

РГП на ПХВ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**Создание эффективной модели оказания медицинской
помощи сельскому населению, включая лекарственное
обеспечение, с учетом международного опыта**

Методические рекомендации

Нур-Султан, 2020 год

УДК 614
ББК 51.1
М 54

Рецензенты:

Рахыпбеков Т.К. – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент НАН, доктор Ph.D. Япония;

Хорошаш А.Н. – кандидат медицинских наук, организатор здравоохранения высшей категории, координатор медицинского компонента Проектного офиса Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Авторы:

Иманова Ж.А. – руководитель Центра совершенствования медицинской помощи РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – ЦСМП РЦРЗ);

Муханова Г.Т. – начальник отдела развития первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) ЦСМП РЦРЗ;

Саханова Л.Х. – главный специалист отдела развития ПМСП ЦСМП РЦРЗ;

Имамбаев Н.И. – главный специалист отдела развития ПМСП ЦСМП РЦРЗ;

Наурзалиева А.Д. – Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Семей», докторант Ph.D.

М 54

Методические рекомендации «Создание эффективной модели оказания медицинской помощи сельскому населению, включая лекарственное обеспечение, с учетом международного опыта»/ Иманова Ж.А., Муханова Г.Т., Саханова Л.Х., Имамбаев Н.И., Наурзалиева А.Д.// Нур-Султан, 2020г. – 44 с.

ISBN 978-601-7606-20-6

В методических рекомендациях рассмотрены подходы к созданию эффективной модели сельского здравоохранения с учетом международного опыта.

Данные методические рекомендации разработаны в целях методологической помощи и содержат рекомендации по организации медицинской помощи сельскому населению в Казахстане для организаторов здравоохранения, принимающих административное управленческое решение.

УДК:614

ББК:51.1

Методические рекомендации обсуждены и одобрены к использованию на заседании Экспертного совета РЦРЗ МЗРК, Протокол № 10 от 26 июня 2020 года. Утверждены и рекомендованы к изданию типографическим методом.

ISBN 978-601-7606-20-6

© Иманова Ж.А., Муханова Г.Т., Саханова Л.Х., Имамбаев Н.И., Наурзалиева А.Д., 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Список использованных сокращений	4
Введение.....	5
Международный опыт.....	8
Опыт Австралии	8
Опыт Канады.....	10
Опыт Китая.....	13
Опыт Российской Федерации.....	16
Выводы.....	18
Текущая картина Казахстана.....	23
Создание эффективной модели сельского здравоохранения.....	32
Заключение.....	40
Список литературы.....	42

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
АЛО – амбулаторное лекарственное обеспечение
ВОП – врач общей практики
ГОВМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ФСМС – фонд социального медицинского страхования
МО – медицинская/кие организация/ции
СМР – средний медицинский работник
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ЦЛП – центр лучших практик
АПО – амбулаторно-поликлиническая организация
АПП - амбулаторно-поликлиническая помощь
ВА - врачебная амбулатория
МП – медицинский пункт
МИС - медицинские информационные системы
МЗ РК – Министерство здравоохранения Республики Казахстан
РЦЭЗ – РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения»
МЗ РК
РЦРЗ – РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
МЗ РК

ВВЕДЕНИЕ

Основная цель здравоохранения – улучшить здоровье населения. Многочисленные данные свидетельствуют о том, что системы здравоохранения, построенные на прочной первичной медицинской помощи, предоставляют более эффективную, действенную и справедливую помощь, чем системы, которые не могут адекватно инвестировать в первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП).

Первичная медико-санитарная помощь – это место первого контакта населения со службами здравоохранения. Система ПМСП обеспечивает медицинскую помощь прикрепленному населению. Для населения значение ПМСП определяется высокой доступностью медицинской помощи, возможностью получения квалифицированного обследования и лечения без госпитализации, а зачастую и без освобождения от работы или учебы [1].

Многие страны стремятся улучшить предоставление услуг здравоохранения для населения посредством широкого диапазона проводимых в этой сфере реформ, а также мероприятий, направленных на улучшение предоставления услуг. В основном при реформировании акцент делается на распределении средств в наиболее рентабельные области, поддержанные человеческими ресурсами, профессиональной структурой занятости и технологиями. Кроме того, осуществляется замещение стационарного лечения другими видами помощи, решение проблем обеспечения медицинской помощью отдаленных поселений и создание большей доступности медицинского обслуживания для населения. Проводится углубленное исследование опыта зарубежных стран в части вопросов предоставляемого медицинского обслуживания, анализ стандарта качества и критериев эффективности системы здравоохранения [2].

По мнению экспертов основные услуги первичной медицинской помощи должны быть доступны для всех и в том числе для тех, кто живет в сельских и отдаленных районах. Основные услуги ПМСП включали заботу о пациентах с нарушением психического здоровья, о здоровье матери и ребенка, о репродуктивном здоровье, о здоровье зубов, реабилитацию и профилактику заболеваний. Однако сельское население не имеет равного доступа к услугам здравоохранения и медицинским услугам, в частности, к специализированным и редко используемым услугам, чем городское население [3].

Казахстан после провозглашения независимости предпринял значительные усилия, направленные на реформирование унаследованной им от советского периода системы здравоохранения.

В Республике Казахстан в последние годы численность населения растет, но динамику сложно охарактеризовать как устойчивую. На начало 2020 года население Казахстана насчитывало более 18 млн. человек, из них 58,16%

от общей численности населения городское население, 41,84% от общей численности населения РК сельское население.

По данным Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан по итогам 2017-2019 годов основные демографические показатели, такие как, естественный прирост, рождаемость, смертность, младенческая смертность существенно не отличались.

Так, естественный прирост сельского населения имеет тенденцию к росту, но на 1% ниже естественного прироста городского населения.

Рождаемость среди сельского населения ниже аналогичного показателя среди городского населения на 4,4%, смертности среди сельского населения ниже аналогичного показателя среди городского населения на 11,8%.

В разрезе регионов к регионам с традиционной высокой рождаемостью сельского населения относятся: Атырауская, Алматинская, Жамбылская, Мангистауская, Туркестанская, Кызылординская области.

Регионы с низкой рождаемостью сельского населения: Северо-Казахстанская, Костанайская, Карагандинская, Восточно-Казахстанская, Акмолинская, Павлодарская, Западно-Казахстанская области.

Показатель младенческой смертности среди сельского населения выше аналогичного показателя среди городского населения на 3,8%.

Основные демографические показатели свидетельствует об устойчивом росте населения в столице, городах республиканского значения, в экономически развитых регионах с высоким уровнем жизни, активно экономически развивающихся западных регионах, а также регионов с традиционно высоким уровнем рождаемости.

Среди сельского населения преобладает доля женского населения 52% против 48% мужского населения.

Отмечается тенденция старения населения: доля сельского населения в возрасте 60 и старше достигла в 2019 году – 12% с преобладанием доли женского населения до 59%.

Учитывая долю сельского населения, важно сохранение сельского здравоохранения, поэтому трансформация здесь направлена, в первую очередь, на повышение доступности.

В условиях убывания сельского населения районные больницы, в том числе построенные в рамках программы «100 школ, 100 больниц», работают не в полную мощность. Несмотря на субсидирование, с каждым годом эффективность работы этих больниц снижается. Поэтому, начата политика децентрализации, чтобы часть медицинских услуг оказывалась на месте. Эта политика поддерживается транспортной медициной, санитарной авиацией, передвижными медицинскими пунктами.

Имеет место четкая тенденция к миграции сельского населения в крупные города. Ранее созданная сеть сельского здравоохранения не успевает перестраиваться к изменившейся системе расселения, поэтому постоянно возникает дисбаланс и требуется серьезное перепроектирование сетей, а это – материально затратный процесс. Вместе с тем, что проблема развития сельского здравоохранения является одним из приоритетных направлений социально ориентированной политики в Республике Казахстан.

В республике с 2000-х годов разрабатываются целевых программы по реформированию и развитию здравоохранения Республики Казахстан. Изменения в системе предоставления медицинской помощи включали оптимизацию стационарной помощи и перенос акцента на ПМСП. Казахстан начал продвигать подходы доказательной медицины, разрабатывать и вводить новые клинические руководства, внедрять процессы улучшения качества медицинских услуг на уровне поставщиков медицинских услуг. Вместе с тем, основные аспекты деятельности системы здравоохранения настоятельно требуют дальнейшего улучшения [4].

Развитие медицинской помощи в сельской местности предусмотрено в соответствии с п.2.5. Здоровая нация: качество и доступность медицинских услуг Плана действий, утвержденного Указом Президента Республики Казахстан от 19 июня 2019 года № 27 «О мерах по реализации предвыборной программы Президента Республики Казахстан «Благополучие для всех! Преемственность. Справедливость. Прогресс» и предложений, полученных в ходе общенациональной акции «Бірге».

Согласно, данного Плана действий до 2025 года запланировано обеспечить шаговую доступность сети ПМСП, внедрить на селе практики мобильных докторов, развить дистанционные медицинские услуги и Национальную телемедицинскую сеть, обеспечить каждого казахстанца первичной диагностикой и скринингом, в том числе в сельской местности, создать эффективную модель оказания медицинской помощи сельскому населению [5].

Для реализации поставленных перед государством амбициозных целей потребуется создание условий для ранней диагностики, эффективного лечения и профилактики заболеваний, укрепление материально-технической базы медицинских организаций с акцентом на обеспечение доступа к качественной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичным медицинским услугам каждому гражданину страны, независимо от его места проживания: «Health for all» с введением единых норм и стандартов оказания медицинской помощи, в том числе, связанных со временем, отведенным врачу на прием пациента.

Однако наиболее значимым решением, связанным с реформой здравоохранения и повлиявшим на снижение количества медицинских организаций в стране, в том числе на кадровые вопросы, стала переориентация с оказания стационарной помощи на амбулаторно-поликлиническую помощь [6].

В настоящих методических рекомендациях состояние здоровья сельского населения рассмотрено с нескольких позиций – состояние инфраструктуры, кадровое обеспечение, взаимоотношение пациентов с лечебными и профилактическими организациями и другое.

Повышение доступности медицинской помощи сельскому населению, проживающему в отдаленных и труднодоступных районах, является важнейшей задачей всех уровней власти, особенно это актуально в условиях модернизации системы здравоохранения путем создания эффективной модели оказания медицинской помощи.

Международный опыт

Разработчиками данных методических рекомендаций изучены системы здравоохранения и международный опыт оказания медицинской помощи сельскому населению, таких стран как Австралия, Канада, Китай, Россия.

Опыт Австралии

Система здравоохранения Австралии состоит из государственного, частного, некоммерческого и неформального сектора. Неформальный сектор включает все услуги здравоохранения, оказываемые гражданами друг другу, без обращения в медицинские организации. Например, уход за пожилыми и инвалидами, лечение простуды в домашних условиях и т.д.

Основная доля услуг здравоохранения приходится на государственный сектор. Менее распространены частные медицинские услуги и некоммерческий сектор составляет малую долю услуг здравоохранения.

