



КОНЦЕПЦИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ
ПРОГРАММЫ УЛУЧШЕНИЯ
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
НА 2020-2025 ГОДЫ

ПРОЕКТ

10 МАЯ 2019 Г.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
г. Нур-Султан

Обоснование разработки новой государственной программы

В долгосрочной **Стратегии развития Республики Казахстан до 2050 года**, главной целью определено создание общества благоденствия на основе сильного государства, развитой экономики и возможностей всеобщего труда, а также вхождение Казахстана в тридцатку самых развитых стран мира. В качестве одного из семи долгосрочных приоритетов в реализации данной стратегии государством определены «новые принципы социальной политики – социальные гарантии и личная ответственность», где здравоохранение является важной отраслью, предоставляющей социальные гарантии государства в обеспечении охраны здоровья населения и поддерживающей личную ответственность граждан за сохранение и укрепление своего здоровья.

В целях реализации Стратегии развития «Казахстан 2050» Новый политический курс состоявшегося государства», был утвержден **Стратегический план развития Республики Казахстан до 2025 года** (далее – СП-2025), главной целью которого определено достижение качественного и устойчивого подъема экономики, ведущего к повышению благосостояния людей на уровень стран Организации экономического сотрудничества и развития (далее - ОЭСР). При этом, качественный рост экономики должен основываться на повышении конкурентоспособности бизнеса и человеческого капитала, технологической модернизации, совершенствовании институциональной среды, а также минимизации негативного влияния человека на природу.

Реализация среднесрочных целей в области охраны здоровья населения согласно СП-2025 направлена на снижение проблемы недостаточного финансирования здравоохранения, межрегиональной разницы в финансировании отрасли, разницы в кадровом обеспечении между городом и селом и решение других проблем неравномерного качества жизни в регионах.

В СП-2025 для обеспечения высокого уровня жизни граждан Республики Казахстан (далее – РК) (политика 5) определена задача «развивать доступное и качественное здравоохранение по следующим направлениям»:

Переориентация на профилактику и управление заболеваниями на ранних стадиях;

Управление основными хроническими и инфекционными заболеваниями;

Внедрение ОСМС;

Цифровизация системы здравоохранения;

Развитие ПМСП и конкурентной среды;

Модернизация медицинского и фармацевтического образования и науки;

Повышение качества подготовки медицинских кадров;

Совершенствование лекарственной политики.

Правительство РК определило **Цели устойчивого развития (ЦУР) ООН** важным ориентиром в реализации Стратегии до 2025 года. Обозначено, что

«соответствие ЦУР ООН, а также внедрение передовых практик и стандартов ОЭСР во всех сферах жизнедеятельности государства позволит обеспечить прогресс Казахстана на пути вхождения в число 30-ти развитых стран мира». Третья ЦУР ООН – это «хорошее здоровье и благополучие». Казахстан поддерживает определение ООН о том, что ключевой элемент устойчивого развития – это обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех людей в любом возрасте. Одной из целей в рамках третьей ЦУР к достижению которой до 2030 года стремятся страны мира – это *всеобщий охват услугами здравоохранения*. В мире внедрение *обязательного социального медицинского страхования* (далее – ОСМС) является важным драйвером в достижении всеобщего охвата. Запуская в реализацию настоящую государственную программу в 2020 году и одновременно начав внедрение ОСМС, Казахстан начнет новую эру в развитии системы здравоохранения – трехуровневую систему источников финансирования, включающую гарантирование государством базовых медицинских услуг вне зависимости от статуса участия в ОСМС, спектр медицинских услуг для застрахованных граждан в рамках ОСМС и конкурентный рынок добровольного медицинского страхования (далее – ДМС). В этот важный период государственная программа должна обеспечить формирование и укрепление эффективных взаимоотношений между стейкхолдерами в лучших интересах пациента.

Важно обозначить, что согласно общепринятой мировой практике, в первые пять-шесть лет внедрения ОСМС государство не должно снижать финансирование здравоохранения с текущего уровня 11-15%. С учетом медико-демографических трендов заболеваемости и роста реальной себестоимости медицинских услуг, для сохранения как минимум тех пакетов медицинских услуг, предоставляемых населению в начале реформы ОСМС, потребуется больший объем финансовых средств через три, через шесть лет с момента запуска реформы и так далее с течением времени. Эти растущие потребности в здравоохранении невозможно поддерживать только с помощью роста вклада государства. Эффективно и прозрачно размещая средства стратегического закупщика – Фонда социального медицинского страхования (ФСМС) – среди транспарентно отбираемых поставщиков медицинских услуг, внедряя ценностно-ориентированную оплату за медицинские услуги и стимулируя медицинские организации к качественному и безопасному оказанию услуг, необходимо оправдывать ожидания населения к системе здравоохранения в рамках ОСМС через четко рассчитанные размеры ставок страховых взносов, которые неизбежно будут повышаться в среднесрочной и долгосрочной перспективе, аналогично опыту абсолютно всех стран в мире. Таким образом, общие расходы на здравоохранение должны достичь не менее 5% от ВВП в 2025 году.

