Министерство здравоохранения получит более широкие функции и полномочия, в частности по вопросам финансирования. В рамках Министерства здравоохранения

будет создан новый орган, который будет заниматься управлением и распределением ресурсов и закупками медицинских услуг у поставщиков.

Главными задачами Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. являются:

- разделение ответственности за охрану здоровья между государством и человеком;
- создание новой модели управления здравоохранением и единой информационной системы отрасли;
- укрепление здоровья матери и ребенка;
- ежегодное снижение уровня заболеваемости социально значимыми заболеваниями;
- реформирование медицинского образования.

Предусмотрено два этапа реализации программы. На первом этапе (2005–2007 гг.) предполагается решение следующих задач:

- разделение солидарной ответственности государства и граждан за охрану здоровья;
- определение программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению (ПГГ);
- работа с населением по формированию здорового образа жизни;
- перенос акцента со стационарной на первичную медико-санитарную помощь;
- финансово-административное отделение ПМСП от стационаров;
- укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, в первую очередь ПМСП;
- рационализация стационарной и скорой помощи;
- проведение мероприятий по укреплению здоровья матери и ребенка;
- усиление профилактических, диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий в области социально значимых заболеваний;
- обеспечение качества медицинских услуг путем создания системы независимой медицинской экспертизы;
- создание условий для конкуренции между медицинскими учреждениями;
- подготовка менеджеров и совершенствование управления ресурсами системы здравоохранения;

- качественное изменение системы подготовки и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров для работы в новой системе ПМСП;
- совершенствование нормативно-правовой базы системы здравоохранения;
- осуществление мероприятий по переходу к международным стандартам в здравоохранении;
- разработка и внедрение современных информационных технологий.

На втором этапе (2008–2010 гг.) будут осуществлены:

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

Финансирование

Программа предусматривает поэтапное повышение государственных расходов на здравоохранение до 4% от ВВП к 2010 г. На первом этапе (2005–2007 гг.) планируется разработка и принятие новой политики в сфере финансирования сектора. На втором этапе (2008–2010 гг.) планируется внедрение новой политики финансирования сектора. Новая политика финансирования здравоохранения будет направлена на повышение эффективности использования средств, привлечение дополнительных средств в отрасль и обеспечение межрегионального выравнивания.

Ключевыми элементами новой политики финансирования здравоохранения являются консолидация бюджетных средств на уровне областей, при этом функцию единого покупателя или единого плательщика будет выполнять областной орган управления здравоохранением, и дальнейшее внедрение по всей стране систем оплаты медицинских услуг по принципу количества и качества оказанных услуг. Нормативно-правовая база, определяющая консолидацию бюджета на областном уровне, организацию системы единого плательщика и закупок медицинских услуг, была сформирована в 2004–2005 гг. Ее основу составляют Бюджетный кодекс (определяющий вопросы консолидации бюджетов на областном уровне) и закон о государственных закупках (определяющий вопросы закупки медицинских услуг) и новые механизмы оплаты производителей медицинских услуг). В 2005–2006 гг. на национальном уровне были реализованы основные положения новой финансовой политики. Министерство здравоохранения и Министерство финансов при поддержке ЮСЭЙД и проекта «ЗдравПлюс» ведут активную совместную работу по внедрению этой новой системы на уровне областей, включая разработку нормативных положений, проведение региональных семинаров и операционных систем. К нерешенным на сегодняшний день проблемам относятся: периодические попытки воспрепятствовать консолидации средств на уровне областей (такие как возврат к децентрализованному распределению ресурсов на уровне районов, медицинское страхование, медицинские сберегательные счета и т. п.), вопросы правового статуса областных органов управления здравоохранением как единого плательщика, функционирование новой системы оплаты услуг поставщиков через систему Государственного казначейства, надлежащая организация работы на уровне областей, правовой статус поставщиков услуг здравоохранения и их способность работать самостоятельно.

Для учреждений первичного звена норматив подушевого финансирования будет определяться с учетом необходимого объема медицинской помощи на данном уровне, половозрастного состава прикрепленного населения и географических особенностей региона. До 2010 г. планируется ежегодное увеличение норматива подушевого финансирования ПМСП. Предусматривалось выделение в 2005 г. 15 млрд тенге на финансирование учреждений первичного звена. Методы финансирования стационаров изменятся: оплачиваться будут услуги (по принципу клинико-статистических групп – КСГ), а не мощности. Программой предусматривается разработка в 2005 г. новых механизмов финансирования поставщиков специализированной

медицинской помощи, включая средства на капитальный ремонт и приобретение оборудования.

Планируется введение принципа дифференцированной оплаты труда работников государственных медицинских учреждений, соответствующей уровню квалификации, качеству и объему оказанной помощи. С 2006 г. будет осуществляться поэтапное повышение заработной платы медицинским работникам.

Национальная программа предусматривает разработку в 2005 г. системы бухгалтерского учета, обеспечивающей прозрачность использования медицинскими учреждениями государственных средств, выделяемых в рамках ПГГ. Данная работа будет сопровождаться широким информированием населения о перечне и объемах бесплатных медицинских услуг. Программа также предусматривает разработку к 2010 г. механизмов межрегионального выравнивания уровней финансирования ПГГ, учитывающих, в частности, такие факторы, как структура заболеваемости населения регионов. Для обеспечения дополнительного притока средств в отрасль будут приняты меры по развитию добровольного медицинского страхования, осуществляемого совместно работодателями и работниками. Предусматривается введение в 2006–2007 гг. системы национальных счетов здравоохранения, что позволит иметь полную информацию о финансовых потоках во всей отрасли, в том числе и в частном секторе. К 2008 г. также планируется снова рассмотреть вопрос о возможности введения системы обязательного медицинского страхования.

Большинство этих планов было воплощено в жизнь благодаря постоянной финансовой поддержке реформ здравоохранения. В период с 1999 по 2005 г. объем государственных расходов на здравоохранение вырос почти в 5 раз, а в реальном исчислении – втрое.

Конкуренция

В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. отмечено, что «только элементы реальной конкуренции могут значительно повысить эффективность здравоохранения как отрасли, в том числе оптимизировать затраты бюджета и повысить качество предоставляемых услуг» (Министерство здравоохранения, 2004).

В 2007 г. было запланировано внедрение новой системы оплаты медицинских услуг, предусматривающей включение в стоимость

услуг расходов на поддержание материально-технической базы производителей. На втором этапе реализации программы (2008–2010 гг.) предусматривается отказ от применения текущей системы бюджетного финансирования по статьям расходов, что будет способствовать повышению финансовой автономности государственных медицинских учреждений и конкуренции между частными производителями медицинских услуг. Это также обеспечит возможность расширения лизинга дорогостоящего медицинского оборудования для государственных и частных медицинских учреждений.

Кроме того, в программе предусмотрены следующие меры по развитию конкуренции в секторе здравоохранения:

- введение более четкого разделения между покупателями и производителями медицинских услуг;
- обучение в 2005–2006 гг. управленческого персонала, особенно на местном уровне;
- обеспечение равных прав государственных и частных медицинских учреждений в рамках оказания ПГГ;
- ускорение процесса перехода отдельных государственных медицинских учреждений в государственные предприятия или акционерные общества;
- поощрение развития частного сектора в первичном звене.

Оказание медицинской помощи

Первичная помощь

Предлагаемая в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения модель ПМСП основана на принципах общей врачебной практики и состоит из центров ПМСП, подотчетных местным органам управления здравоохранением. Данная модель предусматривает применение принципа свободного выбора врача и оплату учреждений первичного звена по подушевому нормативу со «стимулирующей» компонентой. Это позволит увеличить доступность и улучшить качество оказываемых медицинских услуг, повысить заинтересованность медицинских работников в конечных результатах своего труда.

Реформирование ПМСП в Казахстане проходило в несколько этапов. Примерно с 1994 по 1999 г. довольно быстро развивались новые методы оказания ПМСП. В 2000–2004 гг. прогресс в реформировании первичного звена замедлился. Начиная с 2005 г. сектору ПМСП снова

стало уделяться первоочередное внимание. Кроме того, начала улучшаться система лекарственного обеспечения определенных групп населения и пациентов, страдающих некоторыми заболеваниями.

В сельской местности планируется сохранить существующую систему ПМСП, хотя сейчас все еще ведется обсуждение вопроса о правовом статусе действующих учреждений ПМСП и их взаимоотношений с остальными элементами системы здравоохранения. В настоящее время основным направлением реформ является повышение роли и расширение деятельности врача общей практики. На него будет возложено руководство персоналом ФП и ФАП (фельдшерами, акушерками, медсестрами), а также координация деятельности с социальными работниками. Предусматривается дополнительное обучение фельдшеров и акушеров по специальности «общая практика».

В рамках государственной и региональных программ развития сельских территорий Республики Казахстан в 2004–2010 гг. предусматривается улучшение материально-технической базы сельского здравоохранения: строительство, реконструкция и оснащение объектов ПМСП оборудованием и санитарным автотранспортом. На первом этапе реализации национальной программы реформирования и развития здравоохранения (2005–2007 гг.) в сельской местности должны быть построены 90 и отремонтированы 450 учреждений здравоохранения. Будет продолжено распространение медицины с использованием мобильной связи и телемедицины. Кроме того, в программе предусмотрены меры по привлечению в сельскую местность медицинского и фармацевтического персонала, в частности такие, как предоставление служебного жилья, выплата единовременных пособий, погашение государственных образовательных кредитов при условии трехлетней работы в сельской местности. В 2005–2006 гг. планируется завершить перевод СВА, СУБ и районных поликлиник в статус государственных учреждений, предоставив им административную и финансовую независимость от ЦРБ.

Поэтапное реформирование ПМСП будет ориентировано на эволюционное внедрение принципа общей врачебной практики. На первом этапе реализации программы (2005–2007 гг.) будет проведена реструктуризация амбулаторно-поликлинической помощи в городской местности с созданием поликлиник смешанного типа, обслуживающих смешанное население и предоставляющих услуги врачей общей практики и специализированную помощь. Будет также поддерживаться развитие независимых групповых практик ВОП или практик семейных врачей. Предполагается, что со временем будет

организовано все больше групповых практик семейных врачей и в городах система первичной помощи будет характеризоваться комбинацией смешанных поликлиник и групповых практик семейных врачей. Некоторые специализированные поликлиники и диагностические центры сохранятся, но специализированная помощь в районных центрах и городах и стационарная помощь будет оказываться гражданам только по направлению врачей ПМСП.