Федеральное правительство играет основную роль в финансировании здравоохранения. Территориальное правительство (2 территории, 6 областей) играет основную роль в формировании сети поставщиков и вспомогательную роль в финансировании медицинских услуг. Местное управление имеет ограниченную роль в системе здравоохранения. Стратегические и проблемные вопросы обсуждаются на совете правительства Австралии, куда входят министры здравоохранения федерального и областного правительства (с 1993 года в совет вошла Новая Зеландия). Федеральная программа Medicare по сути является страховкой на уровне общества.

Услуги здравоохранения Австралии подразделяются на 3 уровня: первичный, вторичный и третичный. Первичная помощь оказывается в условиях офисов ВОП и вспомогательных специалистов, общинных центрах здоровья следующими специалистами: ВОП, стоматологи, фармацевты, народная медицина, медицинские сестры, вспомогательные специалисты – физиотерапевты, аудиологи, диетологи. Вторичная помощь оказывается в частных клиниках и больницах/организациях регионального уровня или ниже. Третичная помощь (например, кардиохирургия, неонатальная помощь, трансплантация) оказывается в крупных больницах метрополитенов и специализированных больницах в городах.

В Австралии существует значительное неравенство в состоянии здоровья между людьми, живущими в сельских и отдаленных районах, и людьми, живущими в столичных центрах. Сельское здравоохранение в Австралии включает в себя оказание медицинских услуг частными центрами и государственными больницами в районах, которые считаются сельскими и отдаленными [7].

Поскольку почти 90% населения ежегодно пользуются той или иной формой ПМСП, логичным начальным шагом в сокращении различий в состоянии здоровья является улучшение доступа к ПМСП путем определения услуг, которые следует рассматривать как «основные» и следовательно, доступные для всех австралийцев, независимо от того, где они проживают [8].

Исследователи отмечают, что здоровье людей, живущих в сельской местности, количественно и качественно отличаются от состояния здоровья тех, кто живет в крупных мегаполисах. Эти различия включают часто существенные пробелы в предоставлении услуг, доступность и более низкие показатели здоровья [9].

В двух сельских районах Кливленда (Австралия) был проведен опрос жителей 801 домохозяйства, из них 320 жителей, проживающих в прибрежной зоне и 481 – в отдаленных внутренних областях в целях определения влияния удаленности от медицинских услуг на течение болезни у жителей сельских и отдаленных областей. В ходе опроса была установлена стойкая тенденция убывания с увеличением расстояния готовности получения немедленной помощи на каждом этапе лечения травмы. Жители, проживающие в отдаленных районах, чаще использовали медицинскую консультацию по телефону, прежде чем непосредственно обращаться за помощью, а также реже обращались к профильным специалистам на каждом этапе лечения, чем жители прибрежной зоны [10].

Различия между крупными городскими центрами и сельскими и отдаленными регионами, а также между социально-экономическими группами также являются серьезными проблемами. Федеральное правительство

стимулирует врачей общей практики и других работников здравоохранения работать в сельских и отдаленных районах, где может быть, очень трудно привлечь достаточное количество практикующих врачей. Эта проблема также решается в определенной степени с помощью телемедицины [11].

Некоторые проблемы для предоставления высококачественных услуг ПМСП в сельских и отдаленных районах включают необходимость альтернативных моделей и подходы к предоставлению услуг. Модели обслуживания, используемые для сельских и отдаленных районов в Австралии, включают отдельные, интегрированные услуги ПМСП, аутрич (патронажное наблюдение) и модель виртуальных аутричей [12].

Большую часть медицинских услуг осуществляют ВОП (более 40% всех врачей). Многие из них являются частными предпринимателями, однако их услуги оплачиваются, как правило, не частными лицами, а общественным фондом (программа Medicare). ВОП оказывают первичную медицинскую помощь, консультируют, выполняют малые операции у себя в клинике, предоставляют услуги по планированию семьи, профилактике, проводят иммунизацию, выписывают рецепты, направляют на специальные обследования.

В Австралии пациент выбирает ВОП и может обращаться к нескольким врачам, поскольку «прикрепления» к какой-либо врачебной практике не требуется. Больные сначала обращаются к ВОП, а те регулируют доступ ко всей остальной системе здравоохранения. Другие медицинские работники, прежде всего медицинские сестры, тоже оказывают первичную медицинскую помощь, равно как и физиотерапевты и диетологи, многие из которых работают в частных медицинских учреждениях [13].

Опыт Канады

Канадское здравоохранение – одна из сфер, которой по праву гордится государство. Канадская система здравоохранения финансируется государством и лучше всего описывается как система страховых и медицинских планов десяти провинций и трех территорий.

До образования Канадской конфедерации (1867 г.) медицинскую помощь населению оказывали частные врачи. Пациенты сами оплачивали достаточно дорогие услуги специалистов, поэтому далеко не все имели возможность обратиться за помощью. Решением в сложившейся ситуации было предоставление медицинской помощи церковными приходами и религиозными благотворительными организациями, среди которых выделялась знаменитая Армия спасения. В то же время такая помощь носила локальный характер. Отдаленные северные районы, в которых проживало преимущественно

коренное население, до 20-х годов прошлого века оставались без медицинского обслуживания.

В период 1920-1960-х гг., с наступлением эпохи индустриализации, города в Канаде стали стремительно увеличиваться и развиваться, вследствие чего возросла роль государства в организации здравоохранения и социального обеспечения. Такой подход помог преодолеть Великую депрессию, однако до конца 1940-х гг. в Канаде превалировала система частной медицины.

В 1947 г. с внедрением в провинции Саскачеван общественного страхования медицинских услуг постепенно стала формироваться страховая система здравоохранения. С 1956 г. во всех провинциях и территориях Канады было введено медицинское страхование, которое позднее коснулось также сферы внебольничного врачебного сервиса. Специфика медицинской отрасли Канады состоит в значительной децентрализации системы здравоохранения: провинции и районы сами планируют, финансируют и оценивают медицинское обеспечение на всех уровнях, а правительство определяет направление и решает медицинские вопросы общенационального порядка. Уже с 1972 г. системы общественного страхования стали покрывать затраты на основные медицинские услуги, в том числе на стационарное лечение.

В 1984 г. канадским Актом о здравоохранении были сформулированы основные принципы оказания медицинской помощи, в частности страхования:

- Универсальность: любой гражданин государства имеет право на медицинское страхование на единых условиях.
- Доступность: медицинские услуги предоставляются на общих основаниях, без платы, помимо полиса. В то же время стоматологическая помощь является платной. Канадцы не прикреплены к врачам и могут обращаться в медицинские учреждения по своему выбору.
- Всесторонность: страхование включает пребывание в стационаре, уход, диагностику, использование лекарств, операционного и другого оборудования, также уход на дому и обеспечение лекарствами при амбулаторном лечении. Однако объем предоставляемых услуг не одинаков в разных провинциях, а в некоторых даже в пределах одной.
- Портативность: медицинское страхование в Канаде не закреплено за местом работы и жительства.
- Государственное управление осуществляется через подотчетные государству некоммерческие организации, созданные в каждой провинции для осуществления всех платежей по медицинскому страхованию. Управление здравоохранением осуществляется таким образом: федеральное правительство, территориальное правительство, региональные управления здравоохранением, основной задачей которых является непосредственный

контроль предоставления населению медицинских услуг общественными и частными организациями.

В государстве создана общенациональная система медицинского страхования, использующая некоммерческие общественные организации в качестве важнейшего элемента связи органов государственной власти и населения. Это еще одна канадская специфика: многочисленные общественные организации активно участвуют в реализации политики здравоохранения на местном уровне, осуществляя медицинское обслуживание, оказывая социальную поддержку, занимаясь пропагандой здорового образа жизни и решением проблем охраны окружающей среды.

Канадская система известна под названием Medicare и обеспечивает бесплатное или практически бесплатное медицинское обслуживание и медицинские услуги всем гражданам Канады.

Такая структура была разработана потому, что медицинское обслуживание находится в ведомстве местных, провинциальных властей, а не федерального правительства. Системы здравоохранения каждой провинции или территории связаны едиными принципами, которые устанавливаются на общегосударственном уровне.

Управление и обеспечение медицинскими услугами – зона ответственности каждой отдельной провинции или территории. Провинции или территории планируют, финансируют и оценивают обеспечение больничным уходом, услугами терапевтов и других специалистов, некоторыми лекарствами.

Роль федерального правительства в системе здравоохранения ограничивается установлением и соблюдением общего принципа Medicare, частичное финансирование медицинских программ провинций или территорий и выполнение других функций, указанных в конституции Канады. Одной из таких функций является непосредственный медицинский уход за особыми группами канадских граждан, в которые включают ветеранов, коренных жителей Канады, живущих в резервациях, военных и служащих Королевской Канадской Конной Полиции. Другими функциями являются профилактика и защита здоровья населения, и пропаганда здорового образа жизни.

Основой системы здравоохранения Канады являются терапевты первичного звена (семейные врачи), которые составляют почти половину всех практикующих врачей страны. Они являются передаточным звеном между пациентом и формальной системой здравоохранения, контролируют доступ к большинству специалистов узкого профиля, больничному уходу, диагностическим процедурам и рецептурным лекарствам. Выбор семейного врача осуществляется пациентом самостоятельно, его можно менять неограниченное количество раз по совету знакомых и перемене настроения,

хотя ввиду большой загруженности врач может регулировать количество обслуживаемых семей и отказаться от ведения новых пациентов [14].

Большинство докторов имеют свою собственную частную практику и наслаждаются высокой степенью автономии. Многие врачи работают в больницах или местных оздоровительных центрах на контрактной основе (в провинции Квебек существуют поликлиники). Врачам, работающим в частных практиках, государство оплачивает услуги в зависимости от оказанной помощи, причем плату такие врачи получают непосредственно из бюджета провинции или территории. Терапевты, не имеющие частной практики, получают либо установленный оклад, либо плату в зависимости от количества оказанных медицинских услуг.

Когда канадцы нуждаются в медицинском уходе, они обращаются к врачу-терапевту (семейному врачу) или в клинику по своему выбору и предъявляют ему карточку медицинского страхования, которая выдается всем легальным гражданам и жителям страны. Канадцы не платят непосредственно за оказанные медицинские услуги, и им не нужно заполнять различные формы на услуги, покрываемые страховым полисом. На такие услуги не существует пределов в денежном выражении или дополнительных платежей [14].

В дополнение к общегосударственной системе медицинского страхования, провинции и территории также обеспечивают медицинским обслуживанием ту часть населения, которая нуждается в дополнительных медицинских услугах – пожилых людей, детей и безработных. Эти дополнительные пакеты медицинских услуг часто включают бесплатные лекарства, стоматологическую помощь, услуги окулиста, различные приспособления для инвалидов (протезы, кресла-каталки и т.д.) и другое.

Хотя провинции и территории обеспечивают дополнительными услугами некоторые слои населения, эта сфера услуг находится в частном секторе, а значит, жители страны непосредственно оплачивают их из собственного кармана. Разумным в таком случае является приобретение страховки, покрывающей большую часть расходов на услуги стоматолога, окулиста и т.д. Такие страховки часто включают в компенсационный пакет, который предлагается наряду с заработной платой. При переезде из одной провинции в другую жители Канады по-прежнему могут рассчитывать на бесплатное медицинское обслуживание.

