

РОЛЬ ПМСП В СНИЖЕНИИ БРЕМЕНИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Суть проблемы

Для современного мирового общества, как и для Казахстана, хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются глобальной проблемой не только медицинского, но и социально-экономического значения. Ежегодно наблюдается рост числа больных с ХНИЗ, которые приводят к ухудшению качества жизни пациентов, тяжелым осложнениям с потерей трудоспособности и необходимостью длительного затратного лечения, в том числе стационарного.

В 87,5% причинами бремени ХНИЗ являются 4 основных фактора риска: высокое артериальное давление, повышенный уровень холестерина, табакокурение и употребление алкоголя.

Так, по данным ВОЗ (Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles) годовой уровень потребления алкоголя в Казахстане (в эквиваленте литров чистого спирта/душа населения в год) возрос с 7,1 в 2007 году до 8,0 в 2016 году.

По результатам Глобального опроса населения о потреблении табака, проведенного в 2016 году, распространенность табакокурения в Казахстане (% курения табака в

возрасте старше 15 лет) составила 24% (в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) – 18,4 %).

В 2016 году Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения было организовано и проведено исследование с целью выявить элементы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), нуждающиеся в укреплении для недопущения необоснованных госпитализаций при заболеваниях поддающихся амбулаторному лечению (ЗПАЛ) в Республике Казахстан.

Сердечно-сосудистые заболевания, респираторные заболевания и раковые заболевания являются тремя главными причинами смертности в Казахстане. Этих заболеваний и ряда других ХНИЗ можно было бы избежать при эффективно функционирующей деятельности ПМСП, путем улучшения предоставления медицинских услуг с выработкой комплекса мер, направленных на создание благоприятных условий в пользу здорового образа жизни, усиления профилактической направленности, повышения информированности населения с целью снижения факторов риска при тех или иных заболеваниях, обеспечения условий для здорового питания и физической активности,

укрепления межведомственного взаимодействия ПМСП с другими службами, а также экономической поддержкой государства.

Экспертами был рекомендован перечень ЗПАЛ с оценкой доли госпитализаций, которых можно было бы избежать развития тяжелых осложнений, потери трудоспособности, экономически затратной госпитализации путем принятия эффективных мер на уровне ПМСП, к примеру, в 75% при артериальной гипертензии, в 44% при инфекциях мочевыводящих путей, и в 42% при стенокардии.

В сравнении со странами ОЭСР средняя продолжительность жизни при рождении в 2017 году в Республике Казахстан на 7,7 лет меньше (Казахстан - 72,95 лет, страны ОЭСР - 80,5 лет). Сохраняется значительная разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин при рождении (2017 год – 11,9 лет).

Основными причинами преждевременной смертности являются 4 группы ХНИЗ, на долю которых приходится более 80% случаев смертей, а именно: болезни системы кровообращения, в том числе ишемическая болезнь сердца, инсульты; заболевания дыхательной

РОЛЬ ПМСП В СНИЖЕНИИ БРЕМЕНИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Суть проблемы

Для современного мирового общества, как и для Казахстана, хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются глобальной проблемой не только медицинского, но и социально-экономического значения. Ежегодно наблюдается рост числа больных с ХНИЗ, которые приводят к ухудшению качества жизни пациентов, тяжелым осложнениям с потерей трудоспособности и необходимостью длительного затратного лечения, в том числе стационарного.

В 87,5% причинами бремени ХНИЗ являются 4 основных фактора риска: высокое артериальное давление, повышенный уровень холестерина, табакокурение и употребление алкоголя.

Так, по данным ВОЗ (Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles) годовой уровень потребления алкоголя в Казахстане (в эквиваленте литров чистого спирта/душа населения в год) возрос с 7,1 в 2007 году до 8,0 в 2016 году.

По результатам Глобального опроса населения о потреблении табака, проведенного в 2016 году, распространенность табакокурения в Казахстане (% курения табака в возрасте старше 15 лет) составила 24% (в

странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) – 18,4 %).

В 2016 году Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения было организовано и проведено исследование с целью выявить элементы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), нуждающиеся в укреплении для недопущения необоснованных госпитализаций при заболеваниях поддающихся амбулаторному лечению (ЗПАЛ) в Республике Казахстан.