Помимо организационных преобразований, планировалось осуществление целевого инвестирования капитального строительства, реконструкции и ремонта объектов ПМСП, в первую очередь в регионах, испытывающих недостаток мощностей первичного звена. На первом этапе реформирования ПМСП (2005–2007 гг.) предусматривалось проведение следующих мероприятий:

- продолжение реструктуризации первичной и специализированной амбулаторной помощи;
- межсекторальное взаимодействие с органами социальной защиты и другими заинтересованными службами, а также НПО;
- изучение структуры заболеваемости прикрепленного населения, разработка и реализация мер по ее снижению и предупреждению;
- профилактические осмотры отдельных категорий граждан;
- иммунопрофилактика;
- расширение объема профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий для состоящих на диспансерном учете, а также больных с социально значимыми заболеваниями;
- совершенствование применяемых в амбулаторном секторе методов лечения в целях снижения уровня госпитализации;
- введение системы льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий населения и больных с определенными заболеваниями при оказании амбулаторной помощи;
- дальнейшее укрепление лабораторной службы, включая внедрение методов экспресс-диагностики;
- улучшение услуг первичного звена, уделяя особое внимание результатам лечения;
- осуществление прикрепления населения с правом выбора врача и учреждения первичного звена.

Ожидается, что реализация указанных мероприятий приведет к существенному увеличению доли амбулаторных и соответствующему снижению доли стационарных услуг. В 2005 г. планировалось

с учетом расширения спектра и повышения качества услуг первичного звена увеличить размер подушевого норматива финансирования.

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения предусматривает, что на втором этапе ее реализации (2008–2010 гг.) начнется переход системы ПМСП на принцип общей врачебной практики и создание самостоятельных центров ПМСП. Финансирование указанных учреждений в рамках государственного заказа будет производиться на основе метода подушевого финансирования с элементами фондодержания. На этом этапе предполагается расширение спектра оказываемых центрами ПМСП услуг, улучшение их материально-технической базы (здания, коммуникации, оборудование) и осуществление переподготовки кадров.

Предполагается проведение на регулярной основе аккредитации учреждений ПМСП и проведение каждые 3 года аттестации медицинских сотрудников на профессиональную компетентность при участии независимых экспертов. К 2010 г. объем финансирования ПМСП должен составить не менее 40% от общего объема средств, выделяемых на ПГГ.

Следствием проводимых реформ по усилению первичной помощи станет рационализация стационарной помощи. В перспективе будут создаваться многопрофильные больницы со специализированными отделениями, а стационарные противотуберкулезные или инфекционные учреждения в силу их специфики будут функционировать отдельно.

Скорая и неотложная медицинская помощь

Одновременно с реформированием первичного звена предусматривается реформирование службы скорой медицинской помощи по следующим основным направлениям:

- рационализация услуг скорой помощи посредством переадресации пациентов в учреждения амбулаторного звена и учреждения ПМСП;
- улучшение материально-технической базы службы скорой помощи;
- координация действий по оказанию первой медицинской помощи с другими службами жизнеобеспечения (полиция, дорожная полиция, пожарная служба).

На втором этапе реформирования ПМСП (2008–2010 гг.) организации, оказывающие скорую медицинскую помощь, должны стать самостоятельными.

Общественное здравоохранение

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения предусматривает следующие меры по усилению службы санитарно-эпидемиологического надзора:

- интеграция государственной санитарно-эпидемиологической службы с ПМСП, особенно в части усиления мер по формированию здорового образа жизни;
- обеспечение государственными органами санитарно-эпидемиологической службы общей координации мероприятий по снижению инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза, ЗППП и ВИЧ/СПИД;
- обеспечение проведения лабораторной диагностики инфекционных заболеваний на районном уровне;
- проведение поэтапной модернизации лабораторий санитарно-эпидемиологической службы (на общенациональном уровне – в 2005 г., на областном – в 2006–2007 гг., на районном – в 2007–2009 гг.);
- дальнейшее совершенствование проводимых санитарно-противоэпидемических мероприятий по борьбе с инфекциями, санитарной охране территорий и ликвидации последствий биологического терроризма, в частности посредством усиления государственных санитарно-карантинных постов на границах страны;
- совершенствование протоколов санитарно-эпидемиологических мероприятий в целях обеспечения их соответствия международным стандартам, включая стандарты Всемирной торговой организации;
- совместное участие с заинтересованными государственными органами в мероприятиях по ликвидации медицинских последствий природных и техногенных катастроф.

Усиление профилактической направленности деятельности органов санитарно-эпидемиологического надзора на уровне ПМСП предполагается достичь посредством реализации следующих мероприя-

тий: перенос акцента с надзорной и административной деятельности на деятельность, направленную на формирование здорового образа жизни и безопасность, передача ряда функций и полномочий с республиканского на областной и с областного на городской и районный уровни управления.

Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни

Предусматривается проведение целого ряда государственных программ, стимулирующих формирование здорового образа жизни. Реализация данных программ будет осуществляться при взаимодействии учреждений первичной и специализированной помощи и учреждений санитарно-эпидемиологической службы. В целях повышения охвата населения предусматривается передача финансирования программ по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний на районный уровень. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения также предусматривает увеличение числа среднего медицинского персонала, занимающегося вопросами формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний, и восстановление ранее действовавшей сети медицинских пунктов во всех учреждениях образования, создав тем самым условия для проведения профилактических медицинских осмотров детей и молодежи.

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения предусматривает усиление межсекторального взаимодействия в тесном сотрудничестве с международными организациями. Предусмотрены следующие элементы межсекторального сотрудничества:

- взаимодействие государственных органов управления по здравоохранению, демографии и миграции при разработке всесторонней демографической политики;
- взаимодействие с государственными органами труда и социальной защиты населения при решении вопросов профилактики заболеваний, здоровья, социальных услуг и реабилитации, а также по вопросу дифференцированной оплаты труда медицинских работников;
- взаимодействие с государственными органами по охране окружающей среды при решении вопросов по влиянию факторов риска, связанных с состоянием окружающей среды, на состояние здоровья населения;

- взаимодействие с государственными органами образования, внутренних дел, спорта, обороны, культуры и информации при решении вопросов охраны здоровья детей и подростков;
- взаимодействие с республиканскими и местными властями при решении вопросов по обеспечению сельского населения питьевой водой, средствами телекоммуникаций, дорогами, санитарным транспортом и проведению мероприятий по санитарно-эпидемиологическому благополучию;
- дальнейшая интеграция противотуберкулезной службы с правоохранительными и другими государственными органами;
- усиление взаимодействия по вопросам развития физической культуры и спорта;
- широкое использование средств массовой информации для пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний;
- координация действий со службами по чрезвычайным ситуациям при возможном возникновении стихийных бедствий природного и техногенного характера, а также вспышек инфекционных заболеваний;
- развитие реабилитации и паллиативной помощи, включая организацию хосписов, оказывающих услуги по уходу, с привлечением заинтересованных министерств и ведомств, а также с участием международных и неправительственных организаций;
- взаимодействие с государственными органами, ответственными за транспорт и связь, при решении вопросов безопасности дорожно-транспортного движения и экологических факторов риска для здоровья населения.

Социально значимые заболевания

В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения предусматриваются следующие меры, направленные на сокращение бремени социально значимых заболеваний:

- профилактика и дальнейшее снижение заболеваемости ЗППП;
- внедрение международных стандартов антиретровирусного лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;
- разработка и внедрение комплексных программ лечения и реабилитации больных с психическими и поведенческими расстройствами;
- совершенствование системы профилактики наркомании и обеспечение медико-социальной реабилитации наркоманов;

- введение должности врачей-эндокринологов в районных медицинских организациях для обеспечения ранней диагностики и лечения больных с эндокринными заболеваниями, в первую очередь сахарным диабетом;
- усиление борьбы с туберкулезом с вовлечением в эту сферу первичного звена;
- создание национального регистра больных туберкулезом;
- обеспечение контроля за соблюдением единых протоколов ведения больных туберкулезом;
- создание специализированных отделений при областных противотуберкулезных диспансерах для лечения больных с хроническими формами туберкулеза и для принудительного лечения больных МЛУ-ТБ;
- дальнейшее расширение социальной поддержки больных туберкулезом и медицинских работников противотуберкулезной службы;
- обеспечение непрерывной системы повышения квалификации врачей-фтизиатров;
- усовершенствование методов диагностики и раннего выявления злокачественных новообразований;
- улучшение профилактики и лечения бронхиальной астмы, артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и других сердечно-сосудистых заболеваний;
- техническое перевооружение органов судебно-медицинской экспертизы в целях повышения достоверности определения причин смертности;
- пересмотр списка медикаментов, отпускаемых на льготных условиях больным с определенными заболеваниями.

Охрана здоровья матери и ребенка

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения предусматривает следующие меры, направленные на укрепление службы охраны здоровья матери и ребенка:

- интеграция службы охраны здоровья матери и ребенка в ПМСП;
- обеспечение услуг по охране здоровья матери и ребенка в ПГГ;
- проведение ежегодных медицинских осмотров, диспансеризации и оздоровления детей и женщин репродуктивного возраста;
- завершение в 2005 г. строительства в г. Астане Республиканского центра материнства и детства;

- начиная с 2005 г. бесплатное предоставление отдельных медикаментов для беременных женщин и детей до 5 лет, а начиная с 2006 г. – отдельных медикаментов для детей, состоящих на диспансерном учете;
- обеспечение к 2007 г. полной укомплектованности специалистами учреждений службы охраны здоровья матери и ребенка;
- финансирование программ в области охраны здоровья матери и ребенка, проведение их мониторинга и оценки;
- оснащение к 2008 г. современным оборудованием учреждений службы охраны здоровья матери и ребенка;
- обеспечение к 2007 г. раннего охвата всех беременных диспансерным наблюдением;
- совершенствование скрининговых программ дородовой диагностики врожденных и наследственных заболеваний плода с использованием современных технологий;
- дальнейшее развитие службы высокоспециализированной медицинской помощи детям в области трансплантологии (включая пересадку костного мозга), нейрохирургии, кардиохирургии, хирургии, неврологии и реанимации новорожденных;
- реализация мероприятий по формированию здорового образа жизни, включая профилактику алкоголизма, наркомании, табакокурения среди детей, молодежи и женщин;
- введение в общеобразовательных школах обучающих программ, рекомендованных ВОЗ, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей.

Лекарственное обеспечение

В 2005 г. в Казахстане была введена новая программа льготного лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении. В первый год ее реализации бесплатное лекарственное обеспечение предоставлялось детям в возрасте до пяти лет; льготное лекарственное обеспечение было расширено и в настоящее время охватывает больных других возрастов и дополнительные заболевания с частичными соплатежами больных. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения предусматривает следующие меры в области улучшения лекарственного обеспечения:

- обеспечение равноправной, прежде всего экономической, доступности населения к жизненно важным лекарственным средствам;

- введение рецептурного отпуска лекарственных средств в розничной аптечной сети по списку Министерства здравоохранения;
- принятие мер по обеспечению качества и безопасности лекарственных средств;
- рациональное использование лекарственных средств;
- дальнейшее развитие фармацевтической промышленности в рамках Стратегии индустриального развития Республики Казахстан на 2003–2015 гг.