Опыт Китая

Китай обладает одной из самых развитых систем здравоохранения в мире благодаря своим огромным экономическим возможностям. Клиники, оснащенные самым современным медицинским оборудованием, высококвалифицированные врачи и медицинские работники, а также развитая

инфраструктура позволяют оказывать медицинские услуги на самом высоком уровне, при этом соблюдая приемлемую ценовую политику.

В Китае все клиники, как государственные, так и частные, находятся под контролем государства. На государственном уровне регулируются все аспекты работы клиник: вводятся единые стандарты технического оснащения, требования к уровню образования и квалификации врачей и медработников.

С 2003 года в Китае введена страховая медицина и поэтому нет существенных различий между обслуживанием в частной и в государственной клинике. Точно также нет и разницы между обслуживанием граждан страны и иностранцев. Иностранцы имеют право на любую медицинскую помощь. Если это предусмотрено страховым полисом, то лечение происходит бесплатно, в обратном случае за медицинские услуги оказываются на платной основе.

Следует тут же отметить, что здравоохранение КНР нельзя назвать особо развитым и прогрессивным, на сегодняшний день многие сельские районы и их многочисленное население не обеспечено доступными и качественными медицинскими услугами. С середины прошлого века в Китае была организована система государственного здравоохранения, но лишь с 2003 года стала появляться современная кооперативная модель здравоохранения, основа лечения которой лежит на принципах страховой медицины.

Сегодняшний Китай начал формирование достаточной мощной системы по подготовке медицинских кадров, помогающей создавать значительное количество выдающихся специалистов западной и восточной медицины. Высококачественное лечение оказывают в многочисленных больницах и клиниках традиционной медицины, крупнейших частных и государственных медицинских центрах международного уровня, большинство которых оборудовано современной медицинской аппаратурой.

Наряду с подобным уровнем медицины процветает невозможность получения медицинских услуг большинством сельских жителей, так как они не могут позволить себе оплатить услуги врача. Правда, благодаря реформам в здравоохранении, все больше сельчан начинают получать льготное медицинское обслуживание, благодаря медицинскому страхованию, охватившему почти 90% населения страны. Однако сельские жители плохо обеспечены медицинскими услугами, чаще всего им доступна лишь элементарная медицинская помощь. Сельский медицинский персонал по большей части плохо подготовлен, клиники недостаточно оснащены медицинским оборудованием, а выбор лекарств небольшой – только для первоочередных спасательных мер.

Первичная помощь предоставляется главным образом сельскими врачами и работниками здравоохранения в сельских поликлиниках, врачами общей практики в сельских поселках и городских больницах, а также медицинскими

работниками в средних и третичных больницах. Сельские врачи, которые не имеют лицензию врачей общей практики, могут работать только в сельских поликлиниках. В 2014 году было 1,06 миллиона сельских врачей и работников здравоохранения. Несмотря на то, что сельским пациентам рекомендуется обращаться за помощью в сельские поликлиники или городские больницы, а также к городским пациентам в общественных больницах, поскольку такие поставщики связаны с более низкими долями участия в расходах, жители также могут напрямую видеть любого врача общей практики в больницах верхнего уровня.

Регистрация в общем врачебном пункте не требуется, и, за исключением очень немногих областей, где в качестве привратников используются врачи общего профиля, для направления к амбулаторным специалистам обычно не требуется направление. В 2014 году в Китае насчитывалось около 173 000 лицензированных и помощников врачей общей практики, что составляет 6,0% всех лицензированных врачей и помощников врачей. В отличие от сельских врачей и медицинских работников в сельских клиниках, врачи общей практики редко практикуют в одиночку или в партнерстве, а вместо этого работают в больнице с медсестрами и врачами нетрадиционной медицины (мануальной терапии). Сельские поликлиники в сельской местности получают техническую поддержку от городских больниц.

Графики оплаты первичной медицинской помощи в финансируемых государством медицинских учреждениях регулируются местными органами здравоохранения и Бюро цен на товары. Сельские врачи и медицинские работники в сельских поликлиниках получают доход за счет возмещения расходов на здравоохранение (например, иммунизация и скрининг хронических заболеваний) и клинических услуг, а также за счет наценки на отпускаемые по рецепту лекарства и государственных субсидий. Доходы существенно различаются по регионам.

Поскольку деревенские врачи и медицинские работники часто живут в одном сообществе с пациентами, они добровольно оказывают некоторую внеурочную помощь, когда это необходимо. В сельских поселковых больницах и городских вторичных и третичных больницах имеются отделения неотложной помощи или отделения скорой помощи (ОСП), в которых имеются как врачи, так и специалисты первичной медицинской помощи, что сводит к минимуму необходимость в центрах, предоставляющих услуги в нерабочее время. В ОСП сортировка медсестры не требуется, и есть несколько других ограничений, поэтому люди могут просто войти и зарегистрироваться для оказания помощи в любое время. Городские общественные больницы часто не предоставляют внеурочную помощь, учитывая наличие вторичных и третичных больниц. Использование ОСП не является существенно более

дорогостоящим, чем обычная помощь для пациентов. Информация о неотложных посещениях пациентов обычно не отправляется их врачам первичной медицинской помощи [15].

Опыт Российской Федерации

В Российской Федерации доступ к медицинской помощи для сельских жителей ограничен, чем для городских жителей. В результате реализации программы модернизации здравоохранения за последние пять лет, показало, что жители городов отмечают заметное улучшение технического оснащения медицинских учреждений, а также незначительное улучшение качества и доступности медицинского обслуживания. В то же сельские жители недовольны удаленностью медицинских учреждений от места проживания, недостаточной квалификацией специалистов и плохим качеством медицинского оборудования [16].

Необходимо отметить, что до 2014 года в России регистрировалось сокращение численности сельского населения, основной причиной которого, отмечен высокий уровень смертности. Причинами смертности сельского населения остаются болезни системы кровообращения, уровень смертности от которых является самым высоким, новообразования, в основном злокачественные, а также внешние причины. При этом уровень смертности сельского населения значительно выше городского по всем основным классам причин, за исключением новообразований и отдельных инфекционных и паразитарных болезней [17].

Ситуация на селе обусловлена дефицитом специалистов первичного звена. Сохраняется асимметрия показателей обеспеченности населения медицинскими кадрами, а также невозможность обеспечения равного доступа и качества медицинской помощи для всех категорий населения. Отмечены явные проблемы в работе сестринской службы: снижение обеспеченности здравоохранения средним медицинским персоналом, ухудшения соотношения числа врачей и медсестер, медицинских сестер и младшего персонала, тенденция к уменьшению сестринского персонала общей практики, отток кадров из отрасли.

Вопросы обеспечения сельского населения услугами здравоохранения решаются в процессе реализации федеральных целевых программ, в том числе в сфере здравоохранения и направленных на развитие сети учреждений ПМСП в сельской местности и совершенствование предоставления ПМСП на базе сельских, районных, участковых больниц и ФАП. В рамках реализации программ запланировано ввести в действие 858 ФАП.

Обращаемость сельского населения к фельдшерам ФАП остается высокой. При этом на структуру посещений и нагрузку медицинского

персонала ФАП влияют протяженность участка, количество обслуживаемых населенных пунктов и их отдаленность, состояние дорог, отдаленность от ближайших медицинских учреждений, половозрастной состав населения, регулярность выездов врачей-специалистов и выездной амбулаторно-поликлинической службы из центральных районных больниц [18].

Очень остро стоит для сельских населенных пунктов проблема оказания жителям ПМСП, в частности скорой медицинской помощи, которая предоставляется гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других тяжелых состояниях, требующих безотлагательного медицинского вмешательства. В то время как во многих городах набирают темпы внедрение новых организационных и медицинских технологий, обновление и совершенствование материально-технической и кадровой составляющих лечебно-диагностического процесса, обеспечивающих повышение доступности и качества ПМСП, в сельской местности решаются застарелые проблемы, от которых зависит гарантированность и своевременность оказания такой помощи.

В 2017 году действовали жесткие критерии предоставления медицинской помощи: поликлиническая помощь должна находиться в шаговой доступности, не превышающей 60 минут пешком или 15 минут на общественном транспорте, а срок прибытия «скорой помощи» не может превышать 20 минут. Однако в сельской местности эти нормативы очень часто не выполняются [19].

Острую нехватку испытывают большинство районов областей, при этом во многих из них не выполняются социальные нормативы по обеспеченности сельского населения врачами, средним медицинским персоналом и больничными койками.

Внедрение телемедицины и обновление материально-технической базы – все это дало мощный толчок развитию сельского здравоохранения. Наряду с этим решаются важные задачи кадрового обеспечения. Одной из таких мер стала новая программа «Земский фельдшер». Молодые специалисты, желающие поехать работать в районы получают финансовую поддержку от государства [20].

По способу финансирования в здравоохранении РФ сложилась смешанная модель, в которой участвуют и средства населения (частные), и государственные (или общественные) средства. За счет государственных средств оплачиваются Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ), инвестиционные расходы, содержание медицинских учреждений, в том числе образовательных организаций, санитарно-эпидемиологическая служба и другое. При этом, население оплачивает медицинскую помощь как напрямую, путем оплаты медицинских услуг в государственных, муниципальных и частных

медицинских организациях, так и через систему добровольного медицинского страхования (ДМС).

В РФ в 2018 г. общие расходы на здравоохранение составили 5,1 трлн руб., из них государственные расходы – 65% (3,32 трлн руб.), частные (личные расходы граждан и ДМС) – 35% (1,79 трлн руб.). В странах ЕС доля личных расходов населения значительно ниже.

Государственное финансирование формируется из следующих источников: федеральных и региональных налогов, которые собираются в федеральном бюджете и в консолидированных бюджетах субъектов РФ, а также взносов в систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Это взносы за работающее население (5,1% уплачивают работодатели) и взносы регионов за неработающее население. Все средства ОМС аккумулируются в Федеральном фонде ОМС (ФОМС) [21].

Выводы

Подводя итоги изучения доступных данных международного опыта оказания медицинской помощи сельскому населению, таких стран как Австралия, Канада, Китай, Россия, были сделаны следующие выводы.

Вызывает заинтересованность деятельность неформального сектора Австралии, которая включает услуги по уходу за пожилыми и инвалидами, лечение простуды в домашних условиях и т.д., оказываемые гражданами друг другу, без обращения в медицинские организации.

В процессе оказания первичной медицинской помощи в условиях офисов ВОП, общинных центрах здоровья наряду с ВОП участие принимают стоматологи, фармацевты, специалисты народной медицины, физиотерапевты, аудиологи, диетологи.

Четкий функционал ВОП, который включает оказание первичной медицинской помощи, консультации, выполнение малых хирургических операций в условиях офисов ВОП, предоставление услуг по планированию семьи, профилактике, иммунизации, выписке рецептов на лекарственные средства, направление на специальные диагностические обследования.