Во избежание дефицита между потребностями населения в услугах здравоохранения и накопленными средствами в ФСМС, необходимо постоянно адаптировать уровень платежеспособности ФСМС соразмерно растущим потребностям населения, изменениям медико-демографического

профиля населения (старение, доля детей и других групп населения), глобальным трендам (антимикробная резистентность и молниеносное распространение некоторых контагиозных инфекционных заболеваний, бремя неинфекционных болезней) и местным и региональным особенностям.

Справедливые тарифы на медицинские услуги позволят поставщикам медицинских услуг своевременно обновлять основные средства, обеспечивать достойный уровень оплаты труда работников организаций здравоохранения. При этом справедливый тариф может означать удорожание себестоимости медицинских услуг.

Учитывая, что карманные расходы с текущего уровня 40% трудно будет снизить в более чем два раза, до желаемого уровня в странах ОЭСР в течение действия новой Программы, необходимо прививать культуру управления рисками через добровольное медицинское страхование. В странах, где не развивается ДМС, как правило, стоимость медицинских услуг относительно низкая, что население не считает целесообразным закупать страховой полис, либо существует теневой оборот вознаграждения медицинских работников за ускорение доступа к бесплатным или льготным медицинским услугам. С повышением прозрачности системы здравоохранения – через практики менеджмента, корпоративного управления и цифровизацию, а также приведение тарифов в соответствие с реальной стоимостью медицинских услуг, потребность населения ДМС будет расти, и важно поддерживать развитие рынка ДМС с целью формирования защиты граждан от катастрофических расходов.

Основным лейтмотивом Программы станет вклад в высокое качество жизни населения через качественное и доступное здравоохранение согласно приоритету, определенному в политике 5 в СП-2025. Для реализации такой политики необходимо обеспечить базовое качество жизни во всех регионах, как определено в СП-2025: «привлекательность любого региона, перспективы его дальнейшего развития и уровень благосостояния жителей определяются качеством жизни населения, которое является главной целью социально-экономической политики страны». Наряду с расширением доступности медицинской помощи, тщательная реализация ОСМС также будет стимулировать повышение качества медицинских услуг в условиях повышения конкурентоспособности медицинских организаций.

Для определения дальнейших направлений развития системы здравоохранения проведен анализ текущей ситуации с трех позиций: взгляд пациента на здравоохранение как доступное социальное благо, возможности медицинского работника быть ключевым звеном медицинской индустрии, балансирование государственного регулирования в обеспечении социальных гарантий и доступности качественной медицинской помощи.

Государственная программа будет межотраслевым документом и за его реализацию будут ответственны центральные и местные госорганы, субъекты квазигосударственного сектора, субъекты здравоохранения, а также планируется активное вовлечение негосударственного сектора, в том числе неправительственных организаций. Органом разработчиком будет являться

Министерство здравоохранения РК. Проект будет разработан в соответствии требованиями утвержденной Системы государственного планирования в РК.

Анализ текущей ситуации

В целом, по оценке международных консалтинговых компаний и рейтингов, таких как Бостонская консалтинговая группа, система здравоохранения Казахстана определена как развивающаяся со стойкой положительной тенденцией.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (далее – ОПЖ) в РК выросла с 68,3 в 2010 году до 73,12 в 2018 году. Несмотря на высокие темпы улучшения ОПЖ, показатель все же не соответствует уровню дохода страны. Такие страны ОЭСР, как Чили и Турция, ВВП которых на одном уровне с РК имеют значения ОПЖ около 80 лет.

В структуре факторов, значительно влияющих на повышение ОПЖ выделяют успешную борьбу с преждевременной смертностью и поддержание жизни пожилых людей. По Данным Комитета статистики Министерства национальной экономики РК (далее – МНЭ) в 2017 году общая смертность разрезе возрастных категорий выглядит следующим образом:

1) в структуре смертности детского населения на первом месте младенческая смертность с тенденцией снижения на 30% за 5 лет, на втором месте детская смертность до 5 лет с тенденцией снижения на 19%, на третьем месте подростковая смертность (15-19 лет) с тенденцией снижения 27%. Остается вызовом факт влияния младенческой смертности на ОПЖ: каждый третий умерший в РК от 0 до 35 лет являлся младенцем;

2) в структуре смертности лиц трудоспособного возраста максимальный пик смертности приходится на предпенсионный возраст;

3) в возрасте от 0 до 65 лет больше преобладает смертность среди мужского населения, максимальная разница в 46% между женской и мужской смертностью достигает в возрасте от 20 до 24 лет. В отчете ОЭСР по обзору системы здравоохранения РК особое внимание уделяется факту, что лидирующая причина смертности среди молодежи – лиц от 14 до 29 лет является «внешние причины», то есть травмы, суициды и дорожно-транспортные происшествия. По рекомендациям ОЭСР, снижение причин для данной категории граждан способен дать значительный, вплоть до 10 лет, рост ОПЖ;

4) доля лиц старческого возраста от 75 лет и старше в структуре общей смертности составляет 38%.