На первом этапе реализации программы (2005–2007 гг.) планируется:

- повысить доступность для населения основных (жизненно важных) лекарственных средств и обеспечить внедрение формулярной системы в организациях здравоохранения всех уровней, особенно в сельской местности;
- провести подготовительные работы по внедрению международных стандартов в отечественную фармацевтическую отрасль и с 2007 г. приступить к их внедрению;
- повысить эффективность государственных закупок путем внесения изменений и дополнений в законодательство Республики Казахстан о государственных закупках, гарантировать качество закупаемых лекарственных средств;
- проводить мониторинг побочных эффектов, качества, цен и доступности применяемых лекарственных средств;
- создать Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники при Министерстве здравоохранения;
- создать и оснастить иммунобиологические и региональные лаборатории для осуществления контроля качества лекарственных средств;
- повысить эффективность государственного контроля в сфере обращения лекарственных средств с целью предотвращения проникновения на фармацевтический рынок контрафактной продукции, снижения угрозы фармакотерроризма;
- проведение обучения и переподготовки специалистов фармацевтического сектора;
- обеспечить сбор данных в сфере обращения лекарственных средств в рамках создаваемой единой информационной системы здравоохранения.

На втором этапе (2008–2010 гг.) предусматривается:

- поэтапный переход фармацевтического сектора страны к международным стандартам качества;
- проведение аккредитации испытательных лабораторий в соответствии с международными стандартами;
- создание системы информирования населения по вопросам безопасности и эффективности использования лекарственных средств.

Медицинская наука

В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения предусматривается развитие медицинской науки по следующим направлениям:

- разработка и внедрение передовых технологий профилактики, раннего выявления, лечения и реабилитации заболеваний;
- проведение фундаментальных и прикладных медицинских исследований по направлениям, определяемым Министерством здравоохранения;
- усиление связей медицинской науки с практическим здравоохранением;
- развитие международного партнерства;
- интеграция медицинской науки, образования и клинической практики;
- проведение мониторинга и оценки реформ системы здравоохранения;
- внедрение принципов доказательной медицины.

Подготовка и переподготовка медицинских кадров

В целях повышения качества медицинских услуг и обеспечения соответствия кадрового потенциала требованиям реорганизуемой системы первичного звена здравоохранения Государственная программа реформирования и развития здравоохранения предусматривает внесение изменений в систему подготовки и переподготовки медицинских работников, а также введение всеобъемлющей

системы кадрового планирования в отрасли. На первом этапе (2005–2007 гг.) реализации программы предусматривается реализация следующих мероприятий:

- начиная с 2005 г. подготовка и переподготовка врачей по специальности врача общей практики;
- внедрение программ подготовки по специальностям менеджер и экономист в сфере здравоохранения;
- наделение Министерства здравоохранения правом аккредитации организаций высшего медицинского и фармацевтического образования;
- повышение требований к приему в медицинские образовательные организации;
- постепенное увеличение стоимости обучения по медицинским и фармацевтическим специальностям;
- укрепление материально-технической базы медицинских образовательных организаций посредством клинических обучающих центров при высших медицинских учебных заведениях;
- введение с 2005 г. новых специальностей, начиная с подготовки менеджеров и переподготовки экономистов здравоохранения;
- пересмотр программы подготовки кадров в медицинских вузах с акцентом на «проблемный» подход к обучению, углубленную практическую подготовку и изучение иностранных языков;
- совершенствование программы подготовки врачей общей практики путем изменения государственных стандартов подготовки с введением практического обучения в интернатуре (резидентуре);
- введение регулярной (раз в 5 лет) аттестации профессорско-преподавательского состава медицинских вузов;
- разработка и внедрение новых программ (стандартов) повышения квалификации и переподготовки кадров и выделение средств на эти цели из местных бюджетов для переподготовки и повышения квалификации медицинских работников из сельской местности;
- внедрение дистанционных форм обучения;
- начиная с 2005 г. привлечение к проведению курсов обучения зарубежных специалистов и поддержка медицинского персонала для получения образования за рубежом.

На втором этапе (2008–2010 гг.) предусматривается:

- введение программы подготовки с получением степени бакалавра по специальностям; управление и экономика здравоохранения;
- введение независимой системы контроля качества медицинского образования.

Также предполагается, что в будущем будут пересмотрены требования к руководящим кадрам на всех уровнях системы здравоохранения с тем, чтобы быть уверенными в их достаточной квалификации.

Организационная структура и управление здравоохранением

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения предусматривает пересмотр централизованной административной системы управления отраслью.

Первый этап ее реализации (2005–2007 гг.) планирует более четкое разграничение функций с перераспределением полномочий между национальным и местным уровнем. На втором этапе (2008–2010 гг.) предполагается совершенствование системы управления здравоохранением посредством введения современных информационных технологий и международных стандартов качества.

Рациональное разграничение функций и полномочий

Основным направлением совершенствования управления отраслью является переход от административного регулирования к системе экономических стимулов. С этой целью с 2005 г. предусматривается проведение децентрализации, предоставление большей административной и финансовой самостоятельности местным органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям.

Начиная с 2005 г. к компетенции Министерства здравоохранения отнесены следующие вопросы:

- обеспечение проведения единой государственной политики в области здравоохранения;
- исполнительные функции, такие как обеспечение равной доступности медицинской помощи, предоставляемой в рамках ПГГ, установление стандартов оказания медицинских услуг, планиро-

вание развития здравоохранения и разработка нормативно-законодательной базы отрасли;

- регулирующие функции, такие как контроль за реализацией национальной политики в области здравоохранения, контроль за выполнением государственных отраслевых программ, аккредитация медицинских учреждений, исполнение законодательства;
- обеспечение проведения общей политики финансирования здравоохранения, включая вопросы оплаты услуг медицинских учреждений.

На местный уровень будут переданы:

- предоставление основных медицинских услуг;
- лицензирование определенных видов медицинской и фармацевтической деятельности;
- централизованные закупки определенных лекарственных средств на местном уровне (за исключением, например, вакцин и иммунобиологических препаратов);
- формирование бюджета и операции по оплате медицинских услуг.

С целью недопущения снижения качества предоставляемых медицинских услуг в результате децентрализации на втором этапе реализации государственной программы (2008–2010 гг.) предусмотрено введение показателей качества медицинских услуг. Кроме этого, на определенный период времени предусмотрено выделение целевых трансфертов из республиканского бюджета местным бюджетам.

Предусматривается также, что на первом этапе (2005–2007 гг.) будет оказано всемерное содействие развитию профессиональных ассоциаций и союзов с целью их привлечения к аттестации медицинских кадров и контролю качества медицинских услуг. На втором этапе реализации программы (2008–2010 гг.) планируется разработка и принятие нового закона «О здравоохранении и охране здоровья граждан Казахстана», который должен служить основным регулирующим систему здравоохранения страны документом.

Система управления качеством медицинских услуг

В целях повышения качества медицинских услуг предусматриваются следующие меры:

- принятие протоколов лечения и клинических стандартов, основанных на доказательствах (2008–2010 гг.);
- внедрение системы управления качеством на всех уровнях оказания медицинской помощи (2008–2010 гг.);
- лицензирование и аккредитация медицинских учреждений;
- подготовка и переподготовка медицинских работников, в том числе внедрение в образовательные программы курсов доказательной медицины;
- создание единой информационной системы здравоохранения;
- применение административных и финансовых санкций;
- определение приоритетов с целью более эффективного использования выделяемых ресурсов;
- внедрение методов дифференцированной оплаты в зависимости от качества оказанных медицинских услуг;
- публикации в средствах массовой информации рейтингов поставщиков медицинских услуг.

В 2005 г. был создан государственный орган по контролю качества медицинских услуг. Этот новый орган должен проводить независимую экспертизу и организовать базу данных независимых экспертов. Кроме того, будут использоваться также исследования удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг. Начиная с 2006 г. планируется совершенствовать нормативно-законодательную базу, регламентирующую права пациентов и ответственность медицинских учреждений за ошибки в диагностике и лечении.

Информационная система здравоохранения

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. предусматривает на первом этапе ее реализации (2005–2007 гг.) создание единой информационной системы здравоохранения, являющейся частью общей программы информатизации Республики Казахстан. В целях развития информационного обеспечения здравоохранения будет создан подведомственный Министерству здравоохранения информационно-аналитический центр (далее – ИАЦ), который будет ответственен за определение базовых стандартов, классификаций и терминологии.

Основными целями внедрения единой информационной системы здравоохранения являются:

- разработка единой методики сбора, обработки и хранения информации о состоянии здоровья граждан, получении медицинской и лекарственной помощи;
- обеспечение медицинских учреждений и государственных органов более широкой и достоверной информацией;
- создание информационно-справочной системы, а также центральной базы данных, включающей информацию о каждом медицинском учреждении и органе управления здравоохранением;
- создание электронных историй болезни, позволяющих осуществлять более эффективный мониторинг комплекса медико-демографических показателей и объема оказанной населению медицинской помощи;
- создание персонафицированной электронной истории болезни, позволяющей обеспечить преемственность оказания медицинской помощи, учитывать социальные льготы и пособия, соблюдая при этом конфиденциальность медицинской информации;
- внедрение с 2007 г. пилотных проектов по использованию медицинских электронных карт пациентов.

К 2010 г. планируется осуществить следующие мероприятия:

- введение во всех учреждениях здравоохранения компьютеризированной системы управления качеством;
- модернизация существующих информационных систем;
- внедрение медицинских электронных карт пациентов.

Ожидаемые результаты от реализации и индикаторы программы

В результате реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения к 2010 г. предполагается достичь следующее:

- поэтапное снижение госпитализации на 10–15% на первом этапе (2005–2007 гг.) и на 25–30% – на втором этапе (2008–2010 гг.);
- увеличение объема профилактических мероприятий;
- расширение круга бесплатных медицинских услуг на уровне первичного звена;
- обеспечение учреждений первичного звена квалифицированным врачебным и средним медицинским персоналом и их оснащение адекватным оборудованием;

- значительное сокращение объема платных медицинских услуг;
- увеличение объема производства отечественной фармацевтической продукции;
- снижение материнской смертности до 30,0 смертей на 100 000 живорожденных и младенческой смертности до 10,0 смертей на 1000 живорожденных (по официальной статистике);
- снижение заболеваемости инфекционными и неинфекционными заболеваниями;
- снижение заболеваемости туберкулезом до 135,0 случаев на 100 000 населения;
- снижение заболеваемости ЗППП на 10% ежегодно.

