

# СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

МИНИСТР  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
Жаксылык Акмурзаевич  
Доскалиев



Состояние здоровья населения является показателем социальной ориентированности государства, отражающим степень его ответственности перед своими гражданами. Долгосрочные ориентиры развития были закреплены в 1997 году Стратегией развития Казахстана до 2030 года. Улучшение социально-экономического развития общества позволило поставить перед отраслью принципиально новые задачи, направленные на создание доступной и эффективной системы здравоохранения.

В 2004 году принята Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы (далее – Государственная программа), разработанная во исполнение Послания Главы государства народу Казахстана от 19 марта 2004 года «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации». Государственная программа определила совокупность необходимых мер, направленных на развитие доступной, качественной, социально ориентированной и экономически эффективной системы в Республике Казахстан.

В 2007 году завершена реализация I этапа Государственной программы, который был направлен на масштаб-

ные инвестиции в отрасль: техническую модернизацию, развитие инфраструктуры, решались задачи укрепления первичной медико-санитарной помощи, формирования здорового образа жизни, повышения качества медицинских услуг.

В настоящее время развитие здравоохранения вступило на этап институциональных преобразований, развития кадрового потенциала, предоставления качественных медицинских услуг. Приоритетом становится профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни, что отражено в послании Главы государства народу Казахстана от 6 февраля 2008 года «Повышение благосостояния граждан Казахстана – главная цель государственной политики».

## ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Несмотря на позитивные изменения демографической ситуации в Казахстане (уровень рождаемости населения составил 22,92<sup>1</sup> на 1000 человек (2007 год – 20,79), снижение показателя смертности – до 9,89 на 1000 человек (2007 год – 10,22), увеличение коэффициента естественного прироста населения – до 13,03 на 1000 человек (2007 год – 10,57)), сохраняется низкий уровень здоровья женщин и детей. Тем не менее на протяжении последнего года наблюдается тенденция снижения показателя материнской смертности с 46,8 на 100 тыс. родившихся живыми (2007 год) до 31,0 (2008 год). Основными причинами материнской смертности являются акушерские кровотечения, гестозы, экстрагенитальная патология, вследствие высокого уровня абортов и заболеваемости (инфекции, передаваемые преимущественно половым путем, анемии). Подавляющая часть случаев материнской

<sup>1</sup> Данные Агентства Республики Казахстан по статистике на 01.01.2009.

смертности при правильно организованной медицинской помощи предотвратима.

Показатель младенческой смертности в Казахстане превышает аналогичные индикаторы развитых стран и большинства стран СНГ. В Глобальном индексе конкурентоспособности<sup>2</sup> (ГИК) Казахстан занимает 87-ю позицию по уровню младенческой смертности с показателем 27,0 на 1000 родившихся живыми, при этом различия статистических данных обусловлены использованием расчетов на основе международных критериев живого- и мертворождения. С 1 января 2008 года показатель младенческой смертности в Казахстане регистрируется с учетом критериев живого- и мертворождения, рекомендованных ВОЗ, который составил 20,76 при прогнозируемом 30,0 на 1000 родившихся живыми. В структуре причин младенческой смертности первое место занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде (61,0%), второе – врожденные пороки развития (18,4%), на третьем – болезни органов дыхания (8,5%).

С 2008 года началась реализация отраслевой Программы по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008–2010 годы<sup>3</sup>. Реализация программы улучшит материально-техническое оснащение родовспомогательных и детских организаций, будут построены новые родильные дома и детские больницы, будут внедрены передовые технологии в области перинатологии.

Для коренного улучшения ситуации созданы республиканский и региональные штабы по принятию неотложных мер для снижения материнской и младенческой смертности.

#### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

За последние годы наметилась тенденция к увеличению уровня заболеваемости болезнями системы кровообращения. Данный показатель в сравнении с 2007 годом (1906,6 на 100 тыс. населения) составил в 2008 году 2170,4 на 100 тыс. населения.

Наибольший удельный вес (50,2%) в структуре общей смертности приходится на болезни системы кровообращения (БСК). В 2008 году число умерших от БСК составило 77 773 человека. В целях снижения смертности от БСК разработана Программа развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007–2009 годы. В 2008 году открыты кардиохирургические отделения в 3 областях. По итогам 2008 года 58 специалистов кардиохирургического профиля прошли или проходят повышение квалификации в клиниках ближнего и дальнего зарубежья.