Сердечно-сосудистые заболевания, респираторные заболевания и раковые заболевания являются тремя главными причинами смертности в Казахстане. Этих заболеваний и ряда других ХНИЗ можно было бы избежать при эффективно функционирующей деятельности ПМСП, путем улучшения предоставления медицинских услуг с выработкой комплекса мер, направленных на создание благоприятных условий в пользу здорового образа жизни, усиления профилактической направленности, повышения информированности населения с целью снижения факторов риска при тех или иных заболеваниях, обеспечения условий для здорового питания и физической активности, укрепления межведомственного взаимодействия ПМСП с другими службами, а

также экономической поддержкой государства.

Экспертами был рекомендован перечень ЗПАЛ с оценкой доли госпитализаций, которых можно было бы избежать развития тяжелых осложнений, потери трудоспособности, экономически затратной госпитализации путем принятия эффективных мер на уровне ПМСП, к примеру, в 75% при артериальной гипертензии, в 44% при инфекциях мочевыводящих путей, и в 42% при стенокардии.

В сравнении со странами ОЭСР средняя продолжительность жизни при рождении в 2017 году в Республике Казахстан на 7,7 лет меньше (Казахстан - 72,95 лет, страны ОЭСР - 80,5 лет). Сохраняется значительная разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин при рождении (2017 год – 11,9 лет).

Основными причинами преждевременной смертности являются 4 группы ХНИЗ, на долю которых приходится более 80% случаев смертей, а именно: болезни системы кровообращения, в том числе ишемическая болезнь сердца, инсульты; заболевания дыхательной системы, в том числе хроническая обструктивная болезнь легких; онкологические заболевания и внешние причины (травмы и отравления).

РОЛЬ ПМСП В СНИЖЕНИИ БРЕМЕНИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Особое внимание следует уделить необходимости усовершенствовать раннее выявление и своевременное лечение предраковых заболеваний в соответствии с рекомендациями экспертов ОЭСР, так как показатели пятилетней выживаемости в Казахстане от злокачественных новообразований составляет менее 57%, тогда как в странах ОЭСР – 66%.

В настоящее время перед системой здравоохранения Казахстана стоит задача продлить период активности жизни населения, оказать качественную помощь и сохранить трудоспособность граждан. Основная роль в этом отведена первичному медико-санитарному звену системы здравоохранения.

Как было

Казахстан одна из стран постсоветского пространства и в течение 20 лет медицинское наблюдение за больными с ХНИЗ осуществлялось по программе всеобщей диспансеризации населения, принятой еще в 1986 году в Советском Союзе. Согласно результатам диспансеризации участковые врачи (терапевты и педиатры) проводили отбор по трем группам «Д» учета: I группа здоровых, II группа практически здоровых и III группа больных.

Из данных групп участковыми врачами учитывались только пациенты с факторами

риска возникновения определенных заболеваний (генетического, производственного характера) и давались рекомендации по их диспансерному наблюдению.

Всеобщая ежегодная диспансеризация имела ряд недостатков:

процесс диспансеризации был малоэффективен и затратен;

не влиял на уровень заболеваемости и рост бремени неинфекционных болезней;

суть диспансеризации была только в обследовании и выявлении болезней без реализации последующего комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мер;

слабый круг обязанностей и незаинтересованность средних медицинских и врачей при оказании медицинских услуг хроническим больным;

слабое взаимодействие между специалистами разного профиля;

отсутствие контроля или низкий контроль лечения хронических заболеваний в период ремиссии;

отсутствие самоконтроля пациентов и др.

Что сделано

С начала 2000 годов здравоохранением Казахстана сделан рывок в развитии благодаря реализации

мероприятий государственных программ реформирования и развития здравоохранения, в ходе которых пересмотрена законодательная база здравоохранения, достигнуто значительное улучшение основных индикаторов здоровья населения.

Создана эффективная и устойчивая система здравоохранения через совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения (ЕНСЗ).

Система финансирования ПМСП прошла эволюционный путь от бюджетно-сметного финансирования до двухкомпонентного подушевого норматива. Внедрены новые формы управления и финансирования, ориентированные на развитие автономности организаций здравоохранения с переходом на право хозяйственного ведения, конкуренции и постоянное повышение качества оказываемых медицинских услуг.