7.2. Реализация реформ

13 октября 2004 г. был принят подробный план мероприятий по реализации программы реформ, в котором определены ответственные исполнители, временной график, ожидаемые затраты и источники финансирования. План предусматривал создание в 2005 г. при Министерстве здравоохранения нового органа, в задачи которого входят следующие основные функции:

- мониторинг и оценка реализации программы реформ;
- организация логистической и методологической поддержки реализации программы;
- сбор и анализ данных, необходимых в процессе проведения реформ;
- оценка новых технологий и эффективности мероприятий, проводимых в рамках реформ;
- координация информационных кампаний, ориентированных на работников здравоохранения и широкие слои населения.

Общие затраты из государственного бюджета на реализацию программы составят 165 659 млн тенге, в том числе 134 609,9 млн тенге из средств республиканского бюджета и 31 048,6 млн тенге из средств местных бюджетов, с учетом поправок в каждом финансовом году.

К февралю 2007 г. некоторые цели программы реформ были достигнуты:

- на всей территории страны консолидация бюджетов здравоохранения производится на уровне областей; функцию единого пла-

- тельщика выполняет областной орган управления здравоохранением; введена новая система оплаты медицинских услуг;
- определены программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению на 2005–2007 гг. и правила предоставления услуг в рамках ПГГ;
 - разработаны региональные программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2007 гг.;
 - введена новая система льготного медикаментозного обеспечения населения при амбулаторном лечении, включающая список групп населения и перечень заболеваний, при которых граждане имеют право на получение бесплатных медикаментов при амбулаторном лечении при выписке их врачами первичного звена;
 - утверждена новая схема льготного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне отдельных категорий населения, а также больных по определенному перечню заболеваний;
 - утверждены правила предоставления амбулаторной помощи, а также правила, касающиеся подготовки и переподготовки медицинских кадров в Казахстане и за рубежом;
 - для всех регионов страны установлена максимальная средняя продолжительность пребывания в стационаре; расширена система оказания услуг в дневных стационарах;
 - введена специальность «менеджер здравоохранения»;
 - на утверждение в правительство представлены новые учебные программы для медицинских и фармацевтических организаций образования;
 - разработана методика консолидации средств на уровне областей.

Финансирование здравоохранения

В 2005 г. в рамках реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения были предприняты следующие меры по улучшению финансирования здравоохранения:

- консолидация бюджетов здравоохранения производится на уровне областей, создана система единого плательщика, в роли которого выступает областной орган управления здравоохранением;
- разработана методика возмещения затрат поставщиков за оказанные в рамках ПГГ медицинские услуги; начато практическое внедрение предлагаемых методов;

- разработаны предложения по введению дифференцированной оплаты труда работников государственных медицинских учреждений;
- разработаны правила финансирования государственных медицинских учреждений на основе схемы оплаты по количеству оказанных услуг и использования дополнительных средств, полученных в результате введения этой схемы;
- разработаны предложения о введении альтернативных механизмов финансирования поставщиков высокоспециализированной медицинской помощи и внедрении новых технологий;
- разработана новая методика выделения средств республиканского бюджета сектору здравоохранения;
- утверждена новая единая политика отчетности для всех учреждений здравоохранения;
- реализуются меры по стимулированию ДМС;
- проведена подготовка к введению системы национальных счетов здравоохранения;
- разработана новая методика расчета подушевого норматива, позволяющего повысить заинтересованность работников сектора ПМСП в конечных результатах своего труда;
- разработана новая система возмещения затрат организаций ПМСП, в которой учитываются как административные расходы, так и расходы на восстановление основных фондов.

Программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению (ПГГ)

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2005 г. № 1296 была утверждена программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению на 2006–2007 гг. В ПГГ включены услуги, оплачиваемые из средств государственного бюджета. Предоставление медицинской помощи, не входящей в ПГГ, осуществляется:

- за счет личных средств граждан;
- по ДМС;
- за счет средств работодателя;
- из других источников, не запрещенных законодательством Республики Казахстан.

В рамках ПГГ оказывается скорая, амбулаторная и стационарная помощь. Пересмотр программы государственных гарантий планирую-

ется осуществлять каждые два года. Правила оказания помощи в рамках ППГ, а также предельные объемы бесплатной стационарной помощи установлены в приказе министра здравоохранения № 815 от 17 ноября 2004 г.

Льготное лекарственное обеспечение

Льготное лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении было начато в 2004 г. В 2005–2006 гг. бюджет этой программы вырос более чем втрое: с 1269 до 4369 млн тенге. Охват этой программы также был существенно расширен – в нее были включены дополнительные категории заболеваний и группы населения. Кроме того, Министерством здравоохранения введены 50%-ные скидки на лекарства для пациентов, страдающих пятью распространенными заболеваниями (артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, хроническим обструктивным заболеванием легких, пневмонией и язвенной болезнью) (ZdravPlus, 2006).

Оказание медицинской помощи

В Постановлении Правительства Республики Казахстан № 1304 от 28 декабря 2005 г. «О мерах совершенствования первичной медико-санитарной помощи населению Республики Казахстан» был очерчен комплекс мер по реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. и разработаны новые инструкции по развитию сети медицинских учреждений. Эти инструкции определяли типы медицинских учреждений, их функции, организационную структуру, штаты и прикрепленное население.

В этом постановлении всем областям надлежит:

- до 1 января 2008 г. привести систему первичной помощи в соответствие с действующей нормативно-законодательной базой;
- создать центры ПМСП на базе существующих поликлиник (за исключением городских), врачебных амбулаторий, сельских (сельских участковых) больниц;
- создать врачебные амбулатории на базе существующих сельских и городских практик врачей общей практики (семейных врачей), сельских (сельских участковых) больниц, центров здоровья;

- создать медицинские пункты на базе существующих центров здоровья, здравпунктов, штатных единиц медицинского работника без содержания отдельного помещения;
- завершить закупку медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и санитарного автотранспорта до 1 января 2008 г. в соответствии с инструкциями Министерства здравоохранения;
- обеспечить поэтапное замещение участковых терапевтов и педиатров подготовленными и переподготовленными врачами общей практики – к 2008 г. на 20% и к 2009 г. на 30%;
- обеспечить внедрение принципа общей врачебной практики во вновь вводимых учреждениях первичной помощи.

В городах будет развиваться сеть смешанных поликлиник с постепенным введением групповых практик врачей общей практики (семейных врачей) и сохранением отдельных специализированных поликлиник и диагностических центров.

Новые инструкции Министерства здравоохранения определяют следующие четыре типа учреждений первичного звена в сельской местности:

- медицинский пункт (в населенных пунктах, находящихся на расстоянии не менее 5 км до ближайшего учреждения ПМСП, с численностью проживающего населения от 50 до 1000 человек);
- врачебная амбулатория (в населенных пунктах с численностью проживающего населения от 2000 до 5000 человек)
- центр ПМСП (в населенных пунктах с численностью населения от 5000 до 10 000 человек);
- поликлиника (в населенных пунктах с численностью проживающего населения 10 000 и более человек и в районных центрах).

8. Оценка системы здравоохранения

8.1. Доступность

За годы независимости доступность медицинской помощи для населения Казахстана уменьшилась на всех уровнях. Это было обусловлено в основном снижением доступности лекарств, неформальными платежами за медицинские услуги и региональным неравенством.

При советской системе здравоохранения у населения был свободный доступ к широкому спектру лекарств. С распадом СССР ситуация изменилась. Приватизация фармацевтического сектора, либерализация цен и отсутствие механизмов государственного регулирования цен привели к постепенному повышению цен на лекарства, вследствие чего для значительной части населения многие из них стали финансово недоступны. Особенно это касается амбулаторного лечения, при котором пациенты должны приобретать медикаменты за собственный счет, что создавало стимулы для излишней госпитализации. И хотя формально лекарственное обеспечение при стационарном лечении является бесплатным, на практике многим пациентам больниц приходилось покупать лекарства за свой счет. В настоящее время принята новая лекарственная политика, которая предусматривает регулирование цен на фармацевтическую продукцию и льготные цены на лекарства при амбулаторном лечении в соответствии с утвержденным перечнем медикаментов, таким образом пациенты имеют возможность приобретать эти лекарства по более низким ценам, чем раньше.

Еще одним фактором, ограничивающим доступность медицинской помощи, являются неформальные платежи за те услуги, которые официально являются бесплатными. Точно оценить размеры

этих платежей трудно, но, как показывают результаты исследований, в большинстве домохозяйств неформальные платежи за медицинские услуги составляют значительную часть семейного бюджета, а также значительную долю общих расходов на здравоохранение. В большей степени неформальные платежи ударяют по малообеспеченному и сельскому населению, которое в результате может или отказаться от лечения вообще, или перейти на самолечение. Кроме того, неформальные платежи приводят к неэффективности оказания услуг, так как пациенты вынуждены покупать лекарства не по оптовым, а по розничным ценам.

Наличие неформальных платежей обусловлено несколькими факторами, в том числе неспособностью государственного здравоохранения удовлетворить потребности населения, низким уровнем официальной заработной платы медицинских работников и отсутствием четкого определения услуг, которые должны оплачиваться за счет пациентов. Благодаря недавнему увеличению бюджетного финансирования здравоохранения, уровень неформальных платежей мог снизиться, но для получения более достоверной информации по этому вопросу необходимо проведение национальных репрезентативных опросов.

Одной из основных проблем казахстанской системы здравоохранения является межрегиональное неравенство в подушечном финансировании на оказание медицинской помощи. Так, в 2003 г. размер подушечного финансирования ПГГ варьировал по регионам страны от 3500 до 10 400 тенге (UNDP, 2004). Значительное региональное неравенство наблюдается и по другим показателям. Так, существенно различаются по регионам сеть медицинских учреждений и оказанные ими медицинские услуги в зависимости от следующих факторов (Министерство здравоохранения, 2004):

- объем средств, выделяемых на ПГГ;
- используемые методы финансирования;
- структура ПМСП;
- организационно-правовая форма учреждений здравоохранения;
- охват программой льготного лекарственного обеспечения;
- системы контроля качества медицинских услуг.

Показатели средней продолжительности пребывания в стационаре в разных регионах страны отличаются довольно сильно. Так, в 2004 г. наименьший показатель был зарегистрирован в г. Алматы (10,1 дня), а наибольший – в Актюбинской области (14,9 дня). Сильно отличает-

ся и обеспеченность населения медицинскими кадрами. В 2002 г. наибольшее число врачей на 10 000 населения было в г. Алматы (84,1), наименьшее – в Алматинской области (20,9). Огромная разница в показателях наблюдается между сельскими и городскими поселениями. Так, в 2005 г. обеспеченность врачами (на 10 000 населения) в городской местности составляла 43,7, а в сельской – всего 12,1. В 2005 г. в сельской местности, где проживает более 40% населения, работало лишь 15% всех врачей. Более того, проблема дефицита врачебных кадров в сельской местности усугубляется еще и тем, что старшее поколение медицинских работников выходит на пенсию и не восполняется новыми выпускниками медицинских вузов и колледжей.