С 2008 года проводятся скрининговые обследования взрослого населения на выявление болезней системы кровообращения. С целью снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний продолжается обеспечение пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы льготными лекарственными препаратами.

По итогам 2008 года показатель заболеваемости сахарным диабетом увеличился по сравнению с 2007 годом, составив 135,0 и 129,2 на 100 тыс. населения соответственно. Начиная с 1996 года из республиканского бюджета выделяются средства на централизованный закуп противодиабетических препаратов, при этом выделяемая сумма ежегодно увеличивается: если в 2004 году было выделено 1265,1 млн. тенге, то в 2008 году – 2776,3 млн. тенге. В целом увеличение расходов связано с ростом числа инсулинозависимых больных, выбором более качественных форм препаратов инсулина и средств доставки, а также корректировки цен с учетом коэффициента инфляции за 2004–2008 годы.

Несмотря на некоторое снижение показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями (с 184,7 до 179,6<sup>4</sup>), смертность от них занимает третью позицию в структуре причин общей смертности и составляет 104,6 на 100 тыс. населения в 2008 году против 111,8 в 2007 году.

В рамках совершенствования онкологической помощи в 2008 году акцент сделан на раннюю выявляемость злокачественных новообразований путем проведения профилактических осмотров целевых групп и использования прогрессивных методов диагностики и лечения.

Для снижения смертности от онкогематологической патологии в рамках республиканского бюджета предусмотрено выделение средств для закупки химиопрепаратов гематологическим больным на сумму 1252 млн. тенге.

В сравнении с предыдущим годом в 2008 году отмечалось снижение показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза (со 126,4 до 125,6 и с 18,1 до 17,2 на 100 тыс. населения соответственно), однако эпидемиологическая ситуация остается напряженной. В рейтинге ГИК Казахстан занимает 94-е место по заболеваемости туберкулезом и 111-ю позицию по влиянию туберкулеза на бизнес. Несмотря на проводимое масштабное строительство, реализацию программы лечения туберкулеза DOTS-плюс, актуальными остаются вопросы эпидемиологического надзора за распространением болезни, развития лекарственной устойчивости, смертности. Для решения этой проблемы будет проведен аудит деятельности противотуберкулезной службы и разработан межведомственный комплекс мер, включающий стандарты диагностики туберкулеза, требования к качеству противотуберкулезных препаратов, критерии госпитализации, меры эпидемиологического мониторинга, стандарты материально-технического оснащения. Будет расширена роль первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в раннем выявлении туберкулеза (внедрение стимулов за раннее выявление).

<sup>2</sup> The Global Competitiveness Report 2008–2009 (World Economic Forum, 2008).

<sup>3</sup> В соответствии с Конвенцией о правах ребенка, принятой Генеральной ассамблеей ООН и ра-

тифицированной Законом Республики Казахстан от 8 июня 1994 года.

<sup>4</sup> Здесь и далее по тексту показатель заболеваемости на 100 тыс. населения.



Другой крайне актуальной медико-социальной проблемой является наркомания. Отмечается рост показателя заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ на 100 тыс. населения – с 382,9 в 2007 году до 391,7 в 2008 году.

Для реализации республиканских и региональных программ по сокращению спроса на наркотики, лечению и реабилитации наркозависимых лиц во всех регионах республики создаются региональные центры (отделения) медико-социальной реабилитации наркозависимых лиц, стационарные отделения для лечения и медико-социальной реабилитации несовершеннолетних, страдающих наркологическими расстройствами. В целях координации действий по противодействию распространению наркозависимости в Республике Казахстан Министерством здравоохранения совместно с Министерством внутренних дел и Министерством культуры и информации Республики Казахстан 30 мая 2007 года утвержден Совместный план по проведению антинаркотической пропаганды, повышению эффективности мероприятий по профилактике, лечению и социальной реабилитации наркозависимых лиц на 2007–2009 годы.

По данным ВОЗ, Казахстан находится в концентрированной стадии эпидемии ВИЧ/СПИДа (0,2% населения при среднем мировом показателе 1,1%). В рейтинге ГИК Казахстан занимает 23-е место по распространенности ВИЧ и 95-ю позицию по влиянию ВИЧ на бизнес.

По итогам 2008 года в республике зарегистрировано 2318 ВИЧ-носителей, что на 16% больше, чем за аналогичный период прошлого года (1973 человека). Основным путем передачи ВИЧ остается инъекционное употребление наркотиков, на который приходится 60,4%, на половой путь передачи – 29,6%, на остальные пути приходится 10%.