В целях ликвидации неравенства в обеспечении гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и справедливого распределения минимального объема медицинских услуг населению на амбулаторном уровне с 2014 года внедрена система комплексного подушевого норматива (КПН), основанная на принципах

РОЛЬ ПМСП В СНИЖЕНИИ БРЕМЕНИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

международной практики. Предусмотрена единая республиканская бюджетная программа, которая в форме трансферта доводит средства до каждой области по принципу минимального подушевого финансирования через модель «центральное правительство–заказчик, местные исполнительные органы–исполнитель».

Это позволило «наполнить» подушевой норматив и контролировать качество предоставляемых услуг местными исполнительными органами. Кроме того, местные исполнительные органы имеют право добавлять финансовые средства к минимальному финансированию.

Также в КПН предусмотрен стимулирующий компонент подушевого норматива (СКПН), который дополнительно выплачивается специалистам ПМСП при достижении конечных результатов и целевых показателей здоровья (например, в случае достижения показателей по снижению материнской и младенческой смертности на территориальном участке, раннему выявлению злокачественных новообразований, туберкулеза). При этом СКПН является основой дифференцированной оплаты труда для медицинских работников.

Принятые меры направлены на снижение потребления затратных стационарных услуг, на усиление ПМСП с

мотивацией медицинского персонала и созданием стимулов для населения через введение скрининговых программ и бесплатного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне, а также мероприятий по улучшению менеджмента и качества услуг.

Взаимодействие с самостоятельными медицинскими центрами, оказывающими диагностические услуги, осуществляется через систему взаиморасчетов с организациями ПМСП по факту оказанных услуг, в результате чего отбор пациентов для направления пациентов на дополнительные обследования и консультации стал более дифференцированным.

Введение КПН позволило привлечь к предоставлению услуг первичного звена частных поставщиков медицинских услуг, появились первые признаки конкуренции в системе здравоохранения, что положительно влияет как на качество услуг, так и на доступность.

Динамично развивается инфраструктура здравоохранения. Сеть организаций ПМСП представлена 416 медицинскими организациями, в том числе 212 или 51% в сельской местности. Сеть ПМСП села является более разветвленной с разнообразием организаций (медицинские пункты, фельдшерско-акушерские пункты), созданных в целях обеспечения доступности ПМСП с учетом географических и

демографических особенностей страны: большая территория и неравномерная плотность населения.

Национальная скрининговая программа позволяет выявлять и предотвращать заболевания на ранних стадиях.

В настоящее время в Казахстане проводится 6 скринингов:

- осмотр взрослого населения на раннее выявление поведенческих факторов риска;
 - осмотр взрослого населения в возрасте 30-70 лет на раннее выявление артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета;
 - осмотр женского населения в возрасте 30-70 лет на раннее выявление рака шейки матки;
 - осмотр женского населения в возрасте 40-70 лет на раннее выявление рака молочной железы;
 - осмотр взрослого населения в возрасте 50-70 лет на раннее выявление колоректального рака;
 - осмотр взрослого населения в возрасте 40-70 лет на раннее выявление глаукомы;
- а также скрининговые осмотры детского населения до 18 лет, направленные на профилактику, раннее выявление и предупреждение заболеваний, развитие

РОЛЬ ПМСП В СНИЖЕНИИ БРЕМЕНИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

которых связано с особенностями анатомо-физиологического развития в различные возрастные периоды жизни, в том числе в подростковом периоде.

За 9 месяцев 2018 года скрининг прошли более 9 миллионов человек,

из них взрослых более 5 миллионов человек, в 3% выявлено заболеваний;

из них детей около 4 миллионов человек, в 11% выявлено заболеваний.

За счет государства обеспечено предоставление рецептов на бесплатное получение лекарственных средств на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Более 2 миллионов человек бесплатно получили 362 наименований лекарств для лечения 49 наиболее распространенных заболеваний, а также лекарственные средства для лечения редких и тяжелых заболеваний.

Работа данных систем направлена на сбор данных по широкому кругу вопросов на уровне ПМСП, начиная с учета и взаиморасчета между медицинскими организациями за оказанные медицинские услуги, а также учета назначения лекарственных средств в рамках ГОБМП и заканчивая управлением человеческими ресурсами.

Таким образом, необходимо отметить, что в стране имеется организационно выстроенная и технически обеспеченная

инфраструктура амбулаторно-поликлинической службы, с достаточным кадровым потенциалом.

Однако сравнительный анализ отечественной системы ПМСП и стран ОЭСР выявил ряд ключевых проблем и вопросов, требующих решения.

В 2018 году Министерством был принят нормативный акт «Об утверждении основных направлений развития ПМСП в Республике Казахстан на 2018-2022 годы» (Концепция), что было вызвано необходимостью:

- модернизации и приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи;
- улучшения доступности медицинских услуг, удовлетворения потребности населения в качественной, доступной, социально-ориентированной ПМСП;
- внедрения в ПМСП современных, наиболее эффективных методов управления, организации процесса оказания профилактической и медицинской помощи принятых в странах ОЭСР.
- достижения равенства в отношении здоровья, социальной справедливости и ликвидации социальной изоляции, путем обеспечения всеобщего доступа и социальной защиты здоровья,
- интеграции деятельности в области общественного здравоохранения с

первичной медицинской помощью и проведения рациональной государственной политики во всех секторах.

Концепция определяет ПМСП приоритетным видом оказания медицинской помощи, обеспечивающим всеобщий охват населения, центральным организатором и координатором всей системы оказания медицинских услуг населению. Дальнейшее развитие ПМСП предусматривает углубление мер, направленных на развитие универсальной, интегрированной, социально ориентированной, доступной и качественной медицинской помощи на первичном звене.

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

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

Концепция развития ПМСП в Казахстане является согласованным на

РОЛЬ ПМСП В СНИЖЕНИИ БРЕМЕНИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

национальном уровне политическим документом, разработанным членами рабочей группы по модернизации и приоритетному развитию ПМСП при поддержке Министерства здравоохранения Республики Казахстан и Республиканского центра развития здравоохранения, в котором представлены согласованные подходы для создания устойчивой и надежной системы первичной медико-санитарной помощи в Казахстане.

Опыт экономически развитых стран показывает, что системы здравоохранения с сильным первичным звеном более эффективны, имеют более низкие показатели госпитализации, более высокие показатели по снижению неравенства в отношении здоровья и улучшения результатов, включая снижение смертности.

Несмотря на значительные достижения в национальной системе здравоохранения Казахстана и успехи реформ, предпринятых за два последних десятилетия, сфера оказания первичной медико-санитарной помощи в стране находится под возрастающим напряжением от растущего бремени хронических заболеваний и нуждается в системном преобразовании структуры в условиях перехода к человеко-ориентированному подходу.

Данный документ фокусируется на пяти стратегических направлениях:

- создание интегрированной системы первичной медико-санитарной помощи ориентированной на нужды людей;
- улучшение всеобщего охвата населения услугами первичной медико-санитарной помощи и обеспечение равного доступа;
- акцент на укрепление здоровья, профилактику, скрининг и раннее вмешательство;
- повышение потенциала первичной медико-санитарной помощи;
- цифровизация ПМСП, ориентированной на пациента.

ПМСП имеет решающее значение для внедрения новых подходов в предоставлении помощи населению, таких как сестринская помощь и уход за пациентами на дому, междисциплинарные подходы, а также оптимальное и соответствующее использование технологий здравоохранения, информационных и коммуникационных технологий.

Потребители услуг ПМСП также играют важную роль. Мы должны поддерживать каждого индивида и семью в осознанном выборе медико-социальной помощи и активном участии совместно со своим семейным врачом в вопросах здоровья.

В своем послании народу Казахстана 10 января 2018 года Президент Республики Казахстан Н. Назарбаев сказал, что с ростом продолжительности жизни населения и

развитием медицинских технологий объем потребления медицинских услуг будут расти и предложил ориентироваться не на дорогостоящее стационарное лечение, а на профилактику хронических неинфекционных заболеваний с переходом «от малоэффективной и затратной для государства диспансеризации к управлению основными хроническими заболеваниями...».

В рамках исполнения вышеуказанного поручения Главы государства о переходе от диспансеризации к управлению основными хроническими заболеваниями Министерство здравоохранения совместно с Республиканским центром развития здравоохранения и представителями практического здравоохранения разработал проект приказа «Об утверждении инструкции по организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями».

В данном проекте приказа определен Перечень заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению на уровне ПМСП. В Перечне заболеваний сокращено число заболеваний, подлежащих ранее диспансерному наблюдению с 254 до 25, в целях повышения доступности ПМСП при заболеваниях, наносящих демографический урон и снижения нагрузки на медицинских работников ПМСП.

РОЛЬ ПМСП В СНИЖЕНИИ БРЕМЕНИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Также в Казахстане с целью повышения внимания к ХНИЗ в медицинских организациях страны с 2013 года внедряется Программа управления заболеваниями (ПУЗ), которая нацелена на улучшение ведения ХНИЗ и снижение числа осложнений смертности, улучшение качества жизни лиц, живущих с хроническими заболеваниями через обеспечение интегрированного ухода и одновременное снижение расходов на систему здравоохранения за счет снижения уровня госпитализации.

Эффективность ПУЗ связана с ранним выявлением и лечением хронических заболеваний, не позволяя им прогрессировать, а также вовлечение пациента в самоменеджмент, когда пациенты сами участвуют в том, как лучше управлять своим хроническим заболеванием, поддерживать и улучшать качество своей жизни.

Так будет!

Согласно данным ОЭСР, опубликованных в «Обзор системы здравоохранения: Казахстан 2018» отражены следующие существенные преобразования в Казахстане в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В этой области были проведены основные реформы, которые дали весомые результаты: для ПМСП были подготовлены специально обученные кадры,

число которых быстро растет, медицинские учреждения ПМСП получили большую самостоятельность, были внедрены механизмы обеспечения качества медицинского обслуживания, организовано оказание новых видов услуг, позволяющих провести лечение болезней, усовершенствован механизм финансирования, что создает стимулы для повышения качества медицинских услуг.

Планируемые для реализации внедрение новой модели ГОБМП и обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) с последующим совершенствованием консультативно-диагностических услуг (КДУ), сокращением КДУ в рамках комплексного подушевого норматива с четким перечнем услуг для динамического наблюдения; переносом КДУ вне комплексного подушевого норматива в ОСМС; повышение тарифов на КДУ;

трансформация диспансеризации в программы управления заболеваниями 25 хронических заболеваний, как мера повышения эффективности ведения основных заболеваний; проекты ГЧП для создания компактных центров ПМСП, максимально приближенных к месту жительства прикрепленного населения; цифровизация ПМСП, охват электронными паспортами здоровья до 100% к 2020 году; закрепление ответственности МИО: предоставление МИО

в рамках трансфертов общего характера обязательств по созданию малых компактных центров ПМСП, позволят значительно увеличить период активности жизни населения, оказать качественную помощь и сохранить трудоспособность граждан.

Первый международный призыв к первичной медико-санитарной помощи в качестве основной стратегии достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения, иначе известный как «Здоровье для всех/Health For All» был отражен в Алма-Атинской декларации, принятой в 1978 году. Руководствуясь его значениями равенства, солидарности и социальной справедливости, государства, подписавшие Алма-Атинскую декларацию согласилась, что все люди во всех странах имеют основополагающее право на здоровье и что правительства несут ответственность за соблюдение этого права.

Видение Алма-Атинской декларации состояло в том, чтобы изменить, понятие о здоровье и избежать больниц, специалистов и болезней, а также признание того, что здоровье – это не только отсутствие болезней, но и социальные, экономические причины и факторы окружающей среды, которые влияют на здоровье отдельных лиц и групп населения.

За 40 лет после Алма-Атинской декларации «Здоровье для всех/Health For

РОЛЬ ПМСП В СНИЖЕНИИ БРЕМЕНИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

All» многое изменилось: изменились государства и государственные устои, системы здравоохранения, ментальность и предпочтения населения.

В мае 2017 года на 70-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения ВОЗ Казахстан предложил обновить Алма-Атинскую Декларацию с учетом современных вызовов.

И вот 25-26 октября 2018 года в столице Казахстана городе Астана прошла Глобальная конференция, посвященная 40-летию развития ПМСП и подписания Алматинской Декларации по ПМСП, в рамках которой делегатами стран-участниц ВОЗ была официально принята Астанинская Декларация по ПМСП. Декларация Астаны подтверждает продолжение приверженности к исторической Алма-Атинской Декларации 1978 года, где впервые мировые лидеры признали первичную медико-санитарную помощь, как основу здравоохранения.

Многие страны успешно воплотили свои подходы к ПМСП на практике, что позволило внедрять инновации и лучше реагировать на потребности населения в медицинском обслуживании. Астанинская Декларация подтверждает, что несмотря на заметные успехи, достигнутые за последние 40 лет, у людей во всех регионах мира остаются неудовлетворенные потребности в сфере здравоохранения. Сохранение здоровья для многих является трудной задачей, особенно для людей, проживающих

в условиях бедности и уязвимости. *«Мы считаем неприемлемым с этической, политической, социальной и экономической точек зрения сохранение несправедливости в здравоохранении и неравенства в показателях здоровья. Мы будем продолжать бороться с растущим бременем неинфекционных заболеваний, которые ведут к ухудшению здоровья людей и преждевременной смертности в связи с употреблением табака, вредным употреблением алкоголя, нездоровыми формами поведения и образом жизни, а также с недостаточным уровнем физической активности и нездоровым рационом питания. Если мы не примем неотложные меры, мы по-прежнему будем терять жизни людей в результате войн, насилия, эпидемий, стихийных бедствий, воздействия изменения климата, экстремальных погодных явлений и других факторов окружающей среды на здоровье. Мы не должны упускать возможностей остановить вспышки заболеваний и глобальные угрозы здоровью, такие как устойчивость к противомикробным препаратам, которые распространяются за пределы государственных границ».*

Закключение

Итогом модернизации и приоритетного развития ПМСП должна стать построенная эффективная система здравоохранения на

основе социальной справедливости и ориентированности на нужды населения, будут заложены основы перехода к персонифицированной медицины, что позволит достичь следующих основных результатов.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении к 2030 году составит более 78 лет и выше.

Общая смертность населения Республики Казахстан снизится до 7,8 на 1000 населения.

Показатель материнской смертности к 2030 году снизится в 1,5 раза по отношению к 2014 году.

Уровень младенческой смертности снизится вдвое и станет соответствовать уровню ОЭСР.

Существенно улучшится здоровье населения со значительным снижением бремени ХНИЗ, с приоритетным вниманием лечению, контролю и целенаправленной профилактике ХНИЗ.

Будет создана модель здравоохранения, максимально доступная для всех слоев населения и пользующаяся их спросом и уважением.

Сейчас настало время дать новый импульс развитию ПМСП, как основе и будущему системы здравоохранения в целях достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и достижения целей в области устойчивого развития.

РОЛЬ ПМСП В СНИЖЕНИИ БРЕМЕНИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Система ПМСП должна не просто функционировать в качестве шлюза к более сложным медицинским или хирургическим процедурам, но и обеспечивать всесторонний и постоянный ответ на большую часть потребностей населения в области здравоохранения, а также заниматься профилактикой заболеваний посредством эффективных мер, направленных на укрепления здоровья граждан. Другими словами, система ПМСП должна функционировать таким образом, чтобы большинство контактов населения с системой здравоохранения начиналось, а поводы для

обращения эффективно устранялись на уровне ПМСП, и выдача направлений в организации более высокого уровня происходила лишь тогда, когда не удается провести эффективное лечение.

Необходимы активные усилия, направленные на повышение качества медицинских услуг, уделяя особое внимание ХНИЗ. Улучшить координацию и систематизацию медицинских услуг и обеспечить организацию многопрофильной работы, обеспечить координацию лечения в рамках всей системы здравоохранения и

повысить ответственность за предоставление оказываемых медицинских услуг.

Новое обязательство Астанинской Декларации, разработанной при содействии ООН – члены государств будут призывать к первичной медико-санитарной помощи, которая ставит людей в центре систем здравоохранения, а не болезни, учреждения, цели доноров или вертикальные потоки финансирования. Мы должны трансформировать это видение в практическую реальность для пользы и развития человечества.

Список литературы

1. .1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 октября 2018 года № 634 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы»;
2. OECD (2018), *Обзоры систем здравоохранения: Казахстан 2018*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264292895-ru>;
3. Алма-Атинская декларация по первичной-медико-санитарной помощи, 1978 год;
4. Астанинская декларация по первичной-медико-санитарной помощи, 2018 год;
5. Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 10 января 2018 г. http://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses_of_president/poslanie-prezidenta-respubliki-kazahstan-n-nazarbaeva-narodu-kazahstana-10-yanvarya-2018-g;
6. *The Lancet*, Volume 392, Issue [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30699-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30699-8/fulltext);