Также необходимо усилить меры:

- по снижению смертности от неинфекционных заболеваний, характерных больше для лиц предпенсионного и пожилого возраста;

- межведомственного характера для снижения смертности, связанной с рискованной поведением;

- по улучшению условия поддержания качественной жизни лиц пожилого и старческого возраста.

Здоровье детского населения

В начале 2018 года в РК численность детей в возрасте до 14 лет составила 5,1 млн. человек. В 2018 году в стране родилось более 398 тыс. детей. Основные причины смертности и заболеваемости младенцев связаны с недоношенностью, пороками развития и состояниями, возникающими в перинатальном возрасте. Согласно данным ВОЗ основным фактором, влияющим на рождение живого здорового младенца, является здоровье матери. В Казахстане индекс здоровья женщин репродуктивного возраста достиг 70%.

В структуре заболеваемости детей раннего возраста лидируют болезни органов дыхания, дети чаще взрослых подвержены инфекционным заболеваниям и несчастным случаям. По данным ВОЗ, основными рисками для здоровья детей до 5 лет являются недостаточный уход за ребенком и незнание родителями тревожных признаков у детей и факторов риска. По данным статистического сборника «Дети Казахстана» МНЭ от 2017 года главными причинами смертности детей до 5 лет стали - травмы, утопления и случайные удушья. К примеру, по данным ВОЗ, среди детей до 5 лет отмечается наиболее высокий риск утопления, что связано с несоблюдением правил безопасности.

По данным Национального доклада о состоянии и развитии системы образования РК по итогам 2017 года, в 2017-2018 годах количество детей до 6 лет с особыми образовательными потребностями из-за состояния здоровья (врожденные аномалии, травмы и иные заболевания) превысило 46 тыс. детей, с 2015 года ежегодный прирост данной категории детей составил 6 тысяч детей.

Среди детей школьного возраста преобладают заболевания желудочно-кишечного тракта (24%), соответственно указывающие на необходимость усилить контроль за соблюдением санитарных требований МЗ по ограничению продажи газированных, сладких напитков и некоторых продуктов питания вблизи образовательных учреждений. Растет количество детей в возрасте 6-9 лет, страдающих избыточной массой тела из-за малоподвижного образа жизни и несбалансированного питания.

По результатам профилактических осмотров детей школьного возраста до 14 лет больше всего дети страдают нарушениями зрения, и сегодня ВОЗ активно призывает родителей максимально ограничить использование детьми гаджетов.

Таким образом, охрана здоровья детского населения требует значительных усилий межотраслевого взаимодействия и реализации образовательных, патронажных мероприятий среди населения.

Здоровье молодежи

По индексу прогрессивности молодежи, измерение которого является совместной инициативой ряда межправительственных ассоциаций, Казахстан

занял в 2017 году 63 позицию среди 102 стран, по показателю «Питание и базовое медицинское обслуживание» дана оценка 96 баллов из 100.

По данным Национального доклада «Молодежь Казахстана – 2018» ежегодно наибольшее количество смертей среди молодежи наступает вследствие несчастных случаев, отравлений и травм (62,3%), далее болезни системы кровообращения (6,7%), на третьем месте – новообразования (6,6%). В перечне основных заболеваний, влияющих на развитие молодежи указаны туберкулез, злокачественные болезни, СПИД, психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.

По степени распространенности туберкулеза среди молодого населения, показатель имеет тенденцию к значительному улучшению по всей стране, однако неблагоприятная картина сохраняется в западном регионе и в г. Нур-Султан. По злокачественным новообразованиям показатель первичной заболеваемости снизился в 2017 году по сравнению с прошлым годом, однако 62% лиц в возрасте от 15-29 лет впервые заболевших злокачественным заболеванием являются молодые женщины.

Наиболее важной социальной проблемой среди молодежи РК является распространенность суицидов. По оценке ВОЗ, в 2012 году Казахстан занимал четвертое место в мире по количеству суицидов в возрастной группе 15-29 лет, и девятое место – в возрастной категории от 5 до 14 лет. Согласно данным Комитета правовой статистики и специального учета, разница в количестве суицидов среди молодых мужчин (818 человек в 2017 г.) в 3,5 раза выше, чем у женщин (226 человек в 2017 г.). Количество зарегистрированных суицидальных попыток в 2017 году составило 1434 случая. В возрастной группе подростков 15-17 лет количество завершенных суицидов снизилось за 5 лет на 38,5% и число суицидальных попыток снизилось на 43,4%.

По оценочным данным, уровень употребления алкоголя среди граждан, в РК сохраняется на высоком уровне среди стран Европейского региона ВОЗ. Несмотря на положительную динамику и снижение потребления алкоголя, в 2016 году этот показатель составил приблизительно 7,0 литров алкоголя на человека в год. В рейтинге стран мира по употреблению алкоголя Казахстан занимает 73 место среди 189 стран мира.

Следует отметить, что уровень смертности по всем возрастным группам молодежи за 2015-2017 годы снизился, и значительно дифференцируется по полу. Смертность значительно выше среди мужчин и связана с более рискованным поведением (самоубийства, ДТП, убийства, прием наркотических средств).

Высокий уровень суицидов, применение психоактивных средств, значительная разница в смертности между мужчинами и женщинами молодого возраста говорит о выраженном рисковом поведении молодежи и необходимости принятия мер по информированию и формированию здоровых привычек среди молодежи.

Здоровье лиц зрелого возраста

Во всех регионах страны внедрен проект по внедрению программы управления заболеваниями (ПУЗ), основанной на активном ведении пациентов с хроническими заболеваниями (сахарный диабет, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность). Задачами ПУЗ являются повышение солидарной ответственности граждан за свое здоровье, рациональное использование ресурсов ПМСП. В результате внедрения ПУЗ в 2,5 раза снижена госпитализация пациентов, вовлеченных в программу. Для обеспечения постоянной связи между пациентами, состоящими на динамическом наблюдении и врачом, разработаны и внедрены мобильные приложения.

В РК доля смертности от травм, несчастных случаев и отравлений в структуре общей смертности занимает 4-е место и составляет 10%. В структуре первичной инвалидности от травм всех локализаций 20% составляют дорожно-транспортные травмы.

Показатель количества погибших в ДТП в РК более чем в 3 раза превышает аналогичный показатель стран Евросоюза, и составлял 13 на 100 тыс. населения в 2017 году. Высокая смертность в ДТП обусловлена не только относительно большим количеством аварий с пострадавшими, но и низким уровнем выживаемости пострадавших после ДТП, что напрямую связано со своевременностью и качеством оказания экстренной помощи.

В целях улучшения своевременной транспортировки пациентов и оказания экстренной помощи с начала 2018 года внедрены новые стандарты оказания скорой медицинской помощи, предусматривающие оснащение GPS-навигацией, редизайн автотранспорта. Сотрудники службы скорой помощи прошли поэтапное обучение международным стандартам оказания неотложной помощи, в том числе BLS¹ – 77%, ACLS² – 50%. Среднее время доезда скорой помощи в 2018 году составило 15 минут (2017 год – 25 минут). Оптимизируется согласно лучшей практике в мире работа в приемных отделениях стационаров, организовано обучение 40 специалистов за рубежом, триаж-системе – 555 медработников. Внедрена программа обучения по специальности «врач неотложной помощи».

Ежегодно увеличивается количество высоких технологий, перенимаемых казахстанскими научными центрами и республиканскими клиниками. За 2018 год в республиканских медицинских организациях оказаны 1363 высокотехнологичные медицинские услуги с применением инновационных медицинских технологий (2016 г. – 1039, 2017 г. – 1135).

Еще одной распространенной причиной инвалидизации лиц трудоспособного возраста является производственный травматизм. В 2017 году от производственного травматизма пострадало 1678 человек, что на 0,3% меньше, чем годом ранее (1683 человека в 2016 г.). По данным Комитета статистики МНЭ РК наибольший травматизм по видам деятельности

¹ BLS – Basic life support - ,

² ACLS - Advanced Cardiovascular Life Support

приходится на предприятия горнодобывающей промышленности, на втором месте находится обрабатывающая промышленность, затем предприятия водоснабжения и водоотведения, строительство и предприятия транспорта.

Здоровье пожилых

В настоящее время в РК проживают более 18,3 млн. населения, доля пожилых людей составляет 11,5%.

В настоящее время на достаточном уровне обеспечена доступность специализированных и высокотехнологических услуг, таких как кардиохирургические, нейрохирургические, травматологические, офтальмологические. Реализуются мероприятия по организации восстановительного лечения и медицинской реабилитации.

Основная неудовлетворенная потребность медицинских услуг пожилого и старческого населения выявлена в реабилитационных услугах после специализированного лечения. Слабый потенциал реабилитации снижает эффективность специализированного лечения, не сокращаются сроки нетрудоспособности. В настоящее время в стране функционирует 192 организации, оказывающих реабилитационные услуги, из них 129 государственных и 63 частных.

На сегодняшний день хосписы функционируют всего в 7 городах республики, в остальных регионах для оказания паллиативной помощи развернуты койки в онкологических центрах при многопрофильных больницах на городском и областном уровнях, районных и межрайонных больницах. С 2016 года в Алматинском онкологическом центре создана выездная бригада для оказания паллиативной помощи пациентам на дому. В 2017 году в г. Тараз открыт центр паллиативной помощи на 30 коек. На амбулаторном уровне данный вид помощи оказывается специалистами организаций ПМСП. Необходимо продолжить работу по развитию паллиативной помощи населению.

Контроль качества медицинской помощи

В оценке стран по благоприятности условий ведения бизнеса Doing Business Казахстан занял 28 место из 126 стран Европы и Центральной Азии по итогам 2018 года. В части здравоохранения проведена работа по упрощению контрольно-надзорных функций, закрепленных за уполномоченными органами здравоохранения по медицинской, фармацевтической и санитарно-гигиенической сферам.