Проблема доступности медицинской помощи в сельских регионах Казахстана связана и с отсутствием транспортного сообщения (общественного и частного) между отдаленными сельскими населенными пунктами и районными центрами, а также нехваткой медицинских учреждений. В период с 1991 по 1997 г. число СУБ сократилось с 830 до 208. В 1999 г. более 1200 деревень и небольших населенных пунктов не имели своих медицинских учреждений. В Постановлении Правительства Республики Казахстан № 472 «О мерах по улучшению первичной медико-санитарной помощи сельскому населению» от 26 апреля 1999 г. были установлены минимальные стандарты государственного медицинского обслуживания сельского населения, и к 2002 г. услугами ПМСП было охвачено все население страны (Министерство здравоохранения, 2002).

На момент составления данного обзора в Казахстане осуществлялась реализация новой политики финансирования здравоохранения, обеспечивающей межрегиональное выравнивание. По примеру соседнего Кыргызстана (Meimanaliev, Ibraimova et al., 2005) консолидация бюджетов здравоохранения производится на областном уровне, и в каждой из областей функцию единого плательщика выполняет областной орган управления здравоохранением. Эти меры должны способствовать выравниванию подушевых расходов на здравоохранение, введению системы оплаты медицинских учреждений по количеству оказанных услуг и улучшению контроля качества медицинских услуг.

8.2. Эффективность

Достижение амбициозных целей, определенных в государственной программе реформ, требует не просто строительства новых медицинских учреждений и закупок оборудования. Необходимо уде-

лить особое внимание вопросам эффективности и качества медицинской помощи (World Bank, 2006a). Одним из элементов неэффективности нынешней системы здравоохранения Казахстана является ее ориентированность преимущественно на стационарную помощь. Постепенно увеличиваются ассигнования и повышается приоритетность сектора ПМСП, что должно обеспечить более эффективное использование ресурсов. Однако в силу чрезмерной специализации и географического дублирования все еще сохраняется значительная избыточная мощность стационарных учреждений. Консолидирование бюджетов здравоохранения на уровне областей должно способствовать решению проблемы дублирования на областном и городском уровнях, которое является одной из главных причин избыточной мощности стационаров. Новая система оплаты медицинских учреждений, учитывающая результаты их деятельности, также должна значительно повысить эффективность сектора здравоохранения.

Еще одна проблема связана с нарушением принципа преемственности оказания медицинской помощи. Отсутствует четкая система взаимодействия между первичным и вторичным звеном здравоохранения; многие службы или организованы в виде параллельных вертикальных структур (противотуберкулезные службы, службы санэпиднадзора), или являются элементом параллельных систем здравоохранения, находящихся в ведении отдельных министерств и ведомств. Слабая горизонтальная интеграция услуг приводит к дублированию функций и неэффективному использованию ресурсов здравоохранения.

Имеет место острый дефицит кадров по отдельным специальностям, в частности не хватает специалистов в области управления и экономики здравоохранения. Отсутствие квалифицированных управленцев в отрасли приводит к снижению управляемости и неэффективному использованию выделяемых ресурсов. Зачастую руководитель медицинского учреждения исполняет одновременно несколько функций, являясь управленцем, администратором и главным врачом (Министерство здравоохранения, 2004). Принятая программа реформ предполагает решение этого вопроса путем надлежащей подготовки менеджеров здравоохранения, и одной из задач планируемой политики финансирования отрасли является повышение эффективности использования ресурсов. Была разработана и внедрена национальная система мониторинга эффективности использования ресурсов и система экономических стимулов и штрафов.

9. Заключение

После обретения независимости в Казахстане был предпринят ряд серьезных реформ в области здравоохранения. Была пересмотрена система финансирования отрасли, введены новые методы оплаты производителей медицинских услуг, осуществлены первые шаги в направлении рационализации сети медицинских учреждений, началось укрепление сектора ПМСП, внедрена система безопасного материнства и стратегия ДOTS для лечения туберкулеза, проводятся мероприятия по формированию здорового образа жизни, а также другие приоритетные программы.

После 1991 г. страна столкнулась с целым рядом проблем. От СССР Казахстан унаследовал систему здравоохранения, в основе которой лежали устаревшие нормы и методы. Система здравоохранения характеризовалась наличием чрезмерной сети государственных медицинских учреждений, была преимущественно ориентирована на стационарную помощь, управлялась в основном методами прямого контроля, практически не применялись методы регулирования и контрактная система, отсутствовали стимулы для повышения эффективности деятельности и улучшения качества медицинских услуг. Одной из главных проблем после обретения независимости было резкое сокращение государственного финансирования сектора здравоохранения. В 2002 г. объем государственного финансирования здравоохранения составлял всего 1,93% ВВП. Как и во многих других республиках бывшего СССР, в начале 1990-х гг. показатели состояния здоровья населения Казахстана резко ухудшились. Ожидаемая продолжительность жизни все еще не достигла уровня 1991 г.,

показатели взрослой и младенческой смертности остаются высокими, свирепствуют эпидемии инфекционных болезней (в частности, туберкулеза). Как и в других странах этого региона, серьезную проблему представляет быстрое распространение эпидемии ВИЧ/СПИД. До настоящего времени система здравоохранения Казахстана была не способна эффективно противостоять этим проблемам. В 1990-х гг. в связи с финансовым кризисом возникла также проблема неравенства. С сокращением государственного бюджета здравоохранения населению приходилось все больше платить за медицинские услуги и лекарства, что сильно сказывалось на положении малоимущих слоев. Сокращение бюджета здравоохранения и закрытие больниц в большей степени повлияло на положение жителей сельских регионов. Различия в состоянии здоровья населения и уровне выделяемых ресурсов в разных областях страны до сих пор остаются одной из серьезных проблем.

До 2002 г. реформы здравоохранения зачастую носили непоследовательный характер, им недоставало научной основы, и на их проведение не выделялось достаточного объема ресурсов. Они так и остались на уровне концепций и практически не оказали влияния на состояние здоровья населения. Одной из причин этого было отсутствие стратегического руководства и согласованного курса реформ; по-видимому, в Казахстане эта проблема проявилась более остро, чем в других странах Центральной Азии. В Министерстве здравоохранения происходили частые смены руководства, приоритетов и организационной структуры; в период с 1997 по 2002 г. оно вообще было расформировано. Другой проблемой была несогласованность реформ на республиканском и местном уровнях. Некоторые эффективные пилотные проекты в регионах сильно «опережали» свое время. Для того чтобы добиться устойчивых результатов реформ, необходимо совершенствование системы управления здравоохранением и укрепление потенциала Министерства здравоохранения.

Благодаря экономическому подъему последних лет и решению правительства об ассигновании части нефтяных доходов страны на нужды социального сектора, появилась возможность проведения широкомасштабных реформ системы здравоохранения Казахстана. В 2004 г. была принята Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. Эта программа носит комплексный характер, в ней поставлены амбициозные цели и изложен разумный путь проведения реформ. По сравнению с 2002 г. бюджетные ассигнования на здравоохранение значительно увеличи-

лись как в абсолютном, так и относительном (как доля ВВП) выражении. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения предусматривает постепенное повышение государственных расходов на здравоохранение до 4% ВВП к 2010 г.

Однако для решения всех проблем системы здравоохранения Казахстана одного лишь увеличения финансовых вложений недостаточно. Необходимы серьезные преобразования в области организации, управления и предоставления медицинской помощи. До сих пор большая часть финансовых ресурсов здравоохранения уходит в больничный сектор. В этой связи следует уделить больше внимания развитию сектора ПМСП. Кроме того, система здравоохранения по-прежнему ориентирована преимущественно на специализированную помощь, в частности, в том, что касается охраны здоровья матери и ребенка. Об этом свидетельствует недавно завершившееся строительство нового научного центра материнства и детства в Астане. Продолжают функционировать параллельные системы здравоохранения, находящиеся в ведении различных министерств, и действующая программа реформ не затрагивает этого вопроса.

В целом необходимо внедрение интегрированной системы оказания медицинской помощи, базирующейся на междисциплинарном групповом подходе и позволяющей избегать дублирования предоставляемой медицинской помощи. Важнейшим вопросом здесь является обеспечение межсекторальной координации проводимых в сфере здравоохранения мероприятий. Больше внимания следует уделять качеству и эффективности медицинских услуг. Важную роль в этом может сыграть система мониторинга и оценки, которая в настоящее время находится еще в стадии разработки, а также пересмотр руководств по клинической практике.

Первостепенная роль в любых реформах принадлежит кадрам здравоохранения. В действующей программе реформ предусматривается полная реорганизация системы подготовки работников здравоохранения и внедрение механизмов финансирования, стимулирующих их заинтересованность в конечных результатах труда. Здравоохранение и сейчас зачастую считают непроизводительной сферой, поэтому для того, чтобы обеспечить устойчивые инвестиции в сектор здравоохранения, очень важно разрушить этот ложный стереотип. Эффективности и устойчивости реформ может способствовать также вовлечение различных профессиональных ассоциаций в процесс разработки политики развития здравоохранения.

Казахстан ставит перед собой амбициозные цели. Благодаря быстрому экономическому росту, который обеспечивают нефтяные доходы, в стране взят курс на осуществление комплексной национальной программы реформ, но оценивать ее эффективность пока еще слишком рано. Сейчас, когда второй этап реализации программы реформ только начинается, руководителям здравоохранения необходимо тщательно проанализировать все успехи и неудачи первого этапа, с тем чтобы учесть полученный опыт в будущем.

10. Приложения

10.1. Библиография

Ahmedov M, Azimov R et al. (2007). Uzbekistan: *Health system review. Health Systems in Transition*, 9(3). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Ahmedov M, Haan SD et al. (2007). *Strengthening health research systems in Central Asia. A system mapping and consultative process*. Geneva, Council on Health Research for Development (COHRED).

Alam A, Murthi M et al. (2005). *Growth, poverty, and inequality. Eastern Europe and the former Soviet Union*. Washington, DC, World Bank.

Aleshina N and Redmond G (2003). *How high is infant mortality in central and eastern Europe and the CIS?* Florence, Innocenti Research Centre.

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 October 2005–21 October 2005):1348.

Bagchi S (2007). Kazakh medical workers guilty of causing HIV outbreak. *Lancet Infectious Diseases*, 7(311):512.

Baggott R (2004). *Health and health care in Britain*. Houndmills, NY, Palgrave Macmillan.

Balabanova D, McKee M et al. (2004). Health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries. *Health Services Research*, 39(6):1927–1949.

BBC News (2007) [web site]. Kazakh poll fairness questioned. London, BBC News (<http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/1/hi/world/asia-pacific/6952452.stm>, accessed 19 August 2007).

Becker CM, Urzhumova DS (2005). Mortality recovery and stabilization in Kazakhstan, 1995–2001. *Economics and Human Biology*, 3:97–122.