Признание на государственном уровне существования значительного неравенства в состоянии здоровья между людьми, живущими в сельских и отдаленных районах, и людьми, живущими в столичных центрах, а также между социально-экономическими группами, стойкой тенденции убывания с увеличением расстояния готовности получения немедленной помощи.

Ориентир на улучшение доступа к ПМСП путем определения услуг, доступных для всех жителей страны, независимо от места проживания.

Стимулирование правительством ВОП и других работников здравоохранения работать в сельских и отдаленных районах, с внедрением телемедицины.

Развитие альтернативных моделей и подходов к предоставлению услуг с включением интегрированных услуг ПМСП, аутрич (патронажное наблюдение) и модель виртуальных аутричей.

Развитие конкуренции среди ВОП с оплатой услуг общественным фондом.

Отсутствие прикрепления к какой-либо врачебной практике.

Системы общественного страхования Канады покрывают затраты на основные медицинские услуги, в том числе на стационарное лечение, на основе принципов:

универсальности, когда любой гражданин имеет право на медицинское страхование на единых условиях;

доступности, когда медицинские услуги предоставляются на общих основаниях, без платы, помимо полиса;

всесторонности, когда страхование включает стационарное лечение, уход, диагностику, использование лекарств, операционного и другого оборудования, уход на дому и обеспечение лекарствами при амбулаторном лечении;

портативности, когда отсутствует закрепление медицинского страхования за местом работы и жительства.

Региональные управления здравоохранением осуществляют непосредственный контроль предоставления населению медицинских услуг общественными и частными организациями.

В реализации политики здравоохранения на местном уровне активно участвуют многочисленные общественные организации, осуществляя медицинское обслуживание, оказывая социальную поддержку, занимаясь пропагандой здорового образа жизни и решением проблем охраны окружающей среды.

Самостоятельность провинций при управлении и обеспечении медицинскими услугами, федеральное правительство в системе здравоохранения ограничивается установлением единых принципов и соблюдением общего принципа Medicare, частичное финансирование отдельных медицинских программ, функций по профилактике и защите здоровья населения, пропаганде здорового образа жизни.

ВОП контролируют доступ к специалистам узкого профиля, больничному уходу, диагностическим процедурам и рецептурным лекарствам.

Выбор семейного врача осуществляется пациентом самостоятельно, его можно менять неограниченное количество, при этом врач имеет право

регулировать количество обслуживаемых им семей с отказом от ведения новых пациентов.

Высокая степень автономии ВОП, имеющих собственную частную практику, при которой государство оплачивает им за оказанные услуги непосредственно из бюджета провинции. ВОП, не имеющие частной практики, получают либо установленный оклад, либо плату в зависимости от количества оказанных медицинских услуг.

Отсутствие непосредственной оплаты за оказанные медицинские услуги, заполнения различных форм на услуги, покрываемые страховым полисом, пределов в денежном выражении или дополнительных платежей для нуждающихся в медицинском уходе на уровне первичной медицинской помощи (оплата через карточку медицинского страхования).

Наличие дополнительного пакета к общегосударственной системе медицинского страхования для обеспечения медицинским обслуживанием населения, нуждающейся в дополнительных медицинских услугах: пожилых людей, детей и безработных, которая включает бесплатные лекарства, стоматологическую помощь, услуги окулиста, различные приспособления для инвалидов (протезы, кресла-каталки и т.д.) и другое.

Действие компенсационного страхового пакета, которая покрывает услуги стоматолога, окулиста и т.д., действующей при переезде из одной провинции в другую.

Одним из достижений Китая является высокий уровень оказываемых медицинских услуг на основе оснащения современным медицинским оборудованием, наличия высококвалифицированного медицинского персонала, развития инфраструктуры, с соблюдением приемлемой ценовой политики.

Подконтрольность всех организаций здравоохранения, как государственных, так и частных, государству.

Государственное регулирование всех аспектов работы: введение единых стандартов технического оснащения, требований к уровню образования и квалификации медицинского персонала.

Отсутствие различий между обслуживанием резидентов и нерезидентов страны: иностранцы имеют право на любые медицинские услуги, при этом если это предусмотрено страховым полисом, то лечение происходит бесплатно, и на платной основе при отсутствии страхового полиса.

Признание на государственном уровне существования неравенства при оказании медицинских услуг сельскому населению, которое не обеспечено доступными и качественными медицинскими услугами, невозможности получения медицинских услуг большинством сельских жителей из-за отсутствия возможности оплаты услуг врача.

Сельский медицинский персонал плохо подготовлен, клиники недостаточно оснащены медицинским оборудованием, ограниченный выбор лекарств.

Наличие сельских врачей, не имеющих лицензию ВОП, для оказания первичной медицинской помощи сельскому населению, работающих индивидуальной или групповой практике с получением технической поддержки от городских больниц.

Сельские врачи и медицинские работники в сельских поликлиниках получают доход за счет возмещения расходов на здравоохранение и клинических услуг, а также за счет наценки на отпускаемые по рецепту лекарства и государственных субсидий.

Внедрение внеурочной помощи в практику сельских врачей (при необходимости) на добровольной основе.

Наличие в сельских поселковых больницах, городских вторичных и третичных больницах отделений неотложной помощи или отделений скорой медицинской помощи для оказания помощи в любое время.

Высокая смертность сельского населения Российской Федерации вследствие болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, внешних причин, при этом уровень смертности сельского населения значительно выше городского по всем основным классам причин, за исключением новообразований и отдельных инфекционных и паразитарных болезней.

Признание на государственном уровне наличия асимметрии показателей обеспеченности населения медицинскими кадрами, ограниченного доступа к медицинской помощи для сельских жителей, удаленности медицинских организаций от места проживания, недостаточной квалификацией специалистов и плохого качества медицинского оборудования, а также не возможности обеспечения равного доступа и качества медицинской помощи для всех категорий населения, проблем оказания сельским жителям ПМСП, скорой медицинской помощи, невозможности соблюдения утвержденных критерий предоставления медицинской помощи в сельской местности, а также социальных нормативов по обеспеченности сельского населения врачами, средним медицинским персоналом и больничными койками, проблем в работе сестринской службы.

Необходимость внедрения телемедицины и обновления материально-технической базы организаций сельского здравоохранения.

Реализация целевых программ обеспечения сельского населения услугами здравоохранения, в том числе кадрового обеспечения «Земский фельдшер», в ходе реализации которой молодые специалисты получают финансовую поддержку от государства.

Таким образом, анализ международного опыта показывает, что в странах остро стоит вопрос ограничения доступности сельского населения к медицинской помощи.

Практически во всех странах мира сектор здравоохранения характеризуется значительной неоднородностью в городской и сельской местностях. Обеспеченность сельских жителей объектами и услугами здравоохранения является проблемой во многих странах мира [22].

Реализация целевых программ по организации медицинской помощи сельскому населению, которые учитывают риски со стороны внешней среды, особенности развития региона и стратегические направления административных реформ, реально поможет обеспечить сельское население качественной и доступной медицинской помощью. Положительным примером может служить российская целевая программа кадрового обеспечения сельского населения «Земский фельдшер».

Большое внимание во многих странах уделяется укреплению первичной помощи в целях улучшения рентабельности предоставляемых услуг. Это направление реформирования осуществляется с использованием различных методов:

1) передача части или всего финансирования госпитального бюджета сектору первичной помощи;

2) внедрение или усиление моделей первичной помощи на основании семейных врачей (или врачей общей практики) с широким набором услуг первичной помощи. К примеру, во многих развитых странах главным направлением развития системы здравоохранения был переход от традиционной поликлинической системы к модели общих врачебных практик. Основная часть поликлиник была преобразована в частные общеврачебные практики, а узкие специалисты, ранее являвшиеся сотрудниками поликлиник, открыли собственные практики либо стали штатными врачами больниц, совмещая оказание стационарной и амбулаторной помощи. Эти процессы существенно изменили всю систему оказания медицинской помощи в стране;

3) повышение эффективности первичной помощи за счет изменения и расширения задач данного звена с управлением через стимулы оплаты с внедрением новой информации, технологий связи и механизмов обеспечения качества, также одним из решений возможно внедрение государственного регулирования всех аспектов работы с определением четкого функционала ВОП и услуг, доступных для всех жителей страны, независимо от места проживания, введение единых стандартов технического оснащения, требований к уровню образования и квалификации медицинского персонала.

4) мобилизация ресурсов и внедрение программ обучения.

Текущая картина в Казахстане

В Казахстане сфера здравоохранения является неотъемлемой частью социальной инфраструктуры. Ее основной целью является повышение качества и доступности предоставляемого медицинского обслуживания, лекарственного обеспечения, а также поддержание санитарно-эпидемиологического благополучия населения [23].

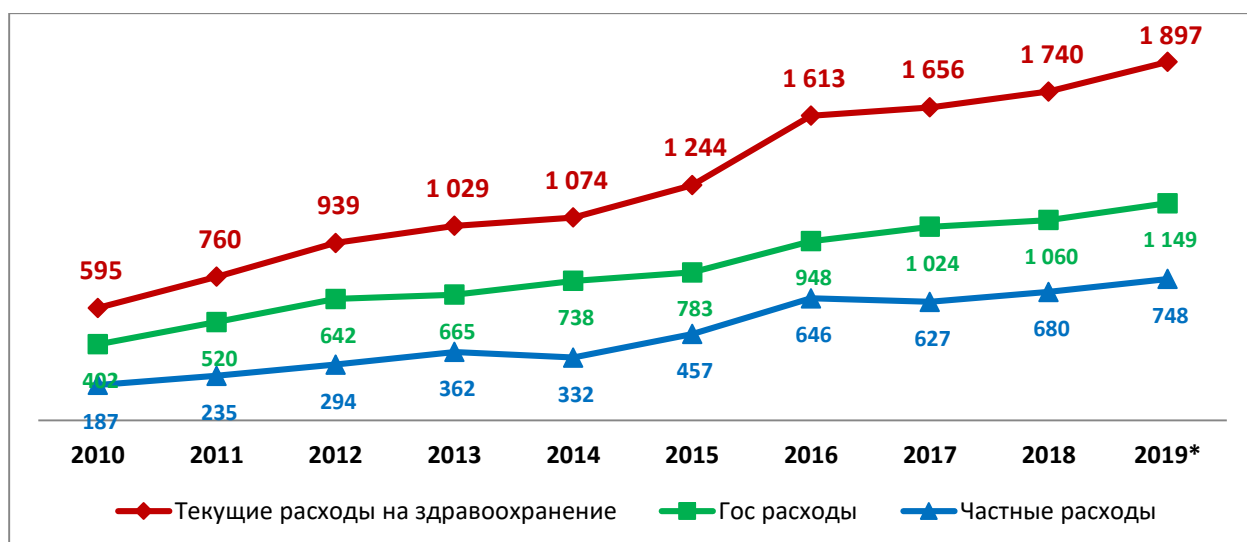
Вопросы охраны здоровья сельского населения РК актуальны как на региональном, так и на общегосударственном уровне. Большая территориальная протяженность, малая плотность населения, неудовлетворительное дорожно-транспортное сообщение, плохо развитые коммуникации, в том числе телекоммуникации (связь) – все это негативно влияет на обеспечение жителей села своевременной, доступной, квалифицированной и качественной специализированной медицинской помощью.