Мероприятия по стабилизации распространения ВИЧ-инфекции проводятся в соответствии с Программой по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006–2010 годы, утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан №1216 от 15 декабря 2006 года, ведомственными и региональными программами. Данная программа предусматривает расширение профилактических мероприятий, а также обеспечение в полном объеме антиретровирусной терапией нуждающихся в ней больных СПИДом.

#### САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ

По итогам 2008 года в республике отмечается стабильная эпидемиологическая ситуация. Не зарегистрированы случаи заболевания населения паратифами, полиомиелитом, чумой, туляремией. Зарегистрированы единичные случаи брюшного тифа, лептоспироза, дифтерии, столбняка.

По сравнению с 2007 годом отмечено снижение заболеваемости гриппом в 8,2 раза, острыми вирусными гепатитами – на 39,7%, в том числе вирусным гепатитом А – на 41,9%, вирусным гепатитом В – на 19,2%,

менингококковой инфекций – на 36%, коклюшем – на 35,6%, сальмонеллезом – на 26,5%, педикулезом – на 24,7%, иерсиниозом – на 30,5%, листериозом – на 18,1%, сифилисом – на 11,2%, эпидемическим паротитом – на 10,9%, туберкулезом органов дыхания – на 10,7%, острыми респираторными вирусными инфекциями – на 10,6%, чесоткой – на 9%, эхинококкозом – на 7,1%, риккетсиозами – на 9 случаев, бешенством – на 4 случая.

В то же время отмечен рост заболеваемости геморрагическими лихорадками в 1,7 раза, краснухой – на 22,9%, ротавирусными энтеритами – на 15,0%, бруцеллезом – на 11,7%, острыми кишечными инфекциями – на 2,9%, сибирской язвой – на 10 случаев, корью – на 7 случаев, клещевым энцефалитом – на 2 случая.

В настоящее время за счет средств республиканского бюджета проводится вакцинация против 17 наиболее опасных инфекций, внедряются современные комбинированные вакцины, сертифицированные ВОЗ. В 2008 году введена вакцинация детей до 2 лет против гемофильной инфекции, которая постановлением Правительства РК от 22 января 2008 года №40 включена в Национальный календарь прививок.

Обеспечивался необходимый объем профилактических мероприятий в природных очагах чумы, по недопущению заболеваемости проживающего на данной территории населения. Эпизоотологическое обследование проведено на площади 742 711 кв. км, эпизоотия чумы среди грызунов выявлена на площади 36 700 кв. км. Созданы защитные зоны вокруг 349 населенных пунктов. Привито против чумы 117 530 человек.

Приняты меры по значительному усилению санитарно-эпидемиологического надзора за объектами производства и реализации пищевой продукции. В связи с вступлением с 2008 года в силу Закона Республики Казахстан от 21 июля 2007 года «О безопасности пищевой продукции» разработаны и приняты 15 подзаконных нормативно-правовых актов, регулирующих нормы по контролю за безопасностью пищевой продукции, в том числе 10 постановлений Правительства РК и 5 приказов Министерства здравоохранения. Объем забракованной продукции по сравнению с 2007 годом увеличился в три раза – с 372 448 кг до 1 272 987 кг в 2008 году. Вся несоответствующая гигиеническим нормативам продукция забракована и снята с реализации.

Были продолжены мероприятия по контролю за обеспечением населения безопасной питьевой водой, в рамках реализуемых республиканской и региональных программ по улучшению водоснабжения. Обеспеченность населения водопроводной водой в 2008 году увеличилась и составила 81,8%. Удельный вес несоответствующих по бактериологическим показателям проб водопроводной питьевой воды составил 1,6%.

#### МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ И РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В 2008 году в системе Министерства здравоохранения РК медицинскую помощь населению Казахстана ока-



звали 979 больниц, из них 840 – государственные, 139 – частные; амбулаторно-поликлиническую помощь – 3720 амбулаторно-поликлинических организаций (включая самостоятельные амбулаторно-поликлинические организации и поликлиники, входящие в состав больничных организаций, диспансеров), из которых 2673 – государственные, 950 – частные. Скорую медицинскую помощь оказывали 283 станции (отделения) скорой медицинской помощи, в том числе 5 – частные. В течение 2008 года число стационаров уменьшилось на 20 (2%), в основном за счет сокращения маломощных сельских участковых больниц и преобразования их во врачебные амбулатории.