В настоящее время в системе государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг отсутствуют механизмы экстренного извещения по некоторым случаям, которые послужили бы основанием для оперативного реагирования. Анализ показал, что в странах ОЭСР используется система учета и анализа инцидентов (это любое отклонение от стандарта медицинской помощи, в результате которого причиняется вред пациенту); в случае информирования об инциденте отсутствуют карательные меры со стороны органов, контролирующих качество медицинской помощи и обеспечивается

конфиденциальность информации об инциденте. В медицинских организациях стран ОЭСР внедрена культура безопасности, которая поощряет работников сообщать об инцидентах. Вместе с тем, ВОЗ указывается, что фундаментальная роль данной системы заключается в повышении безопасности пациентов путем изучения ошибок системы здравоохранения и дачи рекомендаций по принятию мер по улучшению.

Кадровые ресурсы

При ежегодном выпуске медицинских кадров, тем не менее, система здравоохранения не прекращает испытывать дисбаланс кадровых ресурсов, особенно на селе. Обеспеченность врачебными кадрами городского населения в 3,5 раза больше, чем сельского (56,8 на 10 тыс. городского населения и 16,1 – на сельского). Врачи, работающие в городской местности, в среднем составляют 83% и в сельской местности – 17%. Недостаточное число квалифицированных работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах затрудняет доступ к услугам здравоохранения значительной доли населения.

Вопросы мотивации, уровня заработной платы и повышения статуса медицинским работникам остаются приоритетными по результатам обратной связи с практикующими медицинскими работниками. Министерством здравоохранения проводится мониторинг фактических заработных плат и принимаются меры по стимулированию повышения заработной платы работников здравоохранения в государственных организациях на праве хозяйственного ведения и других формах организации, в которых вводится корпоративное управление.

Ввиду частой причины обращений населения в Министерство, а также в МИО касательно уровня подготовки кадров и их коммуникативных навыков, проводятся системные меры по непрерывному профессиональному развитию медицинских кадров в том числе за счет республиканской бюджетной программы.

Инфраструктура сети здравоохранения

В среднем по республике более половины медицинских объектов (59,7%) изношены. При этом в Акмолинской области износ составляет - 72%, Западно-Казахстанской – 71%, Восточно – Казахстанской – 70%.

Необходимо принять меры, направленные на снижение количества объектов, требующих капитального ремонта или строительства, обеспечить полное оснащение поликлиник и больниц необходимым медицинским оборудованием согласно утвержденному Государственному нормативу сети организаций здравоохранения. Для каждого региона, с учетом региональных потребностей, утверждены перспективные планы регионов на период до 2025 года.

SWOT анализ

Сильные стороны

1) всеобщий охват услугами здравоохранения (по итогам 2015 года, система здравоохранения Казахстана набрала 71 из 80 возможных баллов по показателю 3.8.1. «Индекс охвата услугами» Целей устойчивого развития ВОЗ);

2) эффективный контроль расходов в сфере здравоохранения (Казахстан занял 44 место из 56 стран в индексе эффективности здравоохранения, разработанного информационным агентством Bloomberg);

3) стандартизация клинической деятельности (в Казахстане наибольшее количество медицинских организаций, аккредитованных в соответствие с международным стандартом качества и безопасности медицинской помощи JCI среди стран ЕАЭС);

4) единые закупки лекарственных средств и медицинских изделий (снижение закупочной стоимости лекарственных средств (далее – ЛС) и медицинских изделий (далее – МИ) в рамках ГОБМП);

5) ускорение темпов цифровизации здравоохранения;

6) стратегическое партнерство медицинских ВУЗов с ведущими зарубежными университетами.

Слабые стороны

1) низкий уровень грамотности и информированности населения о вреде несбалансированного питания, курения, потребления алкоголя и степени влияния иных поведенческих факторов риска на здоровье;

2) неконкурентоспособная заработная плата медицинских работников государственного сектора здравоохранения;

3) устаревающая инфраструктура медицинских организаций;

4) дисбаланс кадров в системе здравоохранения;

5) неоднородный уровень сервиса и качества медицинской помощи.

Возможности

1) внедрение искусственного интеллекта и полная цифровизация;

2) мобильные и веб-приложения для информирования и вовлечения населения в охрану собственного здоровья;

3) инициатива ВОЗ «Здоровые города» - формирование городской среды, благоприятствующей поддержанию здорового образа жизни;

4) повышение уровня грамотности и осведомленности населения по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактики поведенческих факторов риска, здорового питания;

5) развитие персонифицированной медицины;

6) развитие медицинского туризма;

7) внедрение инновационных методов лечения и технологий через Startup community, в том числе в области биофармацевтики;

8) государственно-частное партнерство в здравоохранении;

9) развитие ОСМС.

Угрозы

- 1) отток высококвалифицированных кадров;
- 2) глобальное изменение климата, загрязнение воздуха, почвы и воды;
- 3) глобальные вспышки особо опасных инфекций и их быстрое распространение через авиа-сообщение;
- 4) рост бремени неинфекционных заболеваний;
- 5) антимикробная резистентность;
- 6) дезинформация населения через недостоверные источники;
- 7) отказ населения от вакцинации, снижение комплаентности пациентов.

Цель, задачи и направления государственной программы

В проекте государственной программы охраны здоровья населения определена программная цель:

Развитие качественного и доступного здравоохранения и повышение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет в 2025 году.