Разрушение сельскохозяйственной инфраструктуры, изменение видов хозяйственных связей, существовавших ранее между различными территориями, привели к безработице на селе, массовой миграции в большие города, снижению жизненного уровня, деформации социальной структуры населения, росту численности социально-дезадаптированной популяции [24].

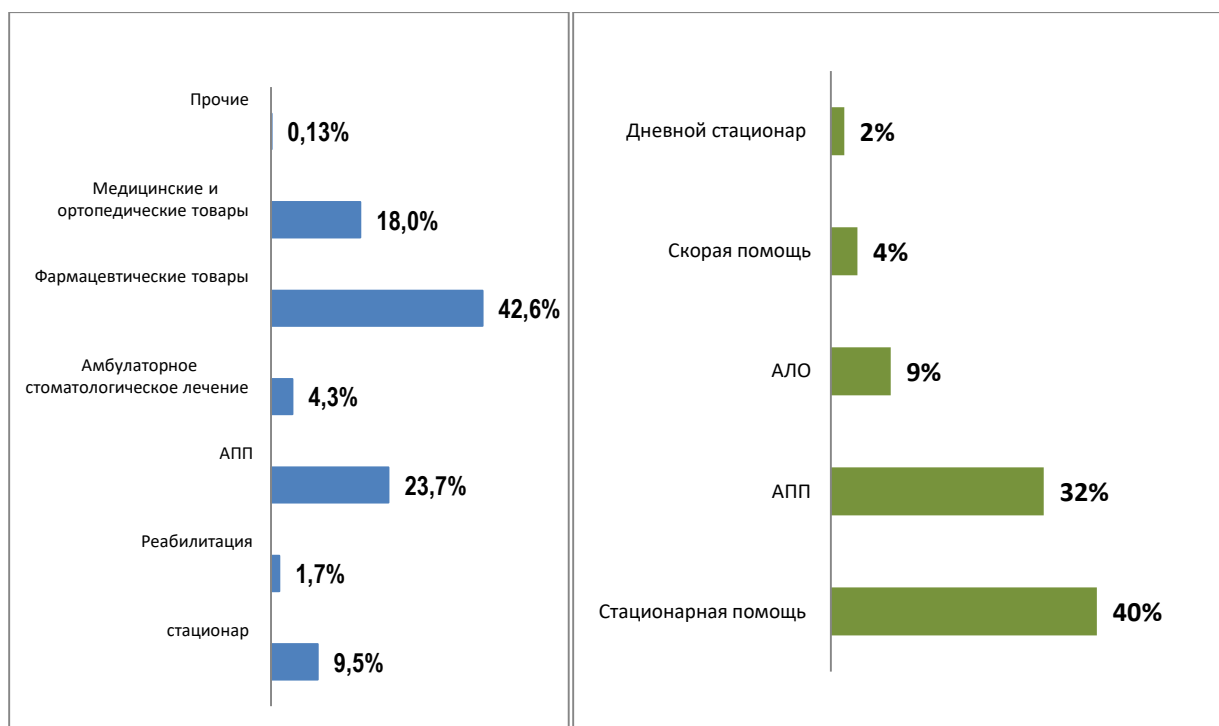
Источниками финансового обеспечения системы здравоохранения являются:

- 1) бюджетные средства;
- 1-1) активы фонда социального медицинского страхования;
- 2) средства добровольного медицинского страхования;
- 3) средства, полученные за оказание платных услуг;
- 3-1) средства, поступившие в качестве добровольных пожертвований от физических и юридических лиц;
- 4) иные источники, не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

Текущие расходы на здравоохранение (далее – ТРЗ) с 2010 года возросли более чем в 3 раза. В 2018 году ТРЗ составили 1 740 млрд. тенге, в 2019 году данный показатель вырос на 9% и составил 1 897 млрд. тенге, из них государственные расходы – 1 149 млрд (61%), частные расходы – 748 млрд.тенге (39%).



Структура расходов по услугам лечения в 2018 году



Структура частных расходов

Структура государственных расходов

В структуре ТРЗ преобладают государственные расходы. Вместе с тем, за рассматриваемый период, государственные расходы увеличились в 2,8 раз, в то время как частные расходы – в 4 раза. Доля частных расходов возросла

с 31% ТРЗ в 2010 году до 39% ТРЗ в 2019 году. Так, сохраняется тенденция к росту частных расходов на здравоохранение.

В сельской местности в 2018 году ТРЗ составили 969,3 млн. тенге, прирост к предыдущему году составил 4%, из них стационарная помощь – 554,8 млн. тенге, ПМСП – 149,1 млн. тенге, КДУ – 52 млн. тенге, стоматология – 26,6 млн. тенге, прочая медицинская помощь (в том числе дневной стационар) – 186,8 млн. тенге¹.

По итогам 2018 года 28,82% от ТРЗ было направлено на стационарные услуги, в то время как доля финансирования амбулаторного лечения составила 32,56% ТРЗ, что говорит о преобладании амбулаторных услуг в структуре финансирования здравоохранения. В странах ОЭСР в среднем 33% средств текущих расходов расходуется на амбулаторную помощь и 28% на стационарные услуги.

Финансирование здравоохранения осуществляется по трем принципам: оказание ПМСП рассчитывается по подушевому нормативу на каждого жителя, стационарная помощь рассчитывается по клинико-затратным группам (КЗГ), АПП, в частности консультативно-диагностическая, а также лечебные мероприятия на уровне дневного стационара рассчитываются по тарификатору [25].

По состоянию на конец 2019 года в сельской местности сохраняется высокая заболеваемость населения. Ниже в таблице приведена заболеваемость сельского населения (взрослого) на 100 000 взрослого населения по основным нозологиям (см. таблица 1).

Таблица 1. Заболеваемость сельского населения (взрослого)
по основным нозологиям по итогам 2019 года

№ п/п	Наименование нозологии	Шифр по МКБ Х пересмотра	Всего зарегистрировано заболеваний
1	Болезни системы кровообращения	I00-I99	1044279 (29%)
2	Болезни, характеризующиеся повышением АД	I10-I13	617691 (17%)
3	Болезни органов дыхания	J00-J99	577258 (15,8%)
4	Болезни мочеполовой системы	N00-N99	470912 (12,8%)
5	Болезни органов пищеварения	K00-K93	299735 (8,2%)
6	Болезни нервной системы	G00-G99	140599 (3,8%)
7	Сахарный диабет	E10-E11	122014 (3,3%)
8	Болезни крови	D50-D89	119706 (3,27%)
9	Травмы и отравления	S00-T88	106684 (2,9%)

10	Новообразования	C00-D48	101240 (2,77%)
11	Психические расстройства	F00-F09; F20-F99	82859 (2,3%)
12	Инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	64152 (1,75%)
13	Врожденные пороки развития	Q00-Q99	8879 (0,2%)
	ИТОГО	A00-T98	3 654 768

На основании данных комитета по статистике МНЭ РК, представленных отчетной формой

¹Данные представлены на основании «О финансово-хозяйственной деятельности организаций здравоохранения в Республике Казахстан» (раздел Текущие расходы, форма 4.3 – Сельская местность)

В структуре заболеваемости на селе среди взрослого населения лидирующие места по-прежнему занимают болезни системы кровообращения, болезни, характеризующиеся повышением кровяного давления, далее расположены болезни органов дыхания, мочеполовой системы и болезни органов пищеварения.

Состояние здоровья населения непосредственно зависит от социально-экономических условий, иначе говоря, уровень здоровья населения служит самым точным, адекватным отражением качества жизни. Многие негативные проблемы здоровья населения связаны преимущественно с социально-бытовыми и производственными факторами (низкие доходы населения, плохое качество питания и питьевой воды, недостаточная обеспеченность жильем, плохие условия труда, неудовлетворительная сфера обслуживания и организация досуга населения, алкоголизм, наркомания, постоянный психоэмоциональный стресс и прочее). Поэтому одним из ключевых элементов социального и экономического развития общества является медицинское обслуживание населения, исходя из чего, можно сказать, что здравоохранение является особой сферой деятельности государства по обеспечению прав граждан на жизнь и здоровье.

Одной из серьезнейших проблем, стоящих перед сельским здравоохранением в республике, является не только высокая заболеваемость сельских жителей, но и имеет место низкая укомплектованность медицинскими кадрами [26,27]. Медицинские работники являются особой категорией сельского населения. Их социальный статус, здоровье, бытовая и производственная обустроенность непосредственно влияют на качество медицинской помощи.

Одной из задач Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы в реализации, которой особая роль принадлежит медицинским работникам, является формирование у населения приверженности к здоровому образу жизни и развитие службы общественного здоровья, повышение качества медицинской помощи. Параллельно необходим

поиск путей стабилизации кадровой ситуации в сельском здравоохранении, эффективных форм охраны его здоровья, улучшения качества жизни и создания условий труда, соответствующих требованиям и его организации с учетом новых информационных технологий.

Казахстан является страной-участницей ВОЗ, с именем которой связано развитие первичной медико-санитарной помощи в мире, после принятия в 1978 году Алма-Атинской декларации ВОЗ по ПМСП. В 2018 году в Астане проведена юбилейная конференция ВОЗ и ЮНИСЕФ, где принята Астанинская декларация по ПМСП.

Сегодня в Казахстане трудятся более 248 тысяч медицинских работников, в том числе врачей – 72 877, средних медицинских работников – 175 705. Обеспеченность врачами в Казахстане составляет 39,6, в странах ОЭСР – 33, обеспеченность средним медицинским персоналом в Казахстане – 95,5, в странах ОЭСР – 91 на 10 тысяч населения. Сохраняется дисбаланс в обеспечении кадрами между городским и сельским здравоохранением.

В рамках внедрения ОСМС запланировано ежегодное повышение заработной платы врачам и средним медицинским работникам. Соотношение средней заработной платы врача к средней заработной плате в экономике планируется довести до уровня 1,8:1 к 2023 году, а для средних медицинских работников это соотношение увеличить до 0,8:1 к 2025 году.

Не подлежит сомнению, что человек является главной производительной силой общества, важнейшим ресурсом экономики страны. Генри Форд в своем хрестоматийном высказывании подчеркивает: *«Вы можете забрать мои фабрики, сжечь мои здания, но оставьте мне людей, и я все восстановлю»*. Действительно, собственно предприятие не может само увеличить свою производительность – это могут только люди. Они являются особым капиталом – человеческим, который может развиваться, приумножаться, эффективно и целеустремленно работать. Но для этого необходимы определенные условия мотивации к труду и эффективное управление человеческими ресурсами, которые в XXI веке включилось в число критических факторов экономического успеха [27].

Сегодня кадровый кризис – это проблема международного уровня, которая касается большинства стран мира, в том числе и Казахстана. На международном уровне признано, что состояние кадровых ресурсов определяет эффективность работы систем здравоохранения, а именно качество и доступность оказываемой медицинской помощи населению. Как и в большинстве стран, именно наличие серьезных кадровых проблем в системе здравоохранения республики делает отрасль неэффективной, снижает доступность и качество медицинской помощи населению.