Bernitz BL, Rechel B (2006). HIV data in central and eastern Europe: fact or fiction? In: Matic S, Lazarus J, Donoghoe MC. *ВИЧ/СПИД in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management*. Copenhagen, World Health Organization:232–242.

Cockerham WC, Hinote BP et al. (2004). Health lifestyles in central Asia: the case of Kazakhstan and Kyrgyzstan. *Social Science and Medicine*, 59:1409–1421.

Commercecian (2004). *Kazakhstan's market for dental equipment and supplies*. Ottawa, Canadian Business Map ([http://commercecian.ic.gc.ca/scdt/bizmap/interface2.nsf/vDownload/IMI_1290/\\$file/X_5516564.DOC](http://commercecian.ic.gc.ca/scdt/bizmap/interface2.nsf/vDownload/IMI_1290/$file/X_5516564.DOC), accessed 19 September 2007).

Dangour A, Hill H et al. (2002). Height, weight and haemoglobin status of 6 to 59-month-old Kazakh children living in Kyzyl-Orda region, Kazakhstan. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56:1030–1038.

DHS (1999). *Kazakhstan Demographic and Health Survey*. Almaty, Academy of Preventive Medicine, Macro International Inc.

Duke T, Keshishyan E et al. (2006). Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. *The Lancet*, 367(March 18): 919–925.

EC (2006). *Kazakhstan: country profile*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/comm/external_relations/kazakhstan/intro/index.htm, accessed 25 July 2006).

EIU (2006). *Kazakhstan country report July 2006*. London, Economist Intelligence Unit.

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.

EOLC-Observatory (2002) [web site]. Kazakhstan – palliative care service provision. Lancaster, The International Observatory on End of Life Care, Lancaster University (http://www.eolc-observatory.net/global_analysis/kazakhstan_pc_coverage.htm, accessed 23 February 2007).

EOLC-Observatory (2007) [web site]. Palliative care ‘Coverage’ in Kazakhstan. Lancaster, The International Observatory on End of Life Care, Lancaster University (http://www.eolc-observatory.net/global_analysis/kazakhstan_pc_coverage.htm, accessed 23 February 2007).

Falkingham J (1999). *Welfare in transition: trends in poverty and well-being in central Asia*. London, Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics (CASE paper 20).

GFATM (2007) [web site]. Kazakhstan country website. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Туберкулез and Malaria (<http://www.theglobal-fund.org/Programs/Portfolio.aspx?countryID=KAZ&lang=en>, accessed 22 February 2007).

Gilmore A, McKee M (2004). Moving east: how the transnational tobacco companies gained entry to the emerging markets of the former Soviet Union. Part I: Establishing cigarette imports. *Tobacco Control*, 13:143–150.

Godinho J, Novotny T et al. (2004). ВИЧ/СПИД and Туберкулез in central Asia. Country profile Kazakhstan. Washington, DC, World Bank.

Godinho J, Renton A et al. (2005). *Reversing the tide: priorities for HIV/AIDS prevention in central Asia*. Washington, DC, World Bank.

Golovnina M (2007). Kazakh poll gives all seats to Nazarbayev. *The Independent*, 20 August 2007 (<http://news.independent.co.uk/world/asia/article2878772.ece>, accessed 20 August 2007).

Правительство Республики Казахстан (1997). *Казахстан 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех жителей Казахстана*. Лондон, Посольство Республики Казахстан в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии (<http://www.kazakhstanembassy.org.uk/cgi-bin/index/145>, accessed 4 August 2006).

Правительство Республики Казахстан (2007а). *Доклад о Программе Правительства Республики Казахстан на 2007–2009 гг.* Астана, Правительство Республики Казахстан (<http://ru.government.kz/documents/govprog>, по состоянию на 12 августа 2007).

Правительство Республики Казахстан (2007b). *Программа Правительства Республики Казахстан на 2006–2008 гг.* Астана, Правительство Республики Казахстан (http://ru.government.kz/docs/u060080_1.htm, по состоянию на 19 сентября 2007 г.).

Hafner G, Nurghozin T et al. (2002). *Summary of results: prices and availability of pharmaceuticals in Kazakhstan's pharmacies.* Almaty, ZdravPlus.

Hashizume M, Kunii O et al. (2003). Anemia and iron deficiency among schoolchildren in the Aral Sea region, Kazakhstan. *Journal of Tropical Pediatrics*, 49(3):172–177.

HRW (2003). *Kazakhstan. Fanning the flames. How human rights abuses are fueling the AIDS epidemic in Kazakhstan.* New York, NY, Human Rights Watch (Report D1504).

IRIN (2007a) [web site]. Kazakhstan: Alarm raised over deteriorating health of men. Nairobi, IRIN News (Integrated Regional Information Networks), 12 July 2007 (<http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=73207>), accessed 20 July 2007).

IRIN (2007b) [web site]. Kazakhstan: Fighting TB remains a challenge. Nairobi, IRIN News (Integrated Regional Information Networks), 19 March 2007 (<http://www.irinnews.org/report.aspx?ReportId=70772>, accessed 20 July 2007).

Kulzhanov M, Healy J (1999). *Health care systems in transition: Kazakhstan.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Care Systems.

Куралбаев Б. С., Гаврилов С. С., Кушанова З. С. (2002). *Прогноз обеспеченности населения Казахстана медицинскими кадрами на период 2003–2010 гг.* Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

McKee M, Chenet L (2002). Patterns of health. In: McKee M, Healy J, Falkingham J. *Health care in central Asia.* Buckingham, Open University Press:56–57.

Meimanaliev A-S, Ibraimova A et al. (2005). *Health care systems in transition: Kyrgyzstan.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Meimanaliev A-S, Prochorskas R (2006). *Availability of data in CIS countries on the health-related indicators of the Millennium Development Goals*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2002). *Здоровье населения и здравоохранение Республики Казахстан, 1991–2001*. Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2004). *Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 гг., утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 г. № 1438*. Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2006а). *Годовой финансовый отчет*. Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2006b) [веб-сайт]. О совместных действиях Министерства здравоохранения РК и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) по предотвращению распространения ВИЧ/СПИД среди детей в Южно-Казахстанской области. Пресс-релиз, 11 октября 2006. Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан (<http://www.mz.gov.kz/index.php?wakka=Rus/Media/PressRelizy/23>, по состоянию на 12 августа 2007).

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2007а). *Годовой статистический отчет*. Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2007b) [веб-сайт]. Фармация. Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан (www.mz.gov.kz/index.php?wakka=Rus/Farmacija/print, по состоянию на 11 августа 2007).

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2007с) [веб-сайт]. Информация о деятельности Комитета. Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан (<http://www.mz.gov.kz/index.php?wakka=Rus/KachestvoMedicinskixUslug/ККМУ/Informacija>, по состоянию на 12 августа 2007).

Penkala-Gawecka D (2002). Korean medicine in Kazakhstan: ideas, practices and patients. *Anthropology & Medicine*, 9(3):315–336.

Pomerleau J, Gilmore A et al. (2004). Determinants of smoking in eight countries of the former Soviet Union: results from the Living Conditions, Lifestyles and Health Study. *Society for the Study of Addiction*, 99:1577–1585.

Президент Республики Казахстан (1997). *Казахстан 2030: процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев*. Алматы, Президент Республики Казахстан.

Президент Республики Казахстан (1998). *Здоровье народа*. Алматы, Президент Республики Казахстан.

Rashid A (1994). *The resurgence of central Asia: Islam or nationalism?* London, Zed Books.

Rechel B, Dubois C-A et al. (eds) (2006). *The health care workforce in Europe. Learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Rechel B, McKee M (2007) [electronic journal]. The effects of dictatorship on health: the case of Turkmenistan. *BMC Medicine*, 5(21) (<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/5/21>, accessed 19 September 2007).

Rechel B, Shapo L et al. (2005). Are the health Millennium Development Goals appropriate for eastern Europe and central Asia? *Health Policy*, 73:339–351.

Серикбаева К (1995). *Казахстан*. Лондон, Flint River Press.

Simidjiyski Y (1998). *Overview of the regulatory environment for health care reforms in Kazakhstan*. Almaty, ZdravPlus.

Агентство Республики Казахстан по статистике (2007). *Казахстан. Мультииндикаторное кластерное обследование 2006*. Астана, Агентство Республики Казахстан по статистике.

Stone R (2003a). For a long-suffering population, uncertainty reigns. *Science*, 300:1222.

Stone R (2003b). Plutonium fields forever. *Science*, 300:1220.

Thompson R, Miller N et al. (2003). Health-seeking behaviour and rural/urban variation in Kazakhstan. *Health Economics*, 12:553–564.

Transparency International (2007). *Global corruption report 2007*. Cambridge, Transparency International.

UNAIDS (2006). *Kazakhstan: epidemiological fact sheets*. Geneva, World Health Organization/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (December 2006 update).

UNAIDS (2007) [web site]. Kazakhstan. Geneva, World Health Organization/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/kazakhstan.asp, accessed 22 July 2007).

UNDP (1997). *Human development report Kazakhstan*. Almaty, United Nations Development Programme.

UNDP (2004). *Human development report Kazakhstan 2004. Education for all: the key goal for a new millennium*. Almaty, United Nations Development Programme.

UNICEF (2006) [database]. TransMONEE database. Florence, United Nations Children's Fund Innocenti Research Centre (<http://www.unicef-irc.org/databases/transmonee/#TransMONEE>).

UNICEF (2007) [database]. TransMONEE database. Florence, United Nations Children's Fund Innocenti Research Centre (<http://www.unicef-irc.org/databases/transmonee/>, accessed 19 September 2007).

United Nations Cartographic Section (2004). *Kazakhstan*, No. 3771 Rev. 6, January 2004. New York, NY, United Nations Department of Peacekeeping Operations, Cartographic Section.

WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. International conference on primary health care, Alma-Ata, 6–12 September 1978 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, accessed 14 August 2007).

WHO (2005a). *Mental health action plan for Europe. Facing the challenges, building solutions*. Helsinki, World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health, 12–15 January 2005.

WHO (2005b). *Summary country profile for ВИЧ/СПИД treatment scale-up*. Geneva, World Health Organization (December 2005).

WHO (2007a) [web site]. WHO definition of palliative care. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, accessed 2 October 2007).

WHO (2007b). *World health statistics 2007*. Geneva, World Health Organization.

WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ (2007) [база данных вне Интернета]. Европейская база данных «Здоровье для всех». Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (данные на июнь).

Wilkin D (2002). Primary care budget holding in the United Kingdom National Health Service: learning from a decade of health service reform. *Medical Journal of Australia*, 176(11):539–542.

World Bank (1996a). *Kazakhstan: the impact of transition on budgetary expenditures in health and education*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (1996b). *Republic of Kazakhstan: transition of the state* (Vol. 1). Washington, DC, World Bank.

World Bank (1998). *Kazakhstan living standards during the transition*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2002). *Implementation completion report on a loan in the amount of US\$ 42.50 million to the Republic of Kazakhstan for a health project in support of the first phase of a health reform program*. Washington, DC, World Bank (PPFB-P3590; SCL-44570).

World Bank (2004a). *Comments on the National Program of Health Sector Reform and Development in the Republic of Kazakhstan for 2005–2010*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2004b). *Dimensions of poverty in Kazakhstan, volume 1: policy briefing*. Washington, DC, World Bank (http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/11/24/000012009_20041124092314/Rendered/PDF/302940KZ.pdf, accessed 19 September 2007).

World Bank (2006a). *Health sector technology transfer and institutional reform, project information document concept stage*. Washington, DC, World Bank (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/10/17/000104615_20061017151946/Rendered/PDF/Project0Inform1cument1Concept0Stage.pdf, accessed 19 September 2007).

World Bank (2006b). *Kazakhstan: reforming intergovernmental fiscal relations. Lessons from international experience*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2007). *World development indicators*. Washington, DC, World Bank.

Wyke S, Mays N et al. (2003). Should general practitioners purchase health care for their patients? The total purchasing experiment in Britain. *Health Policy*, 65(3):243–259.

Yim A, Humphries D et al. (2003). Food, alcohol and cigarette availability and consumption in Almaty, Kazakhstan: results and appraisal of a rapid assessment. *Public Health Nutrition*, 6(8):791–800.

ZdravPlus (2004). *Brief analysis of the legal framework of the health care system of Kazakhstan*. Almaty, ZdravPlus.

ZdravPlus (2006). *Cost projections for the outpatient drug benefits package*. Almaty, ZdravPlus.

10.2. Дополнительная литература

Аяпов К. (2000). *Развитие сестринского образования в Казахстане*. Алматы, Алматинский медицинский колледж.

Девятко В. (2003). *Материалы научно-практической конференции, посвященной 75-летию со дня рождения профессора Петрова*. Алматы, Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

Фили Ф., Шишкин С. В., Бойков В. (2001). *Расходы домохозяйств в Российской Федерации*. Boston, MA, School of Public Health of Boston University.

Кутцин Дж., Кашин С. (2002). *Финансирование сектора здравоохранения*. Бишкек, Министерство здравоохранения Республики Кыргызстан.

Luis M. (2000). *Who pays for health care in eastern Europe and central Asia?* Washington, DC, International Bank for Reconstruction and Development.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2001). *Материалы научно-практической конференции «Проблемы и стратегии медсестринского образования в XXI веке»*. Алматы, Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2002). *Здоровье населения и здравоохранение Республики Казахстан в 1991–2001 гг.* Астана, Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2003). *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2002 г.* (статистический сборник). Астана и Алматы, Министерство здравоохранения.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2004). *Статистический обзор Казахстана.* Алматы, Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

Musgrove P, Zeramidini R, Karrin G (2002). Main models of state expenditures in the health sector. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2):134–142.

Shishkin S (1998). Priorities of Russian health care system reforming. *Medical Journal of Croatia*, 39(3):298–307.

Агентство Республики Казахстан по статистике (2004). *Казахстан и страны СНГ.* Алматы, Агентство Республики Казахстан по статистике.

10.3. Полезные интернет-ссылки

Европейский банк реконструкции и развития (ЕБРР) в Казахстане	http://www.ebrd.com/country/country/kaza/index.htm
Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения	http://www.euro.who.int/observatory
Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (страновой сайт)	http://www.theglobalfund.org/programs/countrysite.aspx?countryid=KAZ&lang=en
Правительство Республики Казахстан	http://www.government.kz
Международный институт современной политики	http://www.iimp.kz/default.aspx
Казахстанский институт менеджмента, экономики и стратегических исследований	http://www.kimep.kz/
Проект Фонда Сорос – Казахстан «Прозрачный бюджет»	http://www.kazakhstanrevenue-watch.org/
Казахстанская стоматологическая ассоциация	http://www.ksa.kz/

«Мединформ»	http://www.medinfo.kz/
Министерство финансов Республики Казахстан	http://www.minfin.kz/
Министерство здравоохранения Республики Казахстан	http://www.mz.gov.kz
Национальный информационный ресурсный центр неправительст- венных организаций Республики Казахстан	http://www.npo.kz/
Высшая школа общественного здравоохранения	http://www.ksph.kz/
Агентство по статистике Республики Казахстан (Госкомстат)	http://www.stat.kz
Центр Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ) в Алматы	http://www.osce.org/almaty/
Президент Республики Казахстан	http://www.akorda.kz/
Фонд Сорос – Казахстан	http://www.soros.kz/
Миссия Всемирного банка в Казахстане	http://www.worldbank.org.kz/
ООН в Казахстане	http://www.un.kz/
ЮСЭЙД (сайт офиса в Казахстане)	http://www.usaid.gov/locations/ europe_eurasia/car/kzpage.html
ВОЗ (сайт офиса в Казахстане)	http://www.who.int/countries/kaz/en/
Проект «ЗдравПлюс»	http://www.zplus.kz/

10.4. Основные законодательные акты

В Казахстане законы и подзаконные акты принимаются указом президента, парламентским актом, постановлением правительства или приказом министерства. Ниже приведен перечень некоторых ключевых документов.

1991	Закон Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан»
------	---

21 июня 1991	Закон «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан»
1992	Методические указания «Концепция реформы системы здравоохранения»
1992	Закон Республики Казахстан «О государственном бюджете»
9 апреля 1993	Закон Республики Казахстан «О профессиональных союзах»
1994	Закон Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
5 октября 1994	Закон Республики Казахстан «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД»
19 июня 1995	Закон Республики Казахстан «О государственном предприятии»
1995	Закон Республики Казахстан «О местном самоуправлении»
1995	Указ Президента Республики Казахстан «Об обязательном медицинском страховании»
1995	Указ Президента Республики Казахстан о приватизации
1996	Закон Республики Казахстан «О лекарственной помощи»
1996	Закон Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
1996	Постановление Правительства Республики Казахстан «О дополнительных мерах по снижению инфекционных заболеваний»
1996	Закон Республики Казахстан «О предотвращении СПИД»
28 марта 1996	Постановление Правительства Республики Казахстан № 369 «Вопросы финансирования обязательного медицинского страхования граждан»
1996	Постановление Правительства Республики Казахстан № 246 «О программе приватизации и реструктуризации государственной собственности в Республике Казахстан»
1997	Постановление Правительства Республики Казахстан № 65 «Об отраслевых программах приватизации и реструктуризации»

- 1997
12 марта 1997 Послание Президента «Казахстан 2030»
- 19 мая 1997 Постановление Правительства Республики Казахстан № 1678 «О Национальном центре проблем формирования здорового образа жизни Министерства образования, культуры и здравоохранения Республики Казахстан»
- 12 августа 1997 Закон Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан»
- 12 августа 1997 Приказ Министерства образования, культуры и здравоохранения № 470 «О Национальном центре проблем формирования здорового образа жизни Министерства образования, культуры и здравоохранения Республики Казахстан»
- 1998
18 мая 1998 Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан «О развитии семейной медицины»
- 16 ноября 1998 Указ Президента Республики Казахстан «О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья граждан Республики Казахстан»
- 31 декабря 1998 Указ Президента Республики Казахстан № 4153 «О государственной программе “Здоровье населения”»
- 31 декабря 1998 Постановление Правительства Республики Казахстан № 1387 «О реорганизации Фонда обязательно-го медицинского страхования»
- 31 декабря 1998 Постановление Правительства Республики Казахстан № 1382 «О неотложных мерах по совершенствованию организации медико-санитарной помощи населению Республики Казахстан по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций»
- 26 апреля 1999 Постановление Правительства Республики Казахстан № 472 «О мерах по улучшению первичной медико-санитарной помощи сельскому населению» от 26 апреля 1999 г.
- 30 июня 1999 Постановление Правительства Республики Казахстан № 905 «О программе “Здоровый образ жизни” на период 1999–2010 гг.»
- 1999
3 декабря 1999 Приказ № 70 «О программе государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению»
- 3 декабря 1999 Постановление Правительства Республики Казахстан «Вопросы Агентства РК по делам здравоохранения»

- 10 декабря 1999 Закон «О принудительном лечении граждан, больных заразной формой туберкулеза»
- 27 января 2000 Постановление Правительства Республики Казахстан № 135 «Об утверждении программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению»
- 3 мая 2000 Постановление Правительства Республики Казахстан № 650 «О Концепции приватизации объектов здравоохранения в Республике Казахстан на 2000–2005 гг.»
- 5 мая 2000 Постановление Правительства Республики Казахстан № 674 «О мерах по льготному обеспечению лекарственными средствами лиц, страдающих определенными заболеваниями, и специализированными продуктами питания детей и отдельных категорий населения»
- 25 мая 2000 Постановление Правительства Республики Казахстан № 790 от 25 мая 2000 г. «Концепция дальнейшего развития здравоохранения Республики Казахстан в 2000–2005 гг.»
- 27 мая 2000 Постановление Правительства Республики Казахстан № 806 «Об утверждении Правил возмещения затрат на медицинскую помощь»
- 11 июля 2000 Постановление Правительства Республики Казахстан № 1052 «Об утверждении Правил приватизации объектов здравоохранения».
- 14 мая 2001 Постановление Правительства Республики Казахстан № 630 «Об утверждении Программы охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан на 2001–2005 гг.»
- 7 июня 2001 Постановление Правительства Республики Казахстан № 767 «Об утверждении Правил лицензирования медицинской деятельности»
- 2002 Закон Республики Казахстан «О профилактике и ограничении табакокурения»
- 23 января 2002 Постановление Правительства Республики Казахстан № 93 «Об отраслевой программе “Питьевая вода» на 2002–2010 гг.»
- 11 января 2002 Постановление Правительства Республики Казахстан № 41 «О системе оплаты труда работников государственных учреждений, не являющихся госу-

- дарственными служащими, и работников казенных предприятий»
- 16 мая 2002 Закон Республики Казахстан «О государственных закупках»
- 29 мая 2002 Постановление Правительства Республики Казахстан № 584 «О концепции лекарственной политики Республики Казахстан»
- 11 июля 2002 Закон Республики Казахстан «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями»
- 13 июля 2002 Постановление Правительства Республики Казахстан № 773 «О Концепции совершенствования финансирования системы здравоохранения в Республике Казахстан»
- 25 июля 2002 Постановление Правительства Республики Казахстан № 828 «Об утверждении Правил оказания платных медицинских услуг в организациях государственной системы здравоохранения»
- 1 августа 2002 Приказ министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан № 174-п «О мерах по реализации нормативных правовых актов по вопросам социального обеспечения инвалидов»
- 4 декабря 2002 Закон Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Республики Казахстан»
- 2003 Приказ Министерства здравоохранения «Об обязательных стандартах медицинского и фармацевтического образования»
- 15 января 2003 Указ Президента Республики Казахстан № 1016 «О внесении дополнений и изменений в Указ Президента Республики Казахстан от 16 ноября 1998 г. № 4153»
- 7 февраля 2003 Постановление Правительства Республики Казахстан № 138 «Об утверждении правил осуществления государственных закупок медицинских услуг по фиксированным тарифам»
- 4 июня 2003 Закон Республики Казахстан «О системе здравоохранения»
- 27 сентября 2003 Постановление Правительства Республики Казахстан № 988 «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Казахстан “О профилактике заболевания СПИД”»

- 14 октября 2003 Закон Республики Казахстан «О профилактике йододефицитных состояний»
- 8 января 2004 Постановление Правительства Республики Казахстан № 15 «Об утверждении Правил аккредитации в системе здравоохранения»
- 13 января 2004 Закон Республики Казахстан «О лекарственных средствах»
- 21 января 2004 Постановление Правительства Республики Казахстан № 60 «Об утверждении Правил проведения сертификации в здравоохранении»
- 16 февраля 2004 Постановление Правительства Республики Казахстан № 184 «О стандартизации в здравоохранении»
- 19 марта 2004 Принятие стратегии развития «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике и конкурентоспособной нации»
- 8 апреля 2004 Закон Республики Казахстан «О качестве и безопасности пищевых продуктов»
- 24 апреля 2004 Бюджетный кодекс Республики Казахстан
- 16 июня 2004 Закон Республики Казахстан «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления»
- 13 августа 2004 Постановление Правительства Республики Казахстан № 850 «Об утверждении Программы усиления борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан на 2004–2006 гг.»
- 13 сентября 2004 Указ Президента Республики Казахстан № 1438 «О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг.»
- 13 октября 2004 Постановление Правительства Республики Казахстан № 1050 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 гг.»
- 28 октября 2004 Постановление Правительства Республики Казахстан № 1117 «Вопросы Министерства здравоохранения Республики Казахстан»
- 29 октября 2004 Постановление Правительства Республики Казахстан № 1124 «Вопросы Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан»
- 29 октября 2004 Постановление Правительства Республики Казахстан № 1125 «Вопросы Комитета государственного

- санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан»
- 17 ноября 2004 Приказ министра здравоохранения № 815 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению»
- 28 декабря 2004 Приказ Министерства здравоохранения № 898 «Об утверждении правил осуществления контроля качества предоставляемых медицинских услуг в Республике Казахстан»
- 3 февраля 2005 Постановление Правительства Республики Казахстан № 99 «О создании Национального координационного совета по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан»
- 26 апреля 2005 Протокольное решение «Об утверждении концепции нормативно-правовой реформы окружающей среды и здоровья» (межминистерская комиссия)
- 7 июля 2005 Постановление Правительства Республики Казахстан № 708 «Об утверждении Правил обязательной фортификации (обогащения) пшеничной муки высшего и первого сортов, производимой на территории Республики Казахстан»
- 27 августа 2005 Постановление Правительства Республики Казахстан № 889 «Об утверждении Правил бесплатного и (или) льготного обеспечения лекарственными средствами отдельных категорий граждан»
- 15 декабря 2005 Постановление Правительства № 1327 «Вопросы Комитета по контролю за качеством медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан»
- 28 декабря 2005 Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2005 г. № 1296 «Об утверждении программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению на 2006–2007 гг.»
- 28 декабря 2005 Постановление Правительства Республики Казахстан № 1304 «О мерах совершенствования первичной медико-санитарной помощи населению Республики Казахстан»
- 21 марта 2006 Приказ Министерства здравоохранения № 124
- 24 апреля 2006 Постановление Правительства Республики Казахстан № 317 «О Концепции реформирования меди-

	цинского и фармацевтического образования Республики Казахстан»
7 июля 2006	Закон Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан»
6 октября 2006	Постановление Правительства Республики Казахстан № 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»
31 октября 2006	Постановление правительства Республики Казахстан № 1033 «О внесении изменения в постановление Правительства Республики Казахстан от 8 января 2004 г. № 15»
10 ноября 2006	Отраслевая программа «О мерах по дальнейшему развитию кардиологической и кардиохирургической службы в Республике Казахстан на 2007–2009 гг.»
23 ноября 2006	Приказ Министерства здравоохранения № 563 «Об утверждении методики перехода на модель частичного фондодержания»
4 декабря 2006	Приказ Министерства здравоохранения № 586 «Об утверждении минимальных стандартов (нормативов) оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения для противотуберкулезных больниц (диспансеров) областного, городского и районного уровня»
4 декабря 2006	Приказ Министерства здравоохранения № 588 «Об утверждении минимального стандарта (норматива) материально-технического оснащения организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в области формирования здорового образа жизни»

10.5. 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 разрабатываются в едином

формате, который периодически пересматривается. Он содержит 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/observatory/Hits/20020525_1

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 30 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 Европейской базы данных «Здоровье для всех» (HFA). 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 различных источников – главным образом официальных данных, предоставляемых правительствами стран, а также данных медицинской статистики, которые собирают технические отделы Европейского регионального бюро ВОЗ. Стандартные данные из базы «Здоровье для всех» официально одобрены национальными правительствами. С января 2007 г. в базу данных «Здоровье для всех» включаются данные по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого входили 27 стран.

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

Типовой обзор «Системы здравоохранения: время перемен» содержит 10 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.** 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 и вовлеченности в деятельность системы здравоохранения.
3. **Финансирование.** Эта глава содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы обеспечиваются населению, об источниках финансирования системы здравоохранения, о том, как собираются и распределяются ресурсы, о главных статьях расходов и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.
4. **Планирование и регулирование.** В этой главе рассматривается процесс разработки политики в области здравоохранения и установления целей и приоритетов; анализируются вопросы взаимоотношений между ведомствами, при этом особое внимание уделяется их роли в регулировании и тому, что является предметом регулирования; описывается процесс оценки медицинских технологий, а также научно-исследовательская работа.
5. **Материальные и трудовые ресурсы.** В этой главе рассматриваются вопросы планирования и распределения инфраструктуры и фондов, описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад трудовых ресурсов в систему здравоохранения, в том числе информация о регистрации, подготовке, тенденциях и профессиональном росте.
6. **Предоставление услуг.** В этой главе основное внимание уделяется потокам пациентов, организации и оказанию услуг, аспектам общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи и вторичной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи, дневному уходу, реабилитации, фармацевтической помощи, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативному уходу, психиатрической помощи, сто-

- матологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию особых групп населения.
7. **Основные реформы в области здравоохранения.** Обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований, которые оказали существенное влияние на здравоохранение.
 8. **Оценка системы здравоохранения.** В этой главе дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, системе распределения выгод и затрат среди населения, эффективности распределения ресурсов, эффективности оказания медицинских услуг, их качества, а также вклада системы здравоохранения в улучшения состояния здоровья населения.
 9. **Заключение.** Содержит описание того опыта, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.
 10. **Приложения.** Библиография, полезные ссылки и ссылки на законодательство.

Подготовка обзора «Системы здравоохранения: время перемен» представляет собой довольно сложный процесс. Он включает следующие этапы:

- составление и редактирование обзора. Зачастую для этого требуется несколько «итераций»;
- передача обзора на рассмотрение международных (национальных) экспертов и в Министерство здравоохранения страны. Авторы обзора должны принять к сведению замечания Министерства здравоохранения, но не обязаны включать их в окончательную редакцию обзора;
- передача обзора на рассмотрение редакторов и международной многопрофильной редакционной коллегии;
- подготовка окончательной редакции обзора, включая этапы технического редактирования и набора текста;
- распространение (распечатка, публикация в электронном формате, переводы и издание).

Редактор обзора оказывает его авторам всяческую поддержку на протяжении всего процесса подготовки и, находясь с ними в постоянном контакте, обеспечивает, чтобы все этапы этого процесса проходили максимально гладко и эффективно.

10.6. Сведения об авторах

Максут Кульжанов является ректором Казахстанской Высшей школы общественного здравоохранения (г. Алматы) и президентом Национальной ассоциации специалистов общественного здравоохранения. Ранее занимал пост заместителя министра здравоохранения Республики Казахстан.

Бернд Речел является научным сотрудником Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Почетный преподаватель Лондонской школы гигиены и тропической медицины.

Обзоры серии

«Системы здравоохранения: время перемен»


Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Каждый 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 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 «Системы здравоохранения: время перемен»

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте www.euro.who.int/observatory, 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 рекомендации по выработке политики, газету *EuroObserver* и журнал *Eurohealth*. Печатные экземпляры обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» можно заказать по адресу info@obs.euro.who.int



Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения помещены на сайте www.euro.who.int/observatory

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

Австралия (2002, 2006)
Австрия (2001e, 2006e)
Азербайджан (2004g)
Албания (1999, 2002a,g)
Андорра (2004)
Армения (2001g, 2006)
Бельгия (2000, 2007)
Болгария (1999, 2003b, 2007)
Босния и Герцеговина (2002g)
Бывшая Югославская Республика Македония (2000)
Венгрия (1999, 2004)
Германия (2000e, 2004e,g)
Грузия (2002d,g)
Дания (2001, 2007)
Израиль (2003)

Исландия (2003)
 Испания (2000h)
 Италия (2001)
 Казахстан (1999g)
 Канада (2005)
 Кипр (2004)
 Кыргызстан (2000g, 2005g)
 Латвия (2001)
 Литва (2000)
 Люксембург (1999)
 Мальта (1999)
 Монголия (2007)
 Нидерланды (2004g)
 Новая Зеландия (2001)
 Норвегия (2000, 2006)
 Польша (1999, 2005)
 Португалия (1999, 2004, 2007)
 Республика Молдова (2002g)
 Российская Федерация (2003g)
 Румыния (2000f)
 Словакия (2000, 2004)
 Словения (2002)
 Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (1999g)
 Таджикистан (2000)
 Туркменистан (2000)
 Турция (2002g,i)
 Узбекистан (2001g, 2007)
 Украина (2004g)
 Финляндия (2002)
 Франция (2004c,g)
 Хорватия (1999, 2007)
 Чешская Республика (2000, 2005g)
 Швейцария (2000)
 Швеция (2001, 2005)
 Эстония (2000, 2004g,j)

Ключи

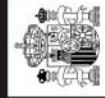
Все обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны на английском языке. В тех случаях, когда это указано, они доступны также на других языках:

a албанский
b болгарский
c французский
d грузинский
e немецкий
f румынский
g русский
h испанский
i турецкий
j эстонский

ДЛЯ ЗАМЕТОК



.be



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Швеции, Финляндии, Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономики 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 систем здравоохранения.

ISSN 2072-3555