Индикаторы достижения цели:

1. Рост ожидаемой продолжительности жизни граждан до **75 лет** в 2025 году.

По итогам 2018 года ОПЖ составила 73,12 года, рост с 2010 года составил 4,72 года. Для Казахстана сохраняется проблема межрегиональной разницы ОПЖ в зависимости от социально-экономического развития региона (до 6 лет) и значительный разрыв между ОПЖ мужчин и женщин (до 9 лет).

2. Рост доли общих расходов на здравоохранение от ВВП до **5%** в 2025 году.

В 2018 году доля общих расходов на здравоохранение от ВВП составила 3,1%, из них доля карманных расходов населения 38% при рекомендуемом ВОЗ уровне 20%. Высокий уровень карманных расходов населения на услуги здравоохранения является одним из факторов обеднения, в том числе катастрофических затрат домохозяйств, и является толчком к внедрению реформы ОСМС в РК и в мире. Повышение общих расходов на здравоохранение до 5% от ВВП будет достигнуто за счет внедрения ОСМС, что позволит снизить долю карманных расходов населения, активного продвижения ДМС и неснижаемой доли государственного финансирования обязательств в рамках ГОБМП.

Реализация программной цели будет осуществлена путем решения следующих задач:

Задача 1. Формирование у населения приверженности здоровому образу жизни.

Пути решения первой задачи будут включать следующие направления:

Направление 1. Каждодневный выбор людей в пользу здоровья

(изменения поведения в пользу здоровья, популяризация здорового образа жизни и активного долголетия, снижение влияния факторов риска на здоровье, формирование ответственного отношения людей к здоровью)

Направление 2. Создание современной службы общественного здравоохранения

(Комитет контроля качества безопасности товаров и услуг – «Kaz-FDA» - самый доверенный источник информации для населения о безопасности для здоровья услуг и товаров)

Направление 3. Всестороннее поддержание здоровья на уровне ПМСП

(на стыке ОЗ и ПМСП: роль community health workers, скрининги, вторичная профилактика, ранее выявление, управление болезнями. Переход от лечения болезней к сохранению здоровья через ПМСП)

По данным ВОЗ, 10 ведущих причин смерти в мире это: ишемическая болезнь сердца и инсульты, хроническая обструктивная болезнь сердца, сахарный диабет, деменции, инфекции нижних дыхательных путей, диарейные заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД, ДТП. Ведущие причины смертности управляемы на уровне *каждого гражданина* путем снижения поведенческих факторов риска: это снижение потребления сахара и соли, рациональное питание, физическая активность, отказ от вредных привычек, поддержание личной гигиены и мер безопасности, соблюдение правил дорожного движения на дорогах и в целом в быту.

Распространенными факторами риска, составляющим значительную долю общего бремени болезней (DALYs) в РК за 2017 год, являются:

несбалансированное питание – 16,11% от общего DALYs,
высокое артериальное давление – 14,27% от общего DALYs,
курение – 11,1% от общего DALYs,
повышенный индекс массы тела – 11,71% от общего DALYs,
а также употребление алкоголя – 9,9% от общего DALYs.

В свою очередь, *государство* должно обеспечить снижение влияния внешних факторов риска и принять меры для обеспечения чистой водой и воздухом, санитарного благополучия, создания пространства для активного образа жизни граждан, внедрять высокие стандарты качества товаров и услуг, в том числе продуктов питания, безопасных услуг транспорта и др.

Для гармоничной реализации межотраслевых инициатив в поддержку здоровья, в Казахстане начаты и будут далее активно выполняться проекты, такие как «Здоровые города», «Школы, способствующие укреплению здоровья», «Здоровые университеты», «Здоровые рабочие места», «Город, благоприятный для пожилых людей». Успешная реализация данных проектов напрямую зависит от приверженности и ресурсов местных исполнительных органов, поэтому регионам будет предоставлена свобода выбора одной или нескольких перечисленных инициатив, поддерживаемых ВОЗ или Детским фондом ООН.

Будет предотвращен рост общей доли детей с избыточной массой тела в сравнении с показателем 2018 года. Индикаторами данной задачи будут первичная заболеваемость сахарным диабетом, доля курящего населения и др.

Ключевым звеном проактивного вовлечения людей к солидарной ответственности за свое здоровье является ПМСП. Ранняя диагностика и профилактика заболеваний на уровне ПМСП повышает продолжительность здоровой жизни граждан, их активное долголетие и снижает необоснованное потребление дорогостоящих медицинских услуг. В РК количество посещений ПМСП составило 88,9 млн. посещений за 2018 год, или 6 посещений на 1 человека в год, что ниже уровня стран ОЭСР.

Учитывая успешный опыт развивающихся стран в вопросе эффективной организации санитарно-профилактических работ, будет реализован проект привлечения работников со средним образованием, либо высшим немедицинским образованием в мультидисциплинарные команды ПМСП.

Поэтому в государственной программе будут реализованы проекты ***на стыке общественного здравоохранения и ПМСП***. Будет изучен опыт стран со схожей экономикой и социо-демографической картиной в привлечении работников санитарного просвещения (community health workers) – лиц из числа населения, которые пройдя краткосрочный тренинг, нанимаются в команду ПМСП и активно работают над повышением уровня грамотности населения в отношении своего здоровья (health literacy) и вовлекаются в своевременное получение людьми медицинских услуг.

Таким образом, для достижения данной задачи необходимо формирование у граждан активной жизненной позиции в отношении своего здоровья, а со стороны центральных и местных государственных органов будет обеспечено принятие своевременных решений межсекторального характера. Активное вовлечение парамедиков, работников просвещения по вопросам здоровья будет рассмотрено как способ укрепления кадровых ресурсов здравоохранения с целью изменения поведения и выбора людей в пользу здоровья.

В реализацию первой задачи, будут определены три ключевых проектов развития общественного здоровья:

«Здоровое питание и физическая активность – основа крепкого здоровья населения Казахстана»

«Репродуктивное и ментальное здоровье – будущее здоровой нации»

«Казахстан, свободный от табачного дыма»

Задача 2. Повышение качества медицинской помощи.

Пути решения второй задачи будут включать следующие направления:

Направление 4. Развитие человеческого капитала

Направление 5. Совершенствование деятельности медицинских организаций

Направление 6. Создание единого цифрового пространства здравоохранения

Всемирной организацией здравоохранения (далее – ВОЗ), ОЭСР и Всемирным банком совместно определены пять фундаментальных элементов качественной медицины:

- высококачественные человеческие ресурсы;
- деятельность медицинских организаций согласно стандартов на всех уровнях оказания медицинской помощи;
- безопасное и эффективное применение ЛС, ИМН и других технологий;
- эффективное применение информационных систем;
- механизмы финансирования, поддерживающие улучшение качества³.

Ключевой ресурс системы здравоохранения – это *кадры*, поэтому для повышения качества оказания медицинской помощи будет поддержана высокая квалификация медицинских работников и созданы материально-технические условия для их эффективной работы. В рамках стратегического партнерства с медицинскими ВУЗами будет продолжена модернизация системы медицинского образования и непрерывного профессионального развития кадров.

Отличительной целью этой Программы будет **доведение средней заработной платы врача до уровня 2,5 от средней заработной платы в стране до 2025 года**. То есть соотношение зарплаты врача от уровня 0,9 к средней в экономике в 2018 году должно подняться в 2,8 раз в течение шести лет. С увеличением заработной платы повысятся квалификационные требования перед медицинскими работниками. В результате врачи будут обладать навыками и компетенциями аналогичной специальности в странах ОЭСР с таким же уровнем стажа и квалификации. Полноправный переход на лицензирование врачей и специалистов сестринского дела до 2025 года обеспечит интеграцию казахстанских медицинских работников в международное сообщество коллег, повысит стимулы для повышения компетенций и конкурентоспособности. Планирование, прогнозирование и распределение кадров будет осуществляться с учетом рекомендаций кадровой

³ Из стр 51-52 отчета ВОЗ, ОЭСР, ВБ «Оказание качественных медицинских услуг: глобальное обязательство в достижении всеобщего охвата медицинских услуг» (2018)

обсерватории ресурсов здравоохранения, сводящей оцифрованные и обновляющейся в реальном времени данные со всей страны.

Следующий фундаментальный элемент качественной медицины – *медицинские организации*. Деятельность медицинских организаций будет совершенствоваться с учетом принципов доказательной медицины, прописанных в клинических руководствах и протоколах, принятых ОКК.

К 2025 году не менее 70% медицинских организаций, заключающих контракты с ФСМС, должны будут пройти и иметь статус национальной аккредитации с целью поддержания безопасности и качества медицинской помощи, что более чем в два раза выше текущего уровня 30%.

Координация преемственности медицинской помощи будет выполняться на основе реализованных к 2025 году региональных перспективных планов инфраструктуры здравоохранения – основной акцент будет направлен на укрепление и модернизацию многопрофильных больниц, оснащенных новыми технологиями и способных оказать широкий спектр медицинских услуг с вовлечением мультидисциплинарной команды в процесс лечения и диагностики пациентов. Важную роль сыграют Университетские клиники, которые станут Центрами компетенций благодаря высококвалифицированным кадрам и возможностью реализации триединства клинической практики, образования и науки. Монетизация научных исследований станет толчком в развитии исследовательской деятельности в стране.

В связи с тем, что основными причинами инвалидизации граждан являются последствия травм и осложнения хронических заболеваний управление и динамическое наблюдение за хроническими заболеваниями будет осуществляться с учетом современных методов управления заболеванием на уровне ПМСП, а также через «комплаентность» пациента, преемственность между всеми уровнями и этапами оказания медицинской помощи. Восстановление здоровья граждан, охват вторичной и третичной профилактики, эффективная реабилитация позволят сохранить качество жизни пациентов с хроническими заболеваниями, снизить инвалидизацию и повысить пул экономически активного населения.