В Казахстане сохраняется дисбаланс в обеспечении кадрами между городским и сельским здравоохранением. По данным, которые отражены в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы, 83% всех врачей работают в городе и лишь 17% – в сельской местности [28].

Современные проблемы развития кадров здравоохранения связаны с дефицитом персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, избытком специалистов узкого профиля и сосредоточением медицинских работников в крупных городах. Центральная роль в обеспечении эффективной медицинской помощью отводится медицинским работникам первичного звена: участковым врачам (ВОП, терапевт, педиатр), фельдшерам, медицинским сестрам и акушеркам.

По республике обеспеченность врачами объектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь на районном уровне в разрезе регионов (на 01.01.2020 год по данным РЦЭЗ) снижена: предусмотрено по штатным единицам 18246,75 ставок, из них заняты –14018,3 (77%) и физических лиц 11528 (63%). Из предусмотренных на 2019 год штатных единиц свободными на данный момент остаются 4228,45 (23%).

Дефицит по врачам остается по следующим специальностям: ВОП - 918,7, терапевты – 505, акушер-гинекологи 276, педиатры – 213, анестезиологи - реаниматологи 142, хирурги – 114, рентгенологи – 108, инфекционисты – 97, фтизиатры – 82, врачи УЗИ – 79, офтальмологи – 61, оториноларингологи - 61. Для сравнения в 2018 году дефицит врачей составил 2482 по незанятым штатным единицам. Наибольший дефицит отмечается по специальностям анестезиология-реаниматология, общая врачебная практика, психиатрия, акушерство и гинекология, педиатрия. Исходя из выше изложенных данных мы можем говорить об увеличении дефицита по врачебным кадрам в два раза за один отчетный год.

Картина по обеспеченности СМР объектов здравоохранения на районном уровне в разрезе регионов по республике следующая: всего штатных единиц 4547, из них заняты 3628,3 (79%) и физических лиц 3339. Из предусмотренных штатных свободными остаются 918,7 единицы (21%). Дефицит СМР остается по следующим позициям: медицинские сестра 6275, фельдшера 592, лаборанты 421, акушерки 382,25, медицинские статистики 125. В целом обеспеченность медицинскими кадрами на районном уровне неполная и составляет 78%.

Состояние инфраструктуры организаций здравоохранений имеет немало важное значение. Ниже в диаграмме представлены данные по материалам

коллегии министерства здравоохранения РК по итогам 2019 год департамента инвестиционной политики МЗ РК.



По итогам 2019 года процент оснащенности медицинской техникой государственных организаций здравоохранения по данным информационной системы «Система управления медицинской техникой» составил 81% (72,5% в 2018 году).

Износ медицинской техники составил 50,4% по итогам 2019 года и 37% по итогам 2018 года, при этом только 55% всей медицинской техники используются на 100%.

По данным РЦЭЗ в сельских населенных пунктах по республике на конец 2019 года всего насчитывается 204 больничных организаций и 1502 АПО, из них:

- 8 самостоятельных АПО (1 районная поликлиника; 3 сельские поликлиники; 4 самостоятельные ВА);
- 181 МО имеют в своем составе консультативно-диагностические и поликлинические отделения (Центральные районные больницы-58; районные больницы-72; межрайонные многопрофильные больницы-6; сельские больницы-45 (*не предусмотренные нормативом сети*);
- 1221 ВА, входящие в состав больничных организаций;
- 51 ВА, входящая в состав АПО;
- 40 центров ПМСП, входящих в состав больничных организаций;
- 1 центр ПМСП входящий в состав АПО.

В сельских населенных пунктах, в том числе трудно-доступных и отдаленных районах функционируют объекты здравоохранения, оказывающие ПМСП, из них 808 ФАП и 2962 МП.

Основной объем медицинской помощи (первичной медико-санитарной и специализированной) сельское население Республики Казахстан получает в сети медицинских организаций территориально расположенных в сельской местности, которая включает в себя Межрайонные больницы (МРБ), Центральные районные больницы (ЦРБ), районные больницы (РБ), районные поликлиники, ВА, ФАП и МП.

На конец 2019 года на сельском уровне функционирует 204 больничных организаций, что на 12,1 % (28), меньше чем в 2018 году. Специализированная и квалифицированная медицинская помощь оказывается в Межрайонных многопрофильных больницах (ММРБ), Центральных районных больницах (ЦРБ), районных больницах (РБ) и районных поликлиниках, которые в основном являются структурными подразделениями ММРБ, ЦБ и РБ.

Общее количество межрайонных больниц насчитывает 6 организаций здравоохранения. При этом прирост количества ММРБ (4) в 2019 году произошёл за счет их организации в Кызылординской области.

Центральных районных больниц на территории республики в 2019 году насчитывалось 58 единиц, в сравнении с 2018 годом их количество снизилось на 54,3% (69) организаций. При этом за период 2019 года отмечается пропорциональное увеличение количества районных больниц (400 % (64)) с 16 организаций - в 2018 году, до 80 на конец 2019 года.

Сельские участковые больницы и сельские больницы в 2019 году сохранились в составе ЦРБ и РБ в количестве 55 единиц, против 77 - в 2018 году. Ввиду высокой затратности их содержания, часть из них были закрыты. В целом снижение их количества составило 28,6% (22).

Самостоятельные участковые больницы продолжают существовать в 45 сельских населённых пунктах (отсутствуют в нормативе сети). При этом их общее число, по сравнению с 2018 годом, также снизилось на 19,6% (11). Наибольшее количество сельских участковых больниц в течении 2019 года было закрыто на территории ВКО – 91,7 % (11).

Амбулаторно-поликлиническая помощь жителям сельских регионов оказывается в поликлиниках при МРБ, ЦРБ и РБ, сельских ВА, ФАП и МП.

Единственная самостоятельная районная поликлиника функционирует в Павлодарской области. Сельские поликлиники сохранились в 3-х регионах (Акмолинской, Атырауской и Мангыстауской областях).

Самостоятельных ВА всего 4, из них 2 расположены в Атырауской и 2 в Восточно-Казахстанской области. Их количество сохраняется неизменным на протяжении 2018 и 2019 годов.

ФАП являются наиболее распространенной формой медицинских организаций на селе. Их количество на конец 2019 года уменьшилось в сравнении с 2018 годом на 3,3% (808/839). В силу социально-демографических факторов наибольшее число ФАП было закрыто в ЗКО – 10 (17%) и СКО – 4 (8,3 %). Число МП также сократилось в течение 2019 года на 1,4% в сравнении с 2018 годом (2962/2993).

Лишь в одном из регионов Казахстана, в Жамбылской области медицинскую помощь в 8 сельских населенных пунктах оказывают 8 медицинских работников (без помещения), но в сравнении с 2018 годом их число сократилось на 20%.

В настоящее время противотуберкулезные, наркологические и психиатрические стационары на районном уровне не функционируют. В течение 2018-2019 годов данные объекты здравоохранения были закрыты, как отдельное юридическое лицо, но функционируют в структуре многопрофильных больниц.

На сегодняшний день сохраняется тенденция по снижению общего числа объектов сельского здравоохранения. Основной причиной данного обстоятельства является отток и малочисленность проживающего населения в отдаленных населенных пунктах и территориях, а также прочие социально – демографические факторы (старение населения, недостаток специалистов и т.д.). Жители отдаленных поселений оказались без доступа к медицинской помощи по месту жительства, и вынуждены обращаться в организации здравоохранения близлежащих сел. Вопрос изменения подходов к формированию инфраструктуры сельского здравоохранения требует дальнейшего урегулирования.

По итогам 2019 года в Республике Казахстан оснащение компьютерной техникой в организациях здравоохранения ниже районного уровня составила 97% (см. таблица 2).

Таблица 2. Оснащенность компьютерной техникой организаций здравоохранения ниже районного уровня в разрезе регионов

№	Наименование региона	Оснащение компьютерной техникой		
		МО ниже районного уровня		
		кол-во рабочих мест	факт оснащения	
	Туркестанская			
	ВКО			
	Кызылординская			

	Атырауская			
	Костанайская			
	Павлодарская			
	Западно-Казахстанская			
	Мангистауская			
	Карагандинская			
	Алматинская			
	Жамбылская			
	Актюбинская			
	СКО			
	Акмолинская			
	Итого:			

При этом, остается низким оснащение компьютерной техникой в одной области и в 2-х регионах составляет 91%, что ниже среднего значения по республике.

Обеспеченность доступом к сети интернет объектов здравоохранения ниже районного уровня составляет по РК 84%.

Охват МИС объектов здравоохранения ниже районного уровня по республике составил 88%, в 5-и регионах варьирует в пределах 90-95% и в 5-и регионах в пределах 71-86%. Работу по цифровизации объектов здравоохранения ниже районного уровня требует контроля со стороны местных исполнительных органов.

Таким образом пришло время обратить внимание на сельское здравоохранение, в первую очередь на доступность и качество оказания медицинской помощи. Аристотель сказал: *«если портится хорошее, оно становится особенно плохим»*.

Создание эффективной модели сельского здравоохранения

Основные цели любой системы здравоохранения – оказание населению доступной, качественной медицинской помощи, улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности.

Сложившаяся картина сельского здравоохранения, в частности положение сельских медицинских работников выглядит не привлекательной и не имеет конкурентных преимуществ, в сравнении с условиями работы в городе и соответственно не может компенсировать трудности и условия работы на селе, в частности в труднодоступных отдаленных сельских местностях. Молодые специалисты, прибывшие для работы в село сталкиваются со всеми перечисленными выше проблемами. Однако все эти трудности, можно

преодолеть прилагая совместные усилия, а именно путем создания приемлемых условий для работы и возможности профессионального роста (самореализации), решения жилищных проблем, получение достойного пакета социальной поддержки (предоставление материальных и социальных льгот).

В сельской местности проживает более 40% населения Казахстана. Правительство предпринимает активные меры по предотвращению сокращения сельского населения. В связи с чем, на развитие сел запущена программа «Ауыл – ел бесігі», для которой из республиканского бюджета в 2019 году было выделено 30 миллиардов тенге. До 2025 года проектом планируется охватить 80% всех сельских жителей, или около двух тысяч населенных пунктов с общим охватом 6,1 миллиона человек.

Учитывая текущее состояние дел в ПМСП в Казахстане, стратегические планы Министерства здравоохранения, а также передовой международный опыт, авторы предлагают ряд рекомендаций для создания эффективной модели оказания медицинской помощи с возможными решениями по финансированию, развитию инфраструктуры, в том числе цифровизации сельского здравоохранения, кадровых ресурсов, в том числе с расширением мер социальной поддержки работников сельского здравоохранения, лекарственного обеспечения.