Кочный фонд стационарных организаций представлен койками круглосуточного пребывания и койками дневного пребывания. В связи с реструктуризацией коечного фонда произошло сокращение числа коек круглосуточного пребывания на 923 койки (0,9%). Обеспеченность данными койками на 100 тыс. населения в 2008 году снизилась и составила 66,8 (в 2007 году – 68,3). К началу 2009 года число коек дневного пребывания в больнице составило 1957 (в 2007 году – 1974 места), число коек дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических организациях составило 9581, рост – на 588 (6,5%).

В 2008 году число госпитализированных на 100 жителей (уровень госпитализации) в стационары круглосуточного пребывания составило 17,5 (в 2007 году – 17,4). Число пролеченных больных в дневных стационарах увеличилось до 399 504 человек (в 2007 году – 371 801). Реструктуризация коечного фонда отразилась в следующих показателях: среднегодовая занятость койки осталась на прежнем уровне и составила 324 дня, как и в прошлом году, средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре составила 12,4 дня (в 2007 году – 12,8).

Число государственных амбулаторно-поликлинических организаций увеличилось на 3%, мощность их несколько увеличилась – на 834 (0,4%) посещения в смену, а деятельность их имеет тенденцию к снижению, число посещений на 1 жителя составило 6,6 против 6,8 в 2007 году. Число станций и отделений скорой медицинской помощи осталось на прежнем уровне, при этом увеличилось число вызовов на 61 003 (1,2%), число обслуженных лиц при выездах увеличилось на 74 139 человек и составило 320,7 на 1000 человек (в 2007 году – 319,8).

Недостаточная эффективность деятельности ПМСП, неэффективность деятельности больничного сектора, низкий уровень информатизации здравоохранения определяют малоэффективность инфраструктуры отрасли. Для улучшения этой ситуации будет проведена реструктуризация больничного сектора путем нормирования и типизации больниц. Введение в эксплуатацию новых объектов здравоохранения, строящихся в рамках проекта «Строительство 100 больниц», позволит рационализировать имеющуюся коечную

мощность. Основой будущей модели станут многопрофильные больницы. Кроме того, в г. Астана развивается Национальный медицинский холдинг, который станет научной, практической базой для оказания высокоспециализированной помощи в регионе, центром подготовки и переподготовки медицинских кадров. Будет проведено укрепление первичного звена за счет подготовки врачей общей практики, а также преобразования скорой медицинской помощи путем переадресации пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, в амбулаторно-поликлинические организации.

В целях развития инфраструктуры здравоохранения будет усовершенствована инвестиционная политика, в частности проекта «Строительство 100 больниц», разработаны национальные стандарты, регламентирующие инфраструктуру здравоохранения, в первую очередь в сельской местности. Будет разработана долгосрочная программа строительства и развития университетских клиник в опорных городах республики, разработаны и внедрены современные системы медицинской транспортировки и эвакуации, включая модернизацию системы экстренной медицинской помощи населению (на базе Национального медицинского холдинга).

#### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

По данным широкомасштабного интервьюирования населения, проведенного в 2007 году<sup>5</sup>, только 46,9% опрошенных отмечают улучшение качества лечения в организациях здравоохранения.

В рамках деятельности по развитию независимой экспертизы в 2008 году организовано обучение 259 специалистов практического здравоохранения по основам экспертной деятельности. Аккредитованы на право проведения независимой экспертизы 129 специалистов по различным медицинским профилям, а также 6 общественных объединений на право проведения экспертной оценки в области здравоохранения.

В целях дальнейшей стандартизации процедур, используемых в отрасли здравоохранения, внедрены 200 протоколов диагностики и лечения заболеваний на стационарном и амбулаторно-поликлиническом уровне и разработаны 100 протоколов оказания скорой помощи и лечения детей раннего возраста. От общего числа проверенных медицинских организаций 95% используют указанные протоколы на практике. Кроме того, разработана нормативная база для внедрения в 2009 году современных технологий управления качеством медицинских услуг (независимая экспертиза, внутренний аудит, аккредитация субъектов здравоохранения).

<sup>5</sup> Мнение населения о деятельности здравоохранения (социологическое исследование МЗ РК, 2007 год).



## ФИНАНСИРОВАНИЕ ОТРАСЛИ

В последние годы объем государственных расходов на систему здравоохранения увеличился в абсолютном исчислении с 134,7 млрд. тенге в 2004 году до 377,5 млрд. тенге в 2008 году, в процентах к ВВП – с 2,3% в 2004 году до 2,4% в 2008 году. Расходы здравоохранения на душу населения выросли с 8740 тенге в 2004 году до 24 251 тенге в 2008 году. Объем средств на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи увеличился с 90,5 млрд. тенге в 2004 году до 227,9 млрд. тенге в 2008 году, или в расчете на 1 жителя за этот период с 6025 тенге до 14 639 тенге.