Ранее начатая интеграция информационных систем Министерства здравоохранения и медицинских информационных систем медицинских организаций, а также регистров пациентов по значимым болезням, будет завершена путем создания единого цифрового пространства здравоохранения. Повышение эффективности использования информации, доступной благодаря цифровизации и внедренной методологии статистического анализа данных, а также полноценный переход «от бумаги к цифре» будет достигнут в течение реализации настоящей Программы.

Задача 3. Устойчивое развитие системы здравоохранения.

Пути решения третьей задачи будут включать следующие направления:

Направление 7. Реализация ОСМС и продвижение ДМС

Направление 8. Улучшение инвестиционного климата в медицинской отрасли

Направление 9. Эффективная реализация государственной программы

В мире внедрение ОСМС является важным драйвером в достижении цели всеобщего охвата услугами здравоохранения, определенной в рамках ЦУР ООН до 2030 года.

С 2020 года запланирован полноценный переход на систему ОСМС, что позволит реализовать финансовые механизмы защиты населения от непредвиденно высоких расходов, связанных с предоставлением дорогостоящей медицинской помощи. Увеличение финансирования медицинской помощи, в том числе за счет средств ОСМС, обеспечит дальнейшее развитие медицинских организаций и увеличит конкуренцию на рынке медицинских услуг.

В связи с этим, необходимо определить ключевые мероприятия и направления работы в первые годы функционирования системы здравоохранения после запуска ОСМС, что обеспечит формирование и укрепление эффективных взаимоотношений между стейкхолдерами (ФСМС, центральные государственные и местные исполнительные органы, пациенты и неправительственные организации, медицинские организации и другие) в лучших интересах пациента и государства.

ФСМС как стратегический закупщик будет осуществлять закуп медицинских услуг и реализовывать основные направления политики здравоохранения, в том числе тарифной политики. Будет продолжена работа по регулярному пересмотру пакетов ГОБМП и ОСМС, в рамках которой ФСМС будет выступать не только плательщиком за медицинскую помощь, но и формировать их в интересах граждан. Учитывая растущую себестоимость медицинских услуг и тренд медико-демографических показателей, необходимо будет четко балансировать возможности ФСМС с потребностями населения. С учетом структуры экономики, повышение размера ставки взноса в рамках ОСМС является закономерным этапом развития системы в соответствии с опытом стран, внедрявших ОСМС.

Реализация ОСМС будет сопровождаться на основе применения в медицинских организациях, а также в региональных органах управления в области здравоохранения современных методов управления, таких как проектный менеджмент, риск-менеджмент, развитие лидерских навыков, что приведет к повышению эффективности управленческих решений и поможет профессионально планировать медицинские услуги с учетом изменений в структуре бремени болезней в регионе обслуживания при внедрении ОСМС.

Улучшение инвестиционного климата в медицинской отрасли – это начало долгосрочной стратегии по локализации фармацевтического бизнеса согласно возможностей рынка ЕАЭС, продолжению поддержки востребованных и доказанных по эффективности отечественных товаропроизводителей, открытию производств новых видов медицинских изделий. Одним из главных инструментов данной стратегии станет привлечение инвестиций через проекты государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения – как в виде строительства новых объектов, так и в виде инвестиций в оснащение существующих объектов.

Опираясь на опыт реализации предыдущих государственных программ по развитию здравоохранения, а также учитывая необходимость повышения результативности проектов в области здравоохранения планируется переход на вертикальную модель управления до уровня Министерства здравоохранения РК. Индикаторы и показатели Программы будут каскадироваться непосредственно до субъектов здравоохранения, ответственность за реализацию которых будет нести руководство в лице главного врача (индивидуальные КПРы), либо коллегиальный исполнительный орган медицинской организации. Одним из важных компонентов вертикальной интеграции станет открытие медицинского холдинга.

Наряду с этим, запланировано внедрение проектного менеджмента на всех уровнях реализации настоящей госпрограммы, в том числе путем открытия проектных офисов по всем направлениям настоящей Программы.

Эффективное управление проектами Программы возможно лишь при полномасштабном внедрении системы корпоративного управления и управления изменениями в области здравоохранения.

Внедрение системы корпоративного управления будет способствовать повышению прозрачности принимаемых решений, снижению рисков авторитарного управления и «непотизма» в медицинских организациях, повысит подотчетность субъектов здравоохранения перед государственными органами и населением Казахстана.

Таким образом, эффективность реализации направлений настоящей Программы будет обеспечена за счет применения инструментов проектного менеджмента, перехода на вертикальную модель управления в системе здравоохранения, а также внедрения корпоративного управления и развития лидерских навыков управленческого звена субъектов здравоохранения, региональных управлений здравоохранения, НПО, организаций образования и науки.

На основании вышеперечисленного, учитывая роль системы здравоохранения в поддержании и улучшении качества жизни населения, в реализацию долгосрочного и среднесрочных стратегических документов РК и ЦУР ООН, и во исполнение Поручений Первого Президента РК в области развития здравоохранения, необходимо определить курс развития системы

здравоохранения, предлагается к утверждению Концепцию Государственной программы улучшения здоровья населения Казахстана на 2020-2025 годы.