Финансирование

Вопросы финансирования, в частности после разделения пакетов услуг, оплачиваемых в рамках ГОБМП и ФСМС требуют пересмотра. На сегодня ПМСП перебирает пакет услуг в рамках ГОБМП. Считаем целесообразным отойти от клинко затратных групп (КЗГ), а перейти на Глобальный бюджет. При этом в рамках КЗГ проводить оплату за высокотехнологичные медицинские услуги и за лечение пациентов, прибывших из других регионов.

Глобальный бюджет, когда все деньги – республиканские трансферты и деньги местного бюджета аккумулируются в один трансферт и через Министерство здравоохранения приходят в конкретную медицинскую организацию. Сельскому здравоохранению не придется гнаться за объемами оказания медицинской помощи, чтобы заработать деньги. Бюджет высчитывается исходя из того, сколько закреплено населения.

Инфраструктура

Сегодня жители сельской местности имеют ограниченный доступ к медицинской помощи и не только к специализированной, но и к услугам ПМСП. Основная масса жителей обращается и получает медицинскую помощь на уровне МП, которые организованы в населенном пункте (сельском округе) с численностью прикрепленного населения от 50 (пятьдесят) до 800 (восемьсот)

человек. Однако жители отдаленных труднодоступных сел с численностью населения менее 50 человек попрежнему ограничены в доступе, в результате отсутствия МП в радиусе 5 километров. Данная норма законодательно предусмотрена, но не соблюдается местными исполнительными органами.

Вместе с тем, имеет значение для сельских жителей транспортная доступность. Предоставить возможность беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью, а также наладить работу санитарной авиации в регионах, в том числе районах в целях своевременного вылета и обеспечения доставки тяжелобольных пациентов по линии санитарной авиации.

В населенных пунктах с численностью населения до 50 человек необходимо предусмотреть 1 должность среднего медицинского работника без содержания отдельного помещения (медицинская сестра/фельдшер). При этом необходимо предоставление транспорта для транспортировки тяжелых пациентов и сообщения с медицинской организацией районного центра. Необходимо укомплектовать сумку медицинского работника, необходимыми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения.

В современном мире очень актуален вопрос меценатства. Меценатство, одна из форм добровольной безвозмездной благотворительности и в нашем случае необходимо активно привлекать меценатов, стимулировать государственно-частное партнерство для развития инфраструктуры в отдаленных сельских населенных пунктах, а именно для строительства объектов здравоохранения, оказывающих ПМСП (ВА, ФАП, МП). Благотворительность – проявление филантропии, не предполагающее каких-либо финансовых и любых других обязательств со стороны получателей благотворительной поддержки. Благотворительность демонстрирует акт свободной воли. Она оформляется как акт дарения посредством дарственной, перечисления средств, оплаты счетов, передачи ценностей с баланса на баланс. Благотворительную поддержку могут оказывать не только физические лица, но и благотворительные фонды – организации, создающиеся для финансирования некоммерческого сектора.

Наряду с развитием инфраструктуры необходимо решать вопросы телекоммуникаций в сельской местности.

Следует продолжить работу по цифровизации здравоохранения, в частности это касается объектов здравоохранения ниже районного уровня. Совместно с местными исполнительными органами обеспечить доступ к высокоскоростному интернету. В этих целях рекомендуем проведение оптоволоконного кабеля на основе волоконных световодов, предназначенный

для передачи оптических сигналов в линиях связи, в виде фотонов (света), со скоростью меньшей скорости света из-за непрямолинейности движения. Его преимущества в следующем:

высокая скорость передачи информации (от 1 до 10 Гбит/с на расстоянии 1 км);

малые потери;

высокая помехозащищённость (невосприимчивость к различного рода помехам);

малые габаритные размеры и масса;

возможность доводить расстояния между передающим и приёмным устройствами до 400-800 км.

Вместе с тем сейчас необходимо развивать дистанционное консультирование, в том числе с использованием средств телемедицины. В современных реалиях медицинская общественность должна воспользоваться возможностями телемедицины по направлениям:

– коммуникация «врач-врач», при которой контактируют и решают вопросы здравоохранения медицинские работники;

– коммуникация «пациент-врач», которая предполагает удаленный обмен информацией между врачом и пациентом.

Преимущества телемедицины:

можно быстро получить помощь;

экономия времени и денег;

широкий выбор специалистов;

снижается риск распространения инфекций;

постоянный контроль при хронических болезнях.

Есть и недостатки: невозможно осмотреть и послушать пациента, зачастую пациенты предоставляют не достоверную, субъективную информацию.

Обеспечить участковых врачей, фельдшеров, медицинских сестер сумкой-укладкой с программно-аппаратным комплексом для телеметрии и телемедицинского консультирования, который состоит из диагностического оборудования и программного обеспечения, позволяющим проводить телеметрические измерения показателей жизнедеятельности пациентов, превращение их в цифровой вид и передачу этой информации через сеть интернет в медицинскую организацию для дальнейшей ее обработки, внесения в электронную медицинскую карту и телемедицинского консультирования.

Программно-аппаратный комплекс для телеметрии и телемедицинского консультирования должен содержать:

- электрокардиограф 12-канальный с цифровым интерфейсом;
- спирометр цифровой;

- дерматоскоп цифровой;
- монитор жизненно важных показателей;
- общая обзорная цифровая камера;
- планшетный ПК с установленным программным обеспечением для телеметрии и телемедицинского консультирования;
- возможность комплектации медицинским оборудованием, как анализатор мочи, скопические системы (офтальмоскоп, ларингоскоп) и другое.

Также, необходимо развитие государственной системы архивного хранения и обеспечения доступа посредством телемедицинских технологий (PACS программы) ко всем цифровым медицинским изображениям (КТ, МРТ, рентген, УЗИ, ангиография, маммография и др.) путем оснащения медицинских организаций базой данных электронного хранения медицинских изображений (*в данный момент есть МИСы без PACSов*), реализации услуг по архивированию и обмену медицинской информации.

Техническое оснащение объектов здравоохранения на районном уровне желает лучшего. Учитывая высокую заболеваемость и смертность населения в целях доступности и соответственно получения качественной медицинской помощи на районном уровне предлагаем предусмотреть в ЦРБ компьютерный томограф, а в ММРБ магнитно-резонансный томограф и обеспечить 2-мя аппаратами ультразвукового исследования эксперт-класса. Материально-техническое оснащение объектов здравоохранения на районном уровне, включая МП на селе проблемный вопрос, требующий безотлагательных мер.

Кадровые ресурсы

Актуальным и важным остается вопрос низкой укомплектованности кадрами объектов здравоохранения в сельской местности.

В решении данного вопроса возможно поможет внедрение опыта по развитию неформального сектора, внесение в перечень специалистов ПМСП стоматологов, фармацевтов, физиотерапевтов, диетологов, стимулирование работников здравоохранения работать в сельских и отдаленных районах, внедрение автономии ВОП, имеющих собственную частную практику, развитие альтернативных моделей и подходов к предоставлению услуг, внедрение в практику сельских врачей (при необходимости) дополнительно оплачиваемой внеурочной помощи на добровольной основе.

На переходном или начальном этапе реализации целевой программы возможно внедрение специальности «сельский врач» для оказания первичной медицинской помощи сельскому населению в рамках индивидуальной или групповой практики.

На международном уровне признано, что состояние кадровых ресурсов определяет эффективность работы систем здравоохранения, прежде всего качество и доступность медицинской помощи населению.

Факторы, которые отталкивают молодых специалистов и студентов от работы на селе и делают ее непрестижной, связаны первоначально с неудовлетворительными профессиональными условиями работы: изолированность и отсутствие возможности обмениваться опытом, несоответствие требований к качеству медицинской помощи на фоне низкой материально-технической оснащения объектов здравоохранения. И соответственно, отсутствие социальной инфраструктуры и низкий уровень заработных плат уходят на второй план, в сравнении с неудовлетворительными профессиональными условиями работы. Однако существуют факторы, когда молодой специалист может рассмотреть работу на селе и проявить интерес и к ним можно отнести: получение профессионального опыта и реализация своего потенциала, востребованность специалиста, обеспечение карьерного роста.

Качество и эффективность услуг ПМСП в сельской местности зависят от квалификации специалистов ПМСП и способа организации их работы. Поэтому необходимо наращивать потенциал сотрудников и повышать престиж их профессии. На начальном этапе предлагается сосредоточиться на целенаправленном подборе и обучении специалистов для работы в медицинских организациях сельской местности.

Предлагаем предусмотреть:

- систему обучения специалистов работе на медицинском оборудовании за счет фирм-поставщиков;

- привлечение высококвалифицированных зарубежных специалистов для проведения мастер-классов и соответственно наращивания опыта, квалификации молодых специалистов;

- организацию стажировок для профильных специалистов в ведущих зарубежных клиниках;

- направление специалистов на производственные стажировки в медицинские организации (возможность стажировки на рабочем месте – сроком от 1 до 3 месяцев при областных больницах, университетских клиниках, республиканских организациях) с выплатой среднемесячной заработной платы; бесплатная переподготовка и другое.

С повышением роли ПМСП в республике созданы центры лучшей практики, основной целью, которых является формализация передового опыта, его сохранение и распространение с помощью множества различных программ, ориентированных на пациентов, местных жителей и, конечно же, практикующих врачей.

В связи с этим, целесообразно определение Центра лучших практик по вопросам сельского здравоохранения, где будет функционировать инициативная группа по фиксации и внедрению эффективного опыта оказания медицинской помощи жителям труднодоступных сельских населенных пунктов других регионов республики. Тем самым будут улучшаться оказание медицинских услуг сельскому населению, повышаться престиж медицинского работника, развиваться сотрудничество между регионами, активизироваться здоровая конкуренция.

Социальная поддержка

В целях повышения привлекательности работы в сельских населенных пунктах для молодых специалистов рекомендуем продолжить усиление мер социальной поддержки для работников системы здравоохранения. Формирование и реализация региональной политики в области социальной поддержки медицинских кадров должна осуществляться в рамках адресной помощи конкретным группам медицинских работников и отдельным гражданам. Главная проблема – удержать кадры в отрасли путем создания системы мотиваций и экономических условий. Оказание социальной поддержки должны быть безвозмездным.

Решение жилищных вопросов: компенсация найма жилья, обеспечение ипотечными кредитами на льготных условиях, предоставление жилья специалистам в собственность (с целью удержания подготовленных высококвалифицированных специалистов). Рекомендуем рассмотреть различные льготы на уровне МО: возмещение расходов на коммунальные услуги и топливо, выплата материальных пособий помощи на оздоровление.

На уровне местных исполнительных органов (областной акимат) рассмотреть и решить вопрос по дополнительным выплатам к заработной плате медицинских специалистов, прибывших для работы в сельскую местность из местного бюджета в размере ежемесячной средней заработной платы в течение первых 3 лет работы. Также предусмотреть открытие депозита с момента прибытия молодого специалиста на работу: в течение 3 лет пополнять депозит ежемесячно в размере суммы оклада специалиста за счет средств МБ.