Недостаточное использование эффективных механизмов финансирования (фондодержание, тарификатор, двухкомпонентный подушевой норматив (ДКПН), клиничко-затратные группы (КЗГ), существующая система тарифообразования, не включающая обновление основных фондов, низкая самостоятельность государственных организаций здравоохранения и отсутствие квалифицированных менеджеров тормозят развитие конкуренции в отрасли. Остается крайне низким уровень оплаты труда медицинских работников, что отражается на качестве предоставляемых услуг.

В целях повышения эффективности управления здравоохранением будет разработана новая модель здравоохранения, соответствующая перспективным целям социально-экономического развития страны. Будет рассмотрен вопрос о поэтапном введении в системе здравоохранения начиная с 2010 года Централизованного государственного покупателя медицинских услуг ГОБМП на основе существующей бюджетной модели здравоохранения. В целях совершенствования финансирования ГОБМП будут определены единые объемы подушевого финансирования ГОБМП по регионам. Будет осуществлена программная консолидация бюджетов в здравоохранении. Совершенствование ГОБМП будет осуществляться путем его конкретизации и оптимизации (на основе объективных критериев) и перераспределения финансирования между уровнями оказания медицинской помощи в сторону расширения объемов ПМСП и оптимизации объемов специализированной помощи.

В целях развития конкуренции и частного сектора в здравоохранении будет широко использовано государственно-частное партнерство (в рамках совместного проекта, финансируемого Всемирным банком), передача объектов, имущества, оборудования в аренду, доверительное управление частным компаниям. Внедрена стимулирующая тарифная политика.

Для решения проблемы нарушения исполнительской и финансовой дисциплины в сфере здравоохранения будет разработан комплекс антикоррупционных, профилактических мер по недопущению указанных нарушений, который будет включать в себя создание службы внутреннего аудита не только в Министерстве здравоохранения, но и в структуре местных органов управления здравоохранением в пределах лимита штатной численности.

## ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

По итогам 2008 года в республике насчитывается более 9 тыс. объектов фармацевтической деятельности, около 4 тыс. сельских населенных пунктов не имеют аптечных объектов ввиду своей непривлекательности для развития предпринимательства, и лишь в 64% (3205 объектов) из них организована реализация лекарственных средств через объекты ПМСП.

Фармацевтический сектор Казахстана в основном (до 95%) представлен субъектами малого и среднего бизнеса.

Обучение персонала и оснащение лабораторной базы республики, обеспечивающей контроль за безопасностью, эффективностью и качеством регистрируемых лекарственных средств, значительно повысили качество проводимых работ. Так, из 2286 наименований лекарственных средств, заявленных на государственную регистрацию в 2008 году, по показателям качества были отклонены 193 позиции, или 8,4% (в 2007 году – 3,4%).

По состоянию на 1 января 2009 года в Республике Казахстан зарегистрировано 20 176 наименований лекарственных средств, что в сравнении с 2007 годом (14 928) больше на 5248 наименований (26%).

Для осуществления государственного контроля и надзора за фармацевтической деятельностью в 2008 году продолжено обучение 20 специалистов государственного органа (Датский колледж фармацевтической практики «Фармакон») и 15 специалистов экспертного органа в сфере обращения лекарственных средств (ГУ «Государственный учебный Центр надлежащей производственной практики» в г. Киеве).

В 2008 году также продолжены мероприятия по обеспечению населения лекарственными средствами в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 марта 2008 года №131 утвержден I том национальной фармакопеи.

В соответствии с поручением Главы государства разработан пакет нормативных правовых актов, направленных на совершенствование системы лекарственного обеспечения и внедрение единой системы дистрибуции лекарственных средств.

## СИСТЕМА РАЗВИТИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ И МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

В целях удовлетворения потребностей республики в квалифицированных специалистах с высшим медицинским и фармацевтическим образованием Государственной программой предусмотрено поэтапное увеличение приема обучающихся в медицинские вузы в рамках государственного образовательного заказа. Так, если в 2004 году в медицинские вузы по государственному образовательному гранту было принято 1745 человек, то в 2008 году государственный образовательный заказ составил 4500 человек, в 2009 году ожидается прием по государственно-



му образовательному заказу 5000 человек. Проведены мероприятия по совершенствованию материально-технической оснащённости учебно-клинических центров, с учетом международных требований обучены преподаватели медицинских вузов. Для повышения качества клинической подготовки выпускников начнется строительство университетских клиник для 4 медицинских вузов республики.

Проведена большая работа по разработке проекта стандартов институциональной аккредитации медицинских организаций образования на основе международных стандартов ВФМО по улучшению качества базового медицинского образования с внесением национальных особенностей системы здравоохранения и медицинского образования. Данные стандарты в настоящее время находятся на утверждении в МОН РК, а также разработаны документы по обеспечению процедуры аккредитации.

Несмотря на увеличение обеспеченности населения врачами всеми специальностями (с 36,4 в 2007 году до 36,9 на 10 000 населения в 2008 году), обеспеченность врачами практического профиля на протяжении ряда лет остается практически на одном уровне. Снижается укомплектованность медицинских организаций врачами (с 96,2% в 2004 году до 93,4% в 2007 году) и средними медицинскими работниками (с 98,3 до 97,2% соответственно). В сельских регионах эти показатели еще ниже.

Согласно поручению Главы государства при Правительстве Республики Казахстан создана рабочая группа для выработки предложений по механизму закрепления медицинских кадров в сельской местности.

В целях повышения качества подготовки специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием и приближения уровня подготовки к международным требованиям в рамках государственных бюджетных программ продолжается обучение специалистов здравоохранения за рубежом и внутри страны с привлечением ведущих зарубежных специалистов.

Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 февраля 2008 года №79 утверждена Концепция реформирования медицинской науки Республики Казахстан на 2008–2012 годы (далее – Концепция), начата реализация первого этапа мероприятий, предусмотренных Концепцией.

Таким образом, на основании проведенного анализа и выявленных проблем Министерством здравоохранения Республики Казахстан определены следующие направления деятельности.

Основным документом, который будет определять системные решения существующих проблем в отрасли на ближайшие 3 года, является Стратегический план Министерства здравоохранения на 2009–2011 годы.

Расходы республиканского бюджета на реализацию Стратегического плана в 2009 году предусмотрены в объеме 299,5 млрд. тенге; в 2010 году – в объеме 411,6 млрд. тенге, а в 2011 году – 368,9 млрд. тенге.

Основными стратегическими направлениями 2009 года являются:

1. «Укрепление здоровья граждан» – ставит целью улучшение здоровья матери и ребенка, снижение бремени социально значимых болезней, травматизма, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, формирование здорового образа жизни и правильное питание – 122,2 млрд. тенге.
2. «Повышение эффективности управления системой здравоохранения» – решает задачи совершенствования системы управления и финансирования, развития инфраструктуры здравоохранения и повышение доступности и качества лекарственных средств – 165,7 млрд. тенге.
3. «Развитие кадровых ресурсов» – предусматривает обеспечение отрасли квалифицированными кадрами, отвечающими потребностям общества, и повышение качества научных исследований в области здравоохранения – 11,6 млрд. тенге.

Основные расходы на период 2010–2011 годов будут связаны с необходимостью выстраивания оптимальной инфраструктуры здравоохранения, поэтапным внедрением тарифообразования; методики, стимулирующей развитие конкуренции среди поставщиков медицинских услуг, совершенствования клиничко-затратных групп, механизмов фондодержания и двухкомпонентного подшевого норматива в организациях здравоохранения.

В соответствии с поручением Главы государства министерство приступило к разработке долгосрочной модели здравоохранения, предусматривающей внедрение экономического регулирования и стимулов, обеспечение солидарной ответственности граждан и работодателей посредством изменения финансовой модели.

Целью долгосрочной модели является определение и закрепление стратегических принципов совершенствования системы организации и управления здравоохранения на период с 2010 по 2020 год, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, формирование и эффективное функционирование системы предоставления доступных и качественных медицинских услуг, а также разработка и внедрение новых схем организации медицинской помощи и управления здравоохранением на основе дальнейшего устойчивого развития отрасли.

Преимуществом новой модели будет свободный выбор врача пациентом, получение им полной информации о состоянии своего здоровья, о предлагаемых методах обследования и лечения, об их преимуществах и недостатках, о степени риска и экономические методы управления, включая введение двухкомпонентного подшевого норматива и увеличение заинтересованности медицинских работников в конечных результатах своего труда; поэтапная подготовка и переподготовка медицинских кадров по общей врачебной практике.