Лекарственное обеспечение

Доступ к лекарственному обеспечению жителей труднодоступных сельских населенных пунктов на сегодня остается нерешенным. В настоящее время сложилась ситуация, когда жители отдаленных сельских районов практически лишились возможности получить лекарственную помощь по месту

проживания. Причины этой проблемы просты и понятны: ни одна коммерческая аптечная сеть не желает работать на селе, поскольку рентабельность этого бизнеса в лучшем случае нулевая, а чаще и вовсе отрицательная. Открытие аптек в сельской местности непривлекательно для предпринимателей [29].

В Казахстане органичен доступ к лекарственному обеспечению у жителей сельских жителей в регионах и это обусловлено рядом факторов:

- ❖ непривлекательность удаленных территорий для развития фармацевтического бизнеса;
- ❖ невысокая плотность населения в удаленных населенных пунктах;
- ❖ отсутствие медицинских организаций в населенных пунктах;
- ❖ слабая материально-техническая обеспеченность имеющихся медицинских организаций;
- ❖ значительная удаленность аптечных пунктов от районных аптек;
- ❖ недостаток фармацевтических кадров;
- ❖ отсутствие налаженной системы транспортной доступности;
- ❖ сложности доставки лекарственных средств на удаленной территории;
- ❖ низкие показатели оборачиваемости фармацевтических товаров;
- ❖ невысокая платежеспособность сельского населения.

В целях повышения доступности лекарственного обеспечения населения, проживающих в селе необходимо провести работу по организации в отдаленных малочисленных сельских населенных пунктах розничной реализации лекарственных средств.

Для достижения стратегической цели по повышению доступности и качества лекарственных средств процедура закупа лекарственных средств в рамках ГОБМП претерпела ряд организационных новшеств: закуп проводится в режиме онлайн-трансляции в открытом доступе для всего населения. Однако доступ к лекарственному обеспечению жителей труднодоступных сельских населенных пунктов на сегодня остается до конца нерешенным [27]. Этот вопрос остается актуальным и требует принятия организационных мер.

В связи с чем, вносим рекомендации по расширению компетенций медицинских работников, в частности, работающим на селе фельдшерам выдать лицензию на хранение и выдачу лекарственных средств. Наряду с этим необходимо рассмотреть возможность запуска передвижных аптечных пунктов, для обеспечения доставки лекарственных средств до населения с районных центров в села (по схеме РБ→ВА, ФАП, МП) 1-2 раза в месяц. Основной задачей передвижного аптечного пункта является обеспечение сельского населения безопасными, эффективными и качественными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения.

Опыт развитых стран демонстрирует, что на государственном уровне признается существование неравенства при оказании медицинских услуг сельскому населению, которое не обеспечено доступными и качественными медицинскими услугами.

В Казахстане в действующих нормативных правовых актах в области здравоохранения оказание медицинской помощи городскому и сельскому населению осуществляется в равной степени и порядке, при этом имеются упоминания о порядке оказания медицинской помощи сельскому населению лишь в отдельных из них. К примеру, в Кодексе Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» указано, что медицинским и фармацевтическим работникам организаций государственного сектора здравоохранения, работающим в сельской местности и поселках городского типа, предоставляются дополнительные меры социальной поддержки, предусмотренные Законом Республики Казахстан «О государственном регулировании развития агропромышленного комплекса и сельских территорий» [30].

Одним из решений авторы настоящих методических рекомендаций видят в разработке целевой программы по развитию сельского здравоохранения в республике.

Заключение

Доступ к здоровью и благополучию является одним из базовых прав человека, что делает более актуальным вопрос по обеспечению всех людей без исключения возможностями получения качественных услуг в области здравоохранения и медицинского обслуживания.

Ни одна отрасль современной рыночной экономики, в том числе и здравоохранение, не может эффективно существовать и развиваться без отлаженной финансовой системы и источников финансирования. Поэтому формирование эффективной системы финансирования здравоохранения основывается на изучении опыта развитых стран в части механизмов распределения государственных расходов на медицинскую помощь.

Создание эффективной, доступной и высококвалифицированной системы здравоохранения Казахстана является приоритетным направлением политики для Казахстана. С учетом реалий сегодняшнего дня важно обеспечить доступность и развитие качества медицинской помощи сельскому населению.

Резюмируя вышеизложенное, рекомендуем:

пересмотреть финансирование сельского здравоохранения, финансирование с трех уровней (КПН, КДУ, КЗГ) на глобальный бюджет; провести ревизию зданий объектов здравоохранения, нуждающихся в капитальном ремонте;

продолжить строительство ВА, ФАП и МП;

определить стандарты оснащения объектов здравоохранения;

привлекать специалистов для работы на селе, путем создания условий для комфортной работы;

создание системы мотивации для молодых специалистов, в том числе за счет средств местного бюджета;

развитие телемедицины, закуп необходимого для этого оборудования;

создать условия для проведения дистанционных услуг, в частности онлайн консультаций ВОП и профильными узкими специалистами;

запуск передвижных аптечных пунктов, с компенсацией затрат из местного бюджета;

утверждение списка лекарственных средств разрешенных к отпуску в передвижных аптечных пунктах, ВА без организации аптечных пунктов и другое;

разработка целевой программы по развитию сельского здравоохранения.

Формирование и реализация совместных, республиканских и региональных программ требуют соблюдения единства в решении проблем.

В рамках всеобщего охвата услугами здравоохранения необходимо продолжить работу по внедрению международно-признанных инструментов повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента.

Необходимо усовершенствовать модель управления качеством медицинской помощи в стране. Конечный результат – удовлетворенность пациента качеством медицинской помощи, который будет оцениваться в конкурентной среде с привлечением неправительственных организаций на основе признанной методологии.

Список литературы

1. Концепция формирования и развития центров лучших практик: Всемирный банк 2019 год, консалтинговая компания SOFRECO.
2. Л.В.Журавлева, О.В. Кораблева, М.А. Буранкова Повышение доступности и качества услуг здравоохранения в зарубежных странах, «Национальные интересы: приоритеты и безопасность» № 5, 2015г.
3. «Primary health care in rural and remote Australia: achieving equity of access and outcomes through national reform» John Humphreys¹ and John Wakerman, [https://web.archive.org/web/20150319085323/http://www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/16F7A93D8F578DB4CA2574D7001830E9/\\$File/Primary%20health%20care%20in%20rural%20and%20remote%20Australia%20-%20achieving%20equity%20of%20access%20and%20outcomes%20through%20national%20reform%20\(J%20Humph.pdf](https://web.archive.org/web/20150319085323/http://www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/16F7A93D8F578DB4CA2574D7001830E9/$File/Primary%20health%20care%20in%20rural%20and%20remote%20Australia%20-%20achieving%20equity%20of%20access%20and%20outcomes%20through%20national%20reform%20(J%20Humph.pdf)
4. Казахстан, обзор системы здравоохранения, А. Кацага, М. Кульжанов «Системы здравоохранения: время перемен» Том 14 №4, 2012г.
5. Указ Президента Республики Казахстан от 19 июня 2019 года № 27 «О мерах по реализации предвыборной программы Президента Республики Казахстан «Благополучие для всех! Преемственность. Справедливость. Прогресс» и предложений, полученных в ходе общенациональной акции «Бірге» <http://adilet.zan.kz/rus/docs/U190000027U#z0>
6. Белова Н.И. Сельское здравоохранение: состояние, тенденции и проблемы // Социологические исследования. 2017. № 3. С. 97-105.
7. «Сельское здравоохранение в Австралии» https://ru.qwe.wiki/wiki/Rural_health_care_in_Australia.
8. Тимоти Кэри, Джон Вакерман, Джон С. Хамфрис «К каким службам первичной медико - санитарной помощи должны иметь доступ жители сельской и удаленной Австралии? Систематический обзор «основных» служб первичной медико-санитарной помощи» <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-178>).
9. Каковы характеристики по первичной медико- санитарной помощи моделей оказания услуг для коренных людей? https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2015/13110/Characteristics_of_Indigenous_primary_health_care.5.aspx
10. Veitch P.C. Anticipated Response to Three Common Injuries by Rural and Remote Area Residents // Social Science & Medicine. 1995. Vol. 41. Iss. 5. P. 739–745.
11. «Обеспечение справедливого доступа к первичной медицинской помощи в сельской и отдаленной Австралии - какие основные услуги должны

быть доступны на местном уровне?», Сьюзен Томас, Джон Вакерман, Джон Хамфрис <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4625941>.

12. «Здравоохранение Австралии

https://ru.qwe.wiki/wiki/Health_care_in_Australia.

13. Мелисса Хиллесс и Джудит Хили «Обзор системы здравоохранения Австралии», Система здравоохранения: время перемен, 2002г.

14. Статья «Здравоохранение в Канаде. Медицинские услуги», Т.Канцидайло журнала «Здоровье Украины» №6, 2009г, стр. 41.

15. China Health Care [/https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/china](https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/china)

16. Шабунова А.А., Кондакова Н.А. Региональный опыт реализации программы модернизации здравоохранения 2014 г. // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. № 2. С. 8–13.

17. Студенникова Н.С. «Основные причины сокращения численности сельского населения РФ», материалы Международного заочной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные вопросы науки и образования», г. Тамбов 2015г.

18. Богачев А.И., Полухина М.Г. «Обеспеченность услугами здравоохранения сельских жителей центральной России», журнал «Национальные интересы: приоритеты и безопасность», №7, 2016г.

19. Козырева П.М., Смирнов А.И. «Проблемы медицинского обслуживания в сельской местности», журнал «Гуманитарий юга России» №4, 2018г.

20. «ФАП-ы – основа развития сельского здравоохранения» <https://www.rosminzdrav.ru>

21. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., Альфинская Н.В. «Финансирование здравоохранения в России (2021-2024гг.). Факты и предложения», Вестник ВШОУЗ, Том 5, №4 (18), 2019.

22. Rushworth G.F., Diack L., MacRobbie A. et al. Access to Medicines in Remote and Rural Areas: A survey of residents in the Scottish Highlands & Western Isles // Public Health. 2015. Vol. 129. Iss. 3. P. 244–251.

23. «К вопросу состояния здоровья сельского населения в республике Казахстан (обзор литературы)» <https://articlekz.com/article/26299>

24. Стародубов В.И., Калининская А.А. и др. «Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития», г.Москва, издательство «Медицина», 2007г.

25. Сансызбаева Г.Н., Искендинова С.К., Рахимова Г.А. «Основные элементы системы финансирования здравоохранения Казахстана», <https://articlekz.com/article/15250>

26. Артюхова А.С. «Пути совершенствования медицинской помощи трудоспособному сельскому населению в условиях реформирования регионального здравоохранения. Стратегия реформирования регионального здравоохранения: материалы ежегодной Российской научно-практической конференции, г.Москва.

27. Власов С.Д. «Сельское здравоохранение на рубеже XX – XXI веков» <https://cyberleninka.ru/article/n/selskoe-zdravooohranenie-na-rubezhe-hh-hhi-vekov>.

28. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы, город Нур-Султан, 2019г.

29. Утегенова Г.И. «О повышении качества и доступности фармацевтической помощи сельскому населению в Республике Казахстан» http://www.medzdrav.kz/images/magazine/medecine/2014/2014-1/M_01_14_2-3.pdf.

30. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения».