ОБЗОРЫ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: КАЗАХСТАН

2018

ОЭСР

Обзоры систем здравоохранения: Казахстан 2018

OECD

ЛУЧШАЯ ПОЛИТИКА
ДЛЯ ЛУЧШЕЙ ЖИЗНИ

Данная работа публикуется под ответственность Генерального Секретаря ОЭСР. Изложенные в ней мнения и приводимая аргументация могут не отражать официальных взглядов правительств стран – членов ОЭСР.

Настоящий документ и любые содержащиеся в нем данные и карты не затрагивают статуса территорий и их суверенитета, делимитацию государственных границ и пограничных линий, а также названия территорий, городов и областей.

При цитировании просьба ссылаться на настоящую публикацию:
OECD (2018), *Обзоры систем здравоохранения: Казахстан 2018*, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264292895-ru

ISBN 978-92-64-29288-8 (печатное издание)
ISBN 978-92-64-29289-5 (PDF)

Статистические данные по Израилю предоставлены компетентными органами Израиля под их ответственность. Использование Этих данных ОЭСР не является отражением предвзятого отношения к статусу Голанских высот, Восточного Иерусалима и Израильских поселений на Западном берегу согласно нормам международного права.

Сведения об авторах фото: см. обложку © "National Research Cardiac Surgery Center" JSC.

Исправления к публикациям ОЭСР можно найти в Интернете по адресу: *www.oecd.org/about/publishing/corrigenda.htm*.

© OECD 2018

Вы можете копировать, загружать или печатать материалы ОЭСР для собственного пользования, вы также можете включать цитаты из публикаций, баз данных и мультимедийных продуктов ОЭСР в собственные документы, презентации, блоги, интернет- сайты и учебные материалы при условии указания ОЭСР как источника и владельца авторских прав. Все запросы на открытое или коммерческое использование, а также на право перевода должны направляться на *rights@oecd.org*. Запросы на разрешение на фотокопирование разделов настоящего материала для открытого или коммерческого использования должны направляться в Copyright Clearance Center (CCC) на *info@copyright.com* или в Centre francais d'exploitation du droit de copie (CFC) на *contact@cfcopies.com*.

Предисловие

За годы независимости Казахстан достиг небывалых успехов в сфере экономического развития, и постепенно сектор здравоохранения занял более приоритетное место в стратегической повестке дня.

Несколько волн реформ в области здравоохранения были направлены на повышение доступности и эффективности медицинских услуг, а также обеспечение равного доступа к ним. Данные реформы были поддержаны увеличением инвестиций в сферу здравоохранения. В результате, сегодня все население страны имеет право бесплатного доступа к базовым социальным льготам, укрепляется система первичной медико-санитарной помощи, а также проводится реструктуризация больничного сектора в целях снижения зависимости от стационарного лечения. Были реализованы многочисленные инициативы по модернизации механизмов предоставления медицинских услуг, содействию повышению качества и координации услуг. Во многом организационные особенности Казахстанской системы здравоохранения сегодня схожи с теми, которые присущи наиболее успешным странам ОЭСР. Тем не менее, средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении остается более чем на 8 лет ниже среднего показателя по ОЭСР, а на региональном уровне продолжает сохраняться неравенство по ключевым показателям здоровья.

В этой связи, в данном обзоре системы здравоохранения Казахстана дается оценка её эффективности, и в нём особое внимание уделяется первичной и стационарной помощи. В докладе используются общепризнанные принципы и индикаторы для оценки эффективности систем здравоохранения и различных их аспектов. Данные, предоставленные Казахстаном, используются для сопоставления различных показателей деятельности с показателями стран ОЭСР.

В целом реформы, реализуемые в системе здравоохранения, идут в правильном направлении. Однако влияние советского наследия в виде недостаточных инвестиций в развитие сектора первичной медико-санитарной помощи, сравнительной ориентированности на лечение инфекционных заболеваний и ограниченности предоставления услуг, было преодолено лишь частично. В сфере предоставления медицинских услуг по-прежнему сохраняется доминирующее положение стационаров, и отмечается чрезмерно высокий уровень госпитализации по поводу заболеваний, поддающихся амбулаторному лечению (ЗПАЛ), таких как астма и диабет. Кроме того, эффективность и качество предоставления услуг по-прежнему значительно ниже, чем в большинстве стран – членов ОЭСР. Отчасти проблема заключается в том, что, хотя эти реформы являются широкомасштабными и проводятся часто, их эффективной реализации на всех уровнях системы уделяется крайне мало внимания. Контроль за их осуществлением затрудняется ограниченными возможностями информационных систем в получении надежных и достоверных данных, необходимых руководству страны для оценки их реализации или прогресса в достижении результатов на местах.

Для выработки конкретных рекомендаций, которые могли бы помочь Казахстану в достижении им двойной цели как в области улучшения состояния здоровья населения, так и обеспечения финансовой устойчивости системы здравоохранения, были использованы уроки, извлеченные из опыта стран ОЭСР. В этой связи весьма обнадеживают взятые на себя властями Казахстана обязательства по их достижению.

Благодарности

Доклад подготовлен под руководством Отдела по вопросам здравоохранения Управления ОЭСР по вопросам занятости, труда и социальным вопросам. Основным автором данного обзора системы здравоохранения является Агнес Куффиналь. В числе других авторов – Рут Лоперт (Глава, посвящённая оценке и рекомендациям), Каролина Зоха-Дитрих (Глава об эффективности функционирования системы здравоохранения), Лилиан Морейра (Глава, посвящённая первичной медико-санитарной помощи), Антонио Дюран и Антонио Морено (Глава, посвящённая больничному сектору). Глубокое понимание вопроса проявил Али Нургожаев, который оказывал весомую помощь на протяжении всей работы. В докладе также были использованы полезные комментарии Дэвида Моргана и Майкла Мюллера. Авторы выражают благодарность Франческе Коломбо, Стефано Скарпетте и Марку Пирсону за их поддержку, а также Рут Лоперт за редактирование копий доклада, Лукашу Леху за форматирование документа и материально-техническую поддержку и Люси Хьюлетт – за редакционную поддержку.

Написание данного доклада оказалось бы невозможным без весомой поддержки властей Республики Казахстан. Подготовительный его этап проходил в ноябре 2015 года, когда группа специалистов из Секретариата ОЭСР прибыла в Астану для участия в широких дискуссиях с экспертами из Министерства здравоохранения, высшими должностными лицами, независимыми экспертами, представителями общественных и международных организаций. Секретариат ОЭСР хотел бы выразить благодарность Министерству здравоохранения Республики Казахстан за организацию первого визита, посвященного сбору фактического материала. Секретариат ОЭСР также хотел бы поблагодарить все участвовавшие стороны за уделённое время и полезные идеи. В частности, особую благодарность заслуживают М. Абдуов, Д. Айтуарова, Г. Алпыбекова, А.Бралов, М. Исатаева, Б. Искаков, Я. Картаевич, Б. Каупбаева, К. Г. Кулькаева, М. Кульжабов, К. Лияззат, Л. Макалкина, Г. Мусина, С. Мустафина, З. Нургалиева, К. Омаров, Б. Садуакасова, И. Стратулат, А.К. Тастанова, В. Тлемисова, Т. Турумбетова, А. Табергенова за их время и готовность ответить на вопросы команды. Также авторы благодарят Б. Жумадиль из Всемирного банка за предоставленную подробную информацию и М. Вуйнович из ВОЗ за её ценные идеи. Презентация и обсуждения, организованные в Астане в ноябре 2017 года, были тщательно подготовлены Министерством здравоохранения и вылились в плодотворные дискуссии с рядом новых экспертов из Министерства и Республиканского центра развития здравоохранения. В этой связи особая благодарность выражается А. Мусреповой, Т. Султангазиеву, А. А. Токсановой и Г. Мухановой, а также А. Байсалыковой и З. Даримбетовой. На различных этапах подготовки доклада особенно ценной оказалась поддержка Заместителей Министра А. Цой, Л. Актаевой и Министра здравоохранения Ю. Биртанова.

Содержание

Краткое содержание **15**

Оценка и рекомендации **19**

Глава 1 Ключевые особенности системы здравоохранения в Казахстане **51**

1.1. Казахстан: к истории вопроса 52
1.2. Состояние здоровья населения в Казахстане 59
1.3. Описание системы здравоохранения 76
1.4. Общая эффективность системы здравоохранения 91
1.5. Итоговая оценка и стратегические направления 106
Примечания 119
Список использованной литературы 121

Глава 2 Совершенствование системы первичной медико-санитарной помощи в Казахстане **123**

2.1. Введение 124
2.2. Организация первичной медико-санитарной помощи 125
2.3. Основные реформы, проводимые в последнее время в сфере первичной медико-санитарной помощи 137
2.4. Показатели работы системы первичной медико-санитарной помощи 150
2.5. Итоговая оценка и рекомендованные стратегические направления деятельности 167
Примечания 184
Список использованной литературы 185

Глава 3 Совершенствование системы стационарной медицинской помощи в Казахстане **187**

3.1. Введение 188
3.2. Казахстан предпринял ряд инициатив по модернизации больничного сектора 191
3.3. Больничный сектор сегодня 200
3.4. Результаты работы системы стационарных медицинских учреждений в Казахстане 222
3.5. Итоговая оценка и стратегическое направление развития 248
Примечания 260
Список использованной *литературы* 262

Диаграммы

Диаграмма 1.1. Уровень экономического роста и бедности в Казахстане – с 1990-х годов по 2016 год (или ближайший год) 53
Диаграмма 1.2. Неравенство доходов (коэффициент Джини – левая панель) и размер групп населения по уровню доходов в процентах от общей численности населения Казахстана (правая панель), избранные годы 54
Диаграмма 1.3. Неравенство доходов между регионами - индекс Джини регионального ВВП на душу населения, 2014 год (или самый близкий предшествующий год год) 55
Диаграмма 1.4. Основные показатели рынка труда, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2007-2014 гг. 56

Диаграмма 1.5. Население: молодёжь и люди старшего возраста (в процентах от общей численности населения) 58
Диаграмма 1.6. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении – Казахстан, страны-члены ОЭСР и отдельные страны, 2015 год (или ближайший к нему). 59
Диаграмма 1.7. Тенденции ожидаемой продолжительности жизни при рождении, отдельные страны – 1960-2014 гг. 61
Диаграмма 1.8. Региональные различия в ожидаемой продолжительности жизни женщин и мужчин при рождении в Казахстане, 2014 год 62
Избыточная смертность в Казахстане по сравнению с ЕС15 по возрастным группам и основным причинам смертности 66
Диаграмма 1.9. Общее количество смертей и разбивка по основным причинам смертности в Казахстане, 2005-2015 гг. 67
Диаграмма 1.10. Тенденции в показателях смертности от сердечнососудистых заболеваний (ССЗ), Казахстан и некоторые страны, 2000–2014 гг. 68
Диаграмма 1.11. Показатели преждевременной смертности (возрастная группа 0-64 года) от ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний (инсульта), на 100 000 жителей, по регионам 69
Диаграмма 1.12. Ежедневное потребление сигарет среди взрослого населения, 2014 год (или ближайший к нему год) 70
Диаграмма 1.13. Потребление алкоголя среди взрослого населения, 2014 год (или ближайший год) 71
Диаграмма 1.14. Степень ожирения среди взрослого населения, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2013 год (или ближайший к нему год) 72
Диаграмма 1.15. Материнская смертность на 100 000 живорождений, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2015 год (или ближайший год) 73
Диаграмма 1.16. Младенческая смертность на 1000 живорождений, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2015 год (или ближайший год) 73
Диаграмма 1.17. Долгосрочная тенденция младенческой смертности на 1000 живорождений – Казахстан и отдельные страны, 2015 год (или ближайший к нему год) 74
Диаграмма 1.18. Казахстан - региональные неравенства в показателях здоровья младенцев, младенческая смертность на 1000 живорождений, 2000-2015 гг. 75
Диаграмма 1.19. Региональные неравенства в показателях материнского здоровья – материнская смертность на 100 000 живорождений, 2005-2015 гг. 76
Диаграмма 1.20. Расходы на здравоохранение в процентах от ВВП, 2014 год (или наиболее поздний год) 77
Диаграмма 1.21. Расходы на здравоохранение на душу населения, ППС в долл. США, 2014 год (или наиболее поздний год) 78
Диаграмма 1.22. Государственная и частная доля в общем объеме расходов на здравоохранение в совокупных расходах на здравоохранение, ППС в долл. США, 2014 год (или наиболее поздний год) 79
Диаграмма 1.23. Расходы на здравоохранение как доля от общих государственных расходов, 2014 год (или наиболее поздний год) 80
Диаграмма 1.24. Расходы на здравоохранение на душу населения по отношению к ВВП на душу населения, ППС в долл. США, 2014 год (или наиболее поздний год) 81
Диаграмма 1.25. Общая организация и управление системой здравоохранения - упрощённая организационная схема 83
Диаграмма 1.26. Институты и механизмы финансирования гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи 84
Диаграмма 1.27. Врачи-терапевты общей практики из расчета на 10000 населения, Казахстан и страны ОЭСР, 2014 г. (или ближайший к нему год) 88

Диаграмма 1.28. Доля врачей-терапевтов в возрасте от 55 лет и старше в Казахстане и странах ОЭСР, 2014 г. (или ближайшие к нему годы) 89
Диаграмма 1.29. Практикующие медсестры на 10000 населения, Казахстан и страны ОЭСР, 2014 (или ближайший к нему год) 89
Диаграмма 1.30. Количество врачей-терапевтов 10 тыс. населения по областям Казахстана, 2016 90
Диаграмма 1.31. Количество амбулаторных посещений на душу населения, Казахстан и другие группы стран, 1991-2015 гг. 92
Диаграмма 1.32. Количество амбулаторных на душу населения, ЕС 25 и Казахстан, 2015 г. (или ближайший год) 93
Диаграмма 1.33. Выписка пациентов из лечебных учреждений на 100 жителей, Казахстан и ОЭСР - последний доступный год 93
Диаграмма 1.34. Различие в амбулаторных посещениях и госпитализациях на душу населения по регионам Казахстана, 2014 год 94
Диаграмма 1.35. Платежи из собственных средств в процентах от общих расходов на здравоохранение, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2014 год или ближайший к нему год 96
Диаграмма 1.36. Процент пациентов, которые заплатили взятку за медицинские услуги в течение последних 12 месяцев в Казахстане, странах-членах ОЭСР и в глобальном масштабе 97
Диаграмма 1.37. Пятилетняя относительная выживаемость при раке шейки матки, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2010-2015 гг. (или ближайший период) 99
Диаграмма 1.38. Пятилетняя относительная выживаемость при раке молочных желёз, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2010-2015 гг. (или ближайший период) 100
Диаграмма 1.39. Пятилетняя относительная выживаемость при колоректальном раке, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2010-2015 гг. (или ближайший период) 101
Диаграмма 1.40. Госпитализация с астмой, хроническим обструктивным заболеванием лёгких и диабетом на 100 000 жителей, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2013 год (или ближайший год) 102
Диаграмма 1.41. Доля населения, удовлетворённого системой здравоохранения, 2006 год и 2016 год 103
Диаграмма 1.42. Процент населения, который считает различные секторы коррумпированными или крайне коррумпированными в Казахстане, во всем мире и ОЭСР, 2013 год 104
Диаграмма 1.43. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении и ВВП на душу населения (слева) и ожидаемая продолжительность жизни при рождении и расходы на здравоохранение на душу населения (справа), 2015 год (или наиболее поздний год) 106
Диаграмма 2.1. Число врачей общей практики на 1 000 чел. населения, страны ОЭСР и Казахстан, ... 133
2015 г. (или ближайшие годы) 133
Диаграмма 2.2. Первичная медико-санитарная помощь в процентах от суммы текущих расходов на здравоохранение, страны ОЭСР и Казахстан, 2014 г. (или ближайший год) . 136
Диаграмма 2.3. Доля расходов на первичную медико-санитарную помощь в общих расходах на здравоохранение и в расходах на амбулаторное лечение, Казахстан и страны ОЭСР, 2014 г. 136
Диаграмма 2.4. Доля врачей общей практики в общем числе медицинских работников, Казахстан и страны ОЭСР, 2015 г. (или ближайший год) 139
Диаграмма 2.5. Динамика численности персонала, занятого предоставлением услуг ПМСП, . 141
Диаграмма 2.6. Изменение юридического статуса учреждений ПСМП в Казахстане, 2009 – 2015 гг. 143

Диаграмма 2.7. Среднее число контактов пациентов с персоналом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в расчете на душу населения, Казахстан, 2015 г. 152
Диаграмма 2.8. Число врачей ПМСП на 1000 чел. населения в сельских и городских районах, по регионам, Казахстан, 2015 г. 154
Диаграмма 2.9. Доля врачей общей практики в общей численности врачей ПМСП, Казахстан, 2015 г. 155
Диаграмма 2.10. Среднее число пациентов, прикрепленных к одному врачу общей практики,156
Казахстан, 2015 г. 156
Диаграмма 2.11. Среднее число пациентов, прикрепленных к одному участковому врачу-терапевту, Казахстан, 2015 г. 157
Диаграмма 2.12. Среднее число пациентов, прикрепленных к одному участковому педиатру, Казахстан, 2015 г. 157
Диаграмма 2.13. Состав бригад ПМС П, Казахстан (по нормативу, в сельских районах и в городах, 2015 г. 158
Диаграмма 2.14. Нагрузка врача – терапевта ПМСП, 2015 г. 160
Диаграмма 2.15. Вакцинация детей в возрасте до 1 года, Казахстан, страны ОЭСР и БРИКС, 2015 г. 161
Диаграмма 2.16. Количество случаев госпитализации с диагнозами астма, ХОЛЗ и диабет в расчете на 100 000 человек, Казахстан и страны ОЭСР, 2013 г. (или ближайший год) .. 164
Диаграмма 3.1. Изменение правового статуса больничных учреждений в 2009 – 2015 гг. 194
Диаграмма 3.2. Тенденции в общей численности больничных учреждений в Казахстане, 2000 – 2015 гг. 201
Диаграмма 3.3. Число больниц на 1 000 000 жителей, последний имеющийся год 201
Диаграмма 3.4. Тенденция в численности больничных коек на 1 000 жителей в Казахстане, 2006 – 2016 гг. 202
Диаграмма 3.5. Численность больничных коек на 1 000 жителей – ОЭСР и Казахстан, 2000 г. и последний имеющийся год 203
Диаграмма 3.6. Тенденции в численности больниц по «упорядоченным» категориям больниц в Казахстане, 2010 – 2015 гг. 204
Диаграмма 3.7. Изменения в средней численности коек по каждому виду больниц в Казахстане, 2011 - 2015 гг. 205
Диаграмма 3.8. Плотность больничного персонала (штатных работников) на 1 000 населения, 2015 г. 208
Диаграмма 3.9. Доля врачей (штатных единиц) в структуре занятости в больницах, 2015 г. .. 208
Диаграмма 3.10. Численность персонала больниц (штатных единиц) на одну больничную койку, 2015 г. 209
Диаграмма 3.11. Количество медсестер (штатных единиц) в расчете на одну койку, 2015 г. .. 209
Диаграмма 3.12. Выписки из больниц на 100 жителей Казахстана, 2005 – 2015 гг. 212
Диаграмма 3.13. Число выписок из больниц на 100 жителей, Казахстан и ОЭСР – последний имеющийся год 212
Диаграмма 3.14. Тенденции в числе госпитализаций по типам медицинских учреждений, 2005 – 2015 гг. 213
Диаграмма 3.15. Трансплантация органов в Казахстане, 2012-2015 гг. 219
Диаграмма 3.16. Классификация текущих расходов на здравоохранение по функциям, ОЭСР и Казахстан, 2014 г. 221
Диаграмма 3.17. Классификация бюджетных расходов на здравоохранение по функциям, ОЭСР и Казахстан, 2014 г. 221
Диаграмма 3.18. Изменение доли расходов на на лечение и реабилитацию в стационаре, в общих текущих расходах на здравоохранение, страны ОЭСР, 2004 – 2014 гг. 222

Диаграмма 3.19. Уровень смертности в течение 30 дней после госпитализации с диагнозом острый инфаркт миокарда, последний имеющийся год 227
Диаграмма 3.20. Уровень смертности в течение 30 дней после госпитализации с диагнозом ишемический инсульт, последний имеющийся год 228
Диаграмма 3.21. Послеоперационная легочная эмболия или тромбоз глубоких вен после операции, данные за последний имеющийся год 229
Диаграмма 3.22. Число госпитализаций на 100 жителей в областях страны, 2014 г. 231
Диаграмма 3.23. Основные причины отказов в госпитализации, Казахстан, 2015 г. 233
Диаграмма 3.24. Среднее время ожидания (дни) операции при лечении катаракты в ОЭСР и Казахстане, последний имеющийся год 235
Диаграмма 3.25. Операции при лечении катаракты в ОЭСР и Казахстане – процент пациентов, ожидавших свыше 3 месяцев, последний имеющийся год 236
Диаграмма 3.26. Эндопротезирование тазобедренного сустава в странах ОЭСР и в Казахстане – процент пациентов, ожидающих свыше 3 месяцев, последний имеющийся год 237
Диаграмма 3.27. Средняя занятость больничных коек, данные за последний имеющийся год 238
Диаграмма 3.28. Средняя продолжительность пребывания в стационаре (СПП), в днях (интенсивная терапия), Казахстан и ОЭСР, 2013 г. 239
Диаграмма 3.29. Средняя продолжительность пребывания в стационаре (СПП), в днях (все причины), Казахстан и ОЭСР – данные за последний имеющийся год 239
Диаграмма 3.30. Тенденции в средней продолжительности пребывания в стационаре (СПП) в Казахстане, 2005 – 2015 гг. 240
Диаграмма 3.31. Средняя продолжительность пребывания в стационаре (СПП) в разбивке по типу больниц в Казахстане, все причины, 2005 – 2015 гг. 241
Диаграмма 3.32. Плановые хирургические процедуры – стационарные против амбулаторных – ОЭСР, последний имеющийся год 245
Диаграмма 3.33. Число пациентов, воспользовавшихся правом свободного выбора медицинских учреждений оказывающих услуги населению в Казахстане, всего и распределение между сельским и городским населением, 2010 – 2014 гг. 248

Таблицы

Таблица 1.1. Унифицированные показатели смертности по основным причинам смертности в Казахстане и отдельных странах, 2015 год (или ближайший к нему год) 63
Таблица 2.1. Общее число медицинских учреждений ПМСП по типам и по географическому местоположению, Казахстан, 2015 г. (или ближайший год) 127
Таблица 2.2. Число желающих получить грант на обучение по медицинским специальностям1 140
Таблица 2.3. Основные характеристики программ массового профилактического обследования населения в Казахстане 145
Таблица 2.4. Перечень показателей и целевых установок, используемых для расчета финансирования по итогам деятельности учреждений ПМСП, в целом по Казахстану, 2015 г. 148
Таблица 2.5. Вакантные должности (оценка) и заполненные штатные единицы, а также численность работающих в ПМСП, Казахстан, 2015 г. 159
Таблица 2.6. Процент выявленных неинфекционных заболеваний, выявленных по итогам реализации Программы проведения массовых профилактических обследований (2008 – 2013 гг.) 163
Таблица 3.1. Изменение классификации стационарных медицинских учреждений в Казахстане 189
Таблица 3.2. Больницы Казахстана, правовой статус, 2015 г. 193

Таблица 3.3. Данные о материальных активах больниц по категориям в Казахстане, 2015 г. .. 206
Таблица 3.4. Некоторые элементы инфраструктуры в учреждениях по категориям больниц в Казахстане, 2015 г. ... 206
Таблица 3.5. Численность и категории персонала по типам больниц, в годовом исчислении (год не указан) ... 210
Таблица 3.6. Персонал и врачи (штатных единиц) в расчете на одну койку в многопрофильных больницах ... 210
Таблица 3.7. Наиболее распространенные диагнозы пациентов при выписке из больниц – 2015 г. ... 213
Таблица 3.8. Наиболее распространенные диагнозы пациентам при выписке, сельские больницы – 2015 г. ... 214
Таблица 3.9. Наиболее частые диагнозы пациентов при выписке, районные больницы – 2015 г. ... 214
Таблица 3.10. Наиболее распространенные диагнозы пациентов при выписке, общие многопрофильные больницы – 2015 г. ... 214
Таблица 3.11. Наиболее распространенные диагнозы пациентов при выписке, высокоспециализированные больницы – 2015 г. ... 215
Таблица 3.12. Наиболее распространенные диагнозы пациентов при выписке, монопрофильные больницы – 2015 г. ... 215
Таблица 3.13. Наиболее распространенные диагнозы выполненных хирургических операций в стационарных условиях, все больницы – 2015 г. ... 215
Таблица 3.14. Наиболее распространенные диагнозы выполненных хирургических операций в стационарных условиях, сельские больницы – 2015 г. ... 216
Таблица 3.15. Наиболее распространенные диагнозы выполненных хирургических операций в стационарных условиях, районные больницы – 2015 г. ... 216
Таблица 3.16. Наиболее распространенные диагнозы выполненных хирургических операций в стационарных условиях, общие многопрофильные больницы – 2015 г. ... 216
Таблица 3.17. Наиболее распространенные диагнозы выполненных хирургических операций в стационарных условиях, высокоспециализированные больницы – 2015 г. ... 217
Таблица 3.18. Наиболее распространенные диагнозы выписавшимся пациентам, монопрофильные больницы – 2015 г. ... 217
Таблица 3.19. Пересадки органов на 1 000 000 жителей, Казахстан и некоторые страны ЕС – последний имеющийся год ... 220
Таблица 3.20. Пять наиболее распространенных причин послеоперационной смертности, все больницы, 2015 г. ... 224
Таблица 3.21. Пять наиболее распространенных причин послеоперационной смертности в больницах, районные больницы, 2015 г. ... 224
Таблица 3.22. Пять наиболее распространенных причин послеоперационной смертности в больницах, многопрофильные больницы второго уровня, 2015 г. ... 225
Таблица 3.23. Пять наиболее распространенных причин послеоперационной смертности в больницах, высокоспециализированные стационарные медицинские учреждения, 2015 г. ... 225
Таблица 3.24. Пять наиболее распространенных причин послеоперационной смертности в больницах, моно-профильные больницы, 2015 г. ... 226
Таблица 3.25. Некоторые причины смертности во время пребывания в больницах, все больницы, 2015 ... 227
Таблица 3.26. Госпитализация в больницах Казахстана по типу, 2015 г. ... 231
Таблица 3.27. Плановые и внеплановые операции, все виды хирургических процедур по типам больничных учреждений, 2015 г. ... 232

Таблица 3.28. Плановые и внеплановые операции по отдельным видам хирургического вмешательства, все больницы, 2015 г. 232
Таблица 3.29. Посещения больницы и госпитализация в Казахстане, 2015 г. 233
Таблица 3.30. Посещения больниц в Казахстане по типам обращения за медицинской помощью, 2015 г. 233
Таблица 3.31. Процент сельского населения от общего числа посетивших больницы, госпитализированных и получивших отказ в госпитализации, по областям, 2015 г. 234
Таблица 3.32. Время ожидания плановой операции при лечении катаракты в Казахстане, по типу больниц, 2015 г. 235
Таблица 3.33. Особенности СПП (в днях) по конкретным заболеваниям и категориям больниц в Казахстане, 2014 г. 242
Таблица 3.34. Частота исследований по типу больницы, некоторые технологии 244
Источник: данные Минздрава, август 2016 г. 244
Таблица 3.35. Плановые операции – тенденции в стационарном и амбулаторном лечении, все больницы, 2014 – 2015 гг. 244

Акронимы и сокращения

ОЭМП	Отделение травматологии и неотложной помощи
ЗПАЛ	Заболевания, поддающиеся амбулаторному лечению
СПГ	Средняя продолжительность госпитализации
ОИМ	Острый инфаркт миокарда
ВПМ	Высококвалифицированная практическая медсестра
БРИИК	Бразилия, Россия, Индия, Индонезия, Китай
ИД	Исполнительный директор
ТРЗ	Текущие расходы на здравоохранение
ЗСН	Застойная сердечная недостаточность
СНГ	Содружество независимых государств
ХОЗЛ	Хроническое обструктивное заболевание легких
КОСРМЗ	Канадское общество содействия развитию международного здравоохранения
КТ	Компьютерная томография
БСК	Болезни системы кровообращения
ПБЗ	Программы по борьбе с заболеваниями
ДСГ	Диагностически связанные группы
АКДС	Дифтерия, коклюш, столбняк (вакцина АКДС)
ЭКГ	Электрокардиография
ЕС-15	Государства-члены Европейского союза до расширения в 2004 г.
ЕС-25	Государства-члены Европейского союза в период 2004-2007 г.
ЕС-28	28 государств-членов ЕС после 2013 г.
ПИИ	Прямые иностранные инвестиции
ЭПЗ	Эквивалент полной занятости
ВВП	Валовой внутренний продукт
ГУ	Государственные учреждения
ВОП	Врач общей практики
ВИЧ/СПИД	Вирус иммунодефицита человека и синдром приобретенного иммунодефицита
ОИТ	Отделение интенсивной терапии
МОКЗ	Международное общество по качеству в здравоохранении
ИТ	Информационные технологии

АО	Акционерное общество
КОМУ	Комитет оплаты медицинских услуг
KZT	Казахстанский тенге
МОЗ	Местные органы здравоохранения
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
МПМ	Минимальный прожиточный минимум
МЗ	Министерство здравоохранения
МРТ	Магнитно-резонансная томография
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
НСОЗ	Национальная служба общественного здравоохранения
ПМС	Практикующая медицинская сестра
НПН	Неформальные платежи наличными
ОПР	Оплата по результатам
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ГЧП	Государственно-частное партнерство
ППС	Паритет покупательной способности
СППКО	Сообщаемые пациентами показатели клиентского опыта
ПИСП	Показатели исходов, сообщаемых пациентами
ЧМПУГГ	Частные медицинские учреждения, предоставляющие пакет услуг, гарантированных государством
ПКЗ	Показатели качества здравоохранения
РЦРЗ	Республиканский центр развития здравоохранения
ПХВ	Право хозяйственного ведения
СКС	Стандартизованный коэффициент смертности
ГП	Государственное предприятие
ПБСЛГГ	Пакет базовых социальных льгот, гарантированных государством
СМС	Социальное медицинское страхование
СЗЗ	Социально значимые заболевания
СВА	Сельская врачебная амбулатория
ТБ	Туберкулёз
КП	Казённое предприятие
ПМР	Показатели мирового развития
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

Краткое содержание

За годы независимости Казахстан достиг небывалых успехов в сфере экономического развития, и сегодня по уровню ВВП на душу населения сравнялся со странами Центральной Европы – членами ОЭСР. По мере роста экономики в политической повестке дня страны все большее внимание уделялось здоровью населения. В результате, Казахстан увеличил инвестиции в здравоохранение и приступил к поэтапному реформированию системы здравоохранения в целях повышения доступности и эффективности медицинских услуг, а также обеспечения равного доступа к медико-санитарной помощи. В частности, сегодня все население страны имеет право бесплатного доступа к базовым социальным льготам; расширена система первичной медико-санитарной помощи; проведена реструктуризация больничного сектора в целях снижения зависимости от стационарного лечения. Также были проведены дополнительные реформы, направленные на модернизацию механизмов предоставления медицинских услуг посредством расширения автономии государственных медицинских учреждений, повышения качества лечения и ухода, а также расширенного применения методов доказательной медицины. Реформы коснулись и системы оплаты труда, чтобы достичь большего соответствия между размером вознаграждения и количеством и качеством услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями.

Однако, несмотря на проведенные реформы, впечатляющий рост экономики Казахстана не сопровождался столь же заметным улучшением показателей в области здравоохранения, которые отстают от уровня стран – членов ОЭСР. В 2016 году в Казахстане средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении была на 8 с лишним лет меньше аналогичного среднего показателя для стран – членов ОЭСР в 2015 году. Что же касается прочих показателей, то тут наблюдается неоднородная картина: здесь нельзя не отметить поразительный прогресс достигнутый в некоторых областях, в частности таких как младенческая и материнская смертность. В Казахстане также отмечается низкий уровень смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний, хотя заболеваемость туберкулезом по-прежнему представляет собой весьма тревожную проблему. Однако сегодня в структуре причин бремени болезней всецело доминируют хронические заболевания, и показатели обусловленной ими смертности в Казахстане существенно превышают аналогичные показатели в странах региона, являющихся членами ОЭСР. Кроме того, за средними показателями по стране скрываются поразительные региональные различия по ключевым показателям в области здравоохранения. Особенно это касается уровня преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. И, наконец, хотя данные о распространенности поведенческих факторов риска среди населения указывают на то, что они находятся на уровне средних показателей стран ОЭСР, эта сводная статистика затушевывает явные гендерные различия, а именно, более высокие показатели частоты и количества потребления алкоголя и сигарет среди мужчин и большую распространенность ожирения среди женщин.

Многие страны с аналогичными уровнями доходов и расходов на здравоохранения превосходят Казахстан по ключевым показателям в области здравоохранения, а некоторым удается достигать больших результатов меньшими

средствами. Иными словами, необходимо стремиться к дальнейшему повышению эффективности расходования средств в сфере здравоохранения. Однако опыт Казахстана в этом отношении имеет немало общего с опытом многих стран региона Восточной Европы и Центральной Азии. Несмотря на почти три десятилетия масштабных реформ, системы здравоохранения этих государств продолжают испытывать влияние советского наследия в виде недостаточных инвестиций в развитие сектора первичной медико-санитарной помощи и ориентированность на лечение инфекционных заболеваний. Система предоставления медицинских услуг остается раздробленной, а доступ к ним затрудняется вследствие ограниченности имеющихся медицинских кадров и современного оборудования, особенно за пределами больших городов. Среди прочих сдерживающих факторов, в большей степени обусловленных современной ситуацией, можно отметить недостаточный сбор и использование данных для систематического проведения оценки, сравнительного анализа и повышения эффективности медицинских услуг, недостаточную ответственность за достижение конкретных результатов во всех частях страны, а также недостаточный акцент на разработке таких услуг и программ, которые могли бы реально способствовать уменьшению текущего бремени болезней. И наконец, по меркам ОЭСР в Казахстане сохраняется низкий уровень государственных инвестиций в здравоохранение, что порождает большие издержки для пациентов в виде неформальных выплат, дополнительно затрудняющих доступ к медицинской помощи.

Все, сказанное выше, указывает на то, что следует не только рассмотреть возможность увеличения расходов на здравоохранение, но и не упускать из виду не менее важную задачу повышения эффективности и результативности системы здравоохранения. Для решения этой задачи Казахстану следует рассмотреть в качестве приоритетов на ближайшие годы следующие ключевые меры:

- *Активизация усилий, направленных на преодоление бремени хронических заболеваний.* Всеобъемлющая задача будущих реформ должна заключаться в том, чтобы справиться с бременем болезней, поддающихся медицинскому вмешательству. Приоритет следует отдавать лечению, управлению ходом заболевания и направленной профилактике неинфекционных заболеваний.
- *Удвоение усилий, направленных на изменение баланса системы предоставления услуг здравоохранения в пользу первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).* Важно проследить, чтобы услуги стационара предоставлялись только в тех случаях, когда требуется такое сложное и интенсивное лечение, которое невозможно обеспечить в других условиях. В случае многих хронических заболеваний, управление ходом болезни или профилактика могут экономически эффективно осуществляться на уровне ПМСП.
- *Создание более четкой концепции будущей архитектуры системы здравоохранения и систематическое воплощение её в жизнь.* Отправной точкой в преодолении сохраняющейся раздробленности системы предоставления медицинских услуг могло бы стать ясное и конкретное определение ограниченного набора моделей работы, на которые следует переходить всем медицинским учреждениям. Сети медучреждений на всех уровнях следует реорганизовать таким образом, чтобы они соответствовали новым моделям предоставления услуг, способствовали их развитию и

согласовывались с динамикой демографических показателей и тенденциями в сфере доступа к медицинским услугам.

- *Обеспечение качества услуг здравоохранения на всех уровнях.* Внедрение изменений в клиническую практику требует целого ряда усилий, в том числе создания механизмов образовательной и информационно-разъяснительной деятельности на основе научно-обоснованных методов обучения взрослого населения и удобных для пользователя вспомогательных инструментов для принятия решений, а также системы конструктивного клинического аудита. Воздействие усилий по повышению качества услуг на соответствующие процессы и конечные результаты должно оцениваться на местах и с учетом основанной на этой оценке системы оплаты по результатам. Инициативы по повышению качества услуг также должны делать упор на дальнейшей модернизации информационных систем здравоохранения, чтобы обеспечивать возможность обобщения данных, а также координацию и преемственность лечения пациентов.
- *Укрепление общественного здоровья.* Для преодоления разрыва между показателями Казахстана и стран ОЭСР в области здравоохранения чрезвычайно важное значение имеют инвестиции в разработку и реализацию более всеобъемлющей научно-обоснованной стратегии общественного здравоохранения, направленной на борьбу с такими факторами риска развития хронических заболеваний, как курение и чрезмерное потребление алкоголя, особенно среди мужчин.
- *Повышение доступности, актуальности и качества информации и данных, а также совершенствование их использования.* Для принятия соответствующих решений на уровне медучреждений и системы здравоохранения Казахстана в целом требуется более совершенное и эффективное использование имеющихся на сегодняшний день данных, а также сбор более актуальных данных, способствующих рациональному принятию решений. Воздействие реформ необходимо систематически оценивать, используя методы образцовой практики и привлекая к участию в оценке независимые исследовательские организации. Проведение оценки должно дать возможность выявить эффект от реформ или отсутствие такового, а ее результаты послужат полезным материалом при принятии решений в будущем. Все действующие лица и организации, причастные к системе здравоохранения — медики, поставщики медицинских услуг на местном и национальном уровнях, местные и национальные органы власти — должны нести ответственность за результаты своей деятельности.

Многие элементы организации системы здравоохранения в Казахстане сопоставимы с теми, что наблюдаются в странах – членах ОЭСР. В конечном счете, проведение новых реформ может оказаться менее важным делом, чем консолидация усилий, направленных на обеспечение реализации существующих механизмов на всех уровнях и повышение их результативности.

Оценка и рекомендации

Со времен обретения независимости Казахстан достиг небывалых успехов в сфере экономического развития, и сегодня по уровню ВВП на душу населения сравнялся со странами Центральной Европы – членами ОЭСР. Однако впечатляющий рост экономики Казахстана не сопровождался столь же заметным улучшением показателей в области здравоохранения, которые отстают от уровня стран – членов ОЭСР.

Тем не менее, по мере роста экономики в политической повестке дня страны все большее внимание уделялось здоровью населения. В результате, Казахстан приступил к поэтапному реформированию системы здравоохранения в целях повышения доступности и эффективности медицинских услуг, а также обеспечения равного доступа к медико-санитарной помощи, в частности, посредством следующих мер:

- принятие *Пакета базовых социальных льгот, гарантированных государством* (ПБСЛГГ), т.е. набора услуг, бесплатно предоставляемых всему населению, введенного с целью уравнивания возможностей доступа к услугам в разных частях страны, а также обеспечения финансовой устойчивости системы;
- расширение и развитие системы первичной медико-санитарной помощи и реструктуризация больничного сектора в целях изменения баланса в системе предоставления услуг посредством снижения зависимости от стационарного лечения и уделения повышенного внимания координации лечебных мероприятий, проводимых медучреждениями разного уровня;
- внедрение механизмов конкуренции между поставщиками услуг, в частности, посредством отхода от единого для всех бюджетного финансирования и использования методов оплаты, лучше ориентированных на достижение соответствия между размером вознаграждения и количеством и качеством услуг, расширения автономии государственных медицинских учреждений, а также предоставления пациентам возможности выбирать поставщика медицинских услуг по своему усмотрению.

Данные реформы сопровождались дополнительными инвестициями в систему здравоохранения. Хотя общий уровень затрат на здравоохранение в Казахстане оставался относительно низким, если считать в процентах от ВВП, в реальном выражении расходы существенно выросли, по сравнению с серединой 1990-х годов, благодаря общему росту ВВП. При этом доля государства в финансировании здравоохранения составляет чуть больше половины, и поэтому сохраняется очень высокий по меркам ОЭСР уровень наличных выплат из кармана пациентов.

Важно отметить, что, несмотря на повышение как общих, так и государственных расходов на здравоохранение, и прогресс в области предоставления медицинских услуг государственными медучреждениями, многие из ключевых показателей в

области здравоохранения по-прежнему оставляют желать лучшего, что указывает на наличие существенных недостатков в секторе здравоохранения. Хотя за последнее десятилетие в стране отмечался быстрый рост средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении, по этому показателю Казахстан значительно отстает от государств – членов ОЭСР. Также наблюдаются значительные гендерные различия в ожидаемой в продолжительности жизни, которые почти вдвое больше, чем в среднем по ОЭСР. Что же касается прочих показателей, то тут наблюдается неоднородная картина: здесь нельзя не отметить поразительный прогресс, достигнутый в некоторых областях, в частности, таких как младенческая и материнская смертность. В Казахстане также отмечается низкий уровень смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний, хотя заболеваемость туберкулезом по-прежнему стоит особняком и представляет собой весьма тревожную проблему.

Однако сегодня в структуре причин бремени болезней всецело доминируют хронические заболевания, и показатели обусловленной ими смертности в Казахстане существенно превышают аналогичные показатели в странах региона, являющихся членами ОЭСР. Среди болезней, непосредственно поддающихся медицинскому вмешательству, которые чаще всего служат причиной избыточной смертности в Казахстане, следует отметить заболевания сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, причем особо выделяется высокий уровень смертности от острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта) и хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ). Третье место среди самых распространенных причин смерти занимают онкологические заболевания. В Казахстане также наблюдается относительно высокий уровень смертности от заболеваний органов пищеварения, особенно болезней печени, связанных с злоупотреблением алкоголем. Кроме того, хотя в стране, согласно имеющимся данным, достигнут определенный прогресс в снижении избыточной смертности, статистику по отдельным заболеваниям следует трактовать с осторожностью. За усредненными национальными показателями скрываются значительные региональные различия, причем в ряде регионов отмечается не улучшение, а ухудшение таких ключевых показателей в области здравоохранения, как материнская смертность. К тому же, более тщательное изучение данных указывает на то, что за последнее десятилетие классификация причин смерти претерпела существенные изменения. Данные о распространенности поведенческих факторов риска среди населения свидетельствуют о том, что ситуация в Казахстане находится на уровне средних показателей стран ОЭСР, но эта сводная статистика опять же затушевывает явные гендерные различия, а именно, более высокие показатели частоты и количества потребления алкоголя и сигарет среди мужчин и большую распространенность ожирения среди женщин.

И все же, несмотря на почти три десятилетия масштабных реформ, направленных на расширение доступа к медицинским услугам, повышение самостоятельности медучреждений и снижение зависимости от стационарного лечения, система здравоохранения продолжает испытывать влияние советского наследия в виде недостаточных инвестиций в развитие сектора первичной медико-санитарной помощи и ориентированность на лечение инфекционных заболеваний. Во времена Советского Союза роль первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) была ограниченной, и медицинские услуги предоставлялись преимущественно в многочисленных больницах, зачастую имевшие определенную специализацию или обслуживавшие определенную группу населения. Эти учреждения находились в государственной собственности, были объединены в единую систему и управлялись

централизованно. Со времени обретения независимости был проведен ряд реформ, направленных на модернизацию системы предоставления медицинских услуг посредством изменения баланса в пользу первичной медико-санитарной помощи и поощрения автономии и диверсификации форм собственности. Несмотря на это, в сфере предоставления медицинских услуг по-прежнему сохраняется доминирующее положение стационаров, и отмечается чрезмерно высокий уровень госпитализации по поводу заболеваний, поддающиеся амбулаторному лечению (ЗПАЛ), таких как астма и диабет. Вместе с тем, ограниченные имеющиеся данные показывают, что эффективность и качество медицинских услуг в Казахстане значительно ниже, чем в большинстве стран – членов ОЭСР. Сегодня в системе здравоохранения наблюдается диффузия ответственности, и недостаточно внимания уделяется разработке таких услуг и программ, которые могли бы эффективно способствовать уменьшению текущего бремени болезней, особенно хронических заболеваний.

При этом опыт Казахстана имеет немало общего с опытом многих стран региона Восточной Европы и Центральной Азии. Несмотря на сближение уровней доходов со странами Западной Европы и ОЭСР, за последние 25 лет увеличились различия в показателях в области здравоохранения (Смит и Нгуен (Smith and Nguyen), 2013), что во многом обусловлено сочетанием бремени сердечно-сосудистых заболеваний и избыточной смертности от внешних причин. Соответствующие подходы к решению этих проблем пока отсутствуют — борьба с факторами риска ведется неэффективно, а пациенты зачастую не могут получить необходимое лечение. Значительные наличные выплаты из кармана пациента нередко затрудняют доступ к медицинской помощи, особенно для наиболее социально незащищенных слоев населения, а в государственном финансировании по-прежнему сохраняется перекос в сторону стационарной медицинской помощи. В целом, существующая система обеспечивает приемлемый уровень доступа к медицинским услугам, но при этом отмечаются существенные различия между сельскими и городскими районами. В особенно невыгодном положении находятся жители отдаленных районов страны, где доступ к медицинской помощи затрудняет слаборазвитая транспортная система и большая длительность поездок в медицинские учреждения.

Хотя на сегодняшний день был достигнут существенный прогресс, результативность системы здравоохранения Казахстана ниже, чем в странах ОЭСР. Многие страны-члены ОЭСР с аналогичным уровнем доходов, такие как Польша, Венгрия, или Турция превосходят Казахстан по ключевым показателям в области здравоохранения. Следует не только рассмотреть возможность увеличения расходов на здравоохранение, но и направить их на повышение эффективности и результативности системы здравоохранения. Опыт стран ОЭСР показывает, что увеличение расходов не обязательно приводит к улучшению результатов, и что значительное количество расходов на здравоохранение в лучшем случае неэффективно, а в худшем – расточительно. Казахстану следует перенять опыт этих стран для решения вопросов, связанных с менее затратным предоставлением медицинских услуг.

Таким образом, в то время как Казахстан добился явного прогресса на нескольких фронтах, следует отметить, что:

- структура системы предоставления медицинских услуг остается стационар-центричной и неподготовленной для повсеместного оказания высококачественной медицинской помощи. Количество больничных коек

уменьшилось, но систематическая модернизация больничного сектора не проводилась.

- несмотря на быстрый рост численности медработников сектора ПМСП, трудовые ресурсы здравоохранения по-прежнему слишком малы, чтобы обеспечить равный доступ к ПМСП для всего населения. Недостаточно развиты услуги в таких областях, как санитария и гигиена, долговременный уход и реабилитация. На всех уровнях системы, особенно за пределами больших городов, предоставление медицинских услуг затрудняется вследствие плохо развитой инфраструктуры и недостатка необходимого оборудования.
- многие государственные медучреждения стали более автономными, а механизмы оплаты труда более гибко учитывают объем и качество проделанной работы, но многое еще предстоит сделать, чтобы привести систему здравоохранения Казахстана в соответствие с контрактной системой и практикой оплаты труда в странах ОЭСР.
- необходимы новые инициативы для улучшения качества лечения и ухода. Несмотря на наличие стимулирования, а также соответствующих инструкций и лечебных протоколов, управление ходом заболевания на уровне ПМСП не приводит к снижению числа госпитализаций. Поэтому способность системы к преодолению наибольшего бремени болезней нуждается в дальнейшем укреплении.

Если говорить в более широком плане, то перед системой здравоохранения Казахстана стоит всеобъемлющая задача совершенствования сбора и использования данных на всех уровнях. Доступные нам данные, которые послужили основой для настоящего обзора, оказались не только неполными, но и зачастую непоследовательными, что ставит под вопрос их качество и надежность. Для диагностики коренных причин низкой эффективности системы здравоохранения требуется не только оценка промежуточных исходов и ключевых результатов на высоком уровне, но также понимание процессов и правильное представление об исходных ресурсах. Модернизация информационной системы началась десять лет назад, но и ход развития работы, и достигнутый прогресс отличались непредсказуемостью и носили весьма нерегулярный характер. В общем и целом, информационная система не соответствует современным стандартам и отстает от стран ОЭСР по показателям эффективности использования имеющихся данных для систематической оценки и сравнительного анализа данных в целях совершенствования системы услуг здравоохранения. Кроме того, обмен информацией между медицинскими учреждениями на разных уровнях имеет весьма ограниченный характер, что является значительным препятствием на пути совершенствования интеграции и координации лечебных мероприятий.

В целом, существующая система обеспечивает приемлемый уровень доступа к медицинским услугам, но отсутствуют полноценные механизмы финансовой защиты от издержек, связанных с болезнью. Чтобы ускорить улучшение исходов лечения и ликвидировать различия в ключевых показателях в области здравоохранения, по всей вероятности, потребуется увеличение государственного финансирования. К примеру, соответствующий объем экономически эффективных вмешательств при лечении хронических заболеваний должен быть доступен всем, кто в них нуждается. Однако любой пересмотр набора услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями, должен сопровождаться соответствующим

финансированием для обеспечения необходимых материальных и человеческих ресурсов. Также может потребоваться расширение системы ПМСП в целях более полного обеспечения лекарственными препаратами и услугами, предназначенными для лечения приоритетных заболеваний, и устранения финансовых барьеров для доступа пациентов к медицинской помощи, в которой они нуждаются. Однако при внесении любых изменений в систему ПСМП следует исходить из того, что данная система должна ограничиваться только экономически эффективными вмешательствами. Многие страны ОЭСР используют методику оценки медицинских технологий (ОМТ). На основе результатов оценки выделяются приоритеты при составлении пакета страховых услуг, определяющие подход к отбору лекарств, включенных в медицинскую страховку, а также разработку стандартных протоколов лечения. Сегодня такие протоколы все чаще разрабатываются и для нелекарственного лечения, программ и услуг. Министерству здравоохранения следует продолжать укрепление своего потенциала для проведения ОМТ и изучать дополнительные возможности для международного сотрудничества в этой области.

Дополнительные *целенаправленные* и *эффективные* инвестиции в здравоохранение могли бы позволить Казахстану достичь таких конечных результатов деятельности здравоохранения, которые в большей степени соответствуют его уровню экономического развития. В целях повышения эффективности и результативности системы здравоохранения, Казахстану следует рассмотреть в качестве приоритетных на ближайшие годы ключевые меры, которые могут быть сформулированы относительно ключевых стратегических направлений. Во-первых, необходимо активизировать усилия, направленные на преодоление бремени хронических заболеваний, включая дополнительные мероприятия в области общественного здравоохранения, а также на изменение баланса системы предоставления медицинских услуг в пользу первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Такая реорганизация системы оказания услуг должна подкрепляться более четким видением будущей архитектуры системы здравоохранения и осуществляться более систематически. Помимо предоставления соответствующих объемов услуг, следует обратить внимание на внедрение инициатив по повышению качества в практику медицинских работников на всех уровнях системы. Наконец, необходимо улучшить доступность, актуальность и качество информации и фактических данных, а все участники системы здравоохранения — медицинские работники, поставщики медицинских услуг на местном и национальном уровнях, местные и национальные органы власти — должны нести ответственность за результаты своей деятельности.

Система здравоохранения Казахстана и ее потребности

Быстрый экономический рост сопровождался снижением бедности, и страна имеет молодое население

Казахстан последним из бывших советских республик объявил независимость после распада Советского Союза в 1991 г. При численности населения всего 17,8 миллиона человек по площади Казахстан занимает 9-ое место в мире (и первое среди стран, не имеющих выхода морю) и является одной из самых редконаселенных стран в мире. Что касается административно-территориального деления Казахстана, то в его состав входит 14 областей и 2 города республиканского значения (Астана и Алматы); области делятся на 175 районов.

Казахстан относится к категории стран с уровнем доходов выше среднего. По уровню ВВП на душу населения около 10 400 долларов США в 2015 году (МВФ

2017) он сравнялся с центрально-европейскими странами – членами ОЭСР. Несмотря на гиперинфляцию и глубокую рецессию в начальный период независимого развития, Казахстан не только восстановился, но и достиг поразительного экономического прогресса: в период 2000-2007 годов ежегодный прирост ВВП составлял около 10%, что на тот момент вывело страну в ряды самых быстро растущих экономик мира. В период, последовавший за глобальным финансовым кризисом, экономический рост значительно замедлился, но затем в период между 2010 и 2014 гг. вновь набрал темпы. Однако сильная зависимость экономики Казахстана от экспорта ископаемого топлива, делает ее уязвимой к колебаниям цен на сырье. После понижения цен на нефть на мировом рынке в конце 2014 года ежегодный прирост ВВП снизился с 4,3% в 2014 году до всего лишь 0,4% в 2016, но ожидается, что в 2017 году он восстановится до уровня 2.5% (МВФ 2017b). Среднесрочные перспективы - весьма умеренные вследствие сохранения низких цен на нефть и медленный рост экономики торговых партнеров Казахстана (МВФ 2017b).

Существенный экономический рост сопровождался снижением уровня бедности и появлением многочисленного среднего класса, составляющего почти две трети населения. За последнее десятилетие реальная зарплата выросла на 280%, в то время как аналогичный средний показатель по странам ОЭСР равнялся 17%. А доля населения, живущего у официально установленной национальной черты бедности или ниже ее (т.е. с уровнем наличного дохода ниже прожиточного минимума) уменьшилась с 47% в 2001 году до 2,7% в 2015 году. Однако экономическое развитие было неровным: уровень бедности в сельских районах по-прежнему намного выше, чем в городах, а между регионами также отмечаются значительные различия.

Казахстан – страна с относительно молодым населением и меняющимися демографическими характеристиками. После демографического спада в период между 1992 и 2002 годами численность населения выросла на 1,5% в 2015 году (Всемирный банк, 2016), а доля населения, принадлежащего к возрастной группе 65+, невелика и в 2015 году составляла около 7%. По меркам ОЭСР в стране отмечается высокий уровень занятости (68% против 55,6% в 2014 году) и очень низкие показатели безработицы и бездеятельности (соответственно 5,2% против 7,9% и 29,3% против 40% в 2014 году). В среднем по стране в неформальном секторе занято 24,3% работников, но этот показатель существенно варьирует от региона к региону – от 44% в Жамбыле до 5% в Астане, что частично отражает различный уровень развития и экономической активности в разных частях страны. То обстоятельство, что почти четверть работающего населения занята в неформальном секторе, может затруднить планы правительства по повышению роли социального медицинского страхования (СМС), поскольку страховка финансируется за счет отчислений из фонда заработной платы.

Относительно высокая доля населения молодого возраста в Казахстане отражает значительно более низкий уровень ожидаемой продолжительности жизни при рождении, чем в странах ОЭСР – в 2016 году эта разница составляла более 8 years. В стране также отмечаются существенные гендерные различия в продолжительности жизни, которая в 2015 году составляла 76,4 года для женщин и 67,4 года для мужчин, т.е. разница достигала 9 лет (Всемирный банк, 2016; Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2016), что почти вдвое выше, чем в странах ОЭСР. Показатель ожидаемой продолжительности жизни также подвержен региональным вариациям: население Алматы, Астаны и областей с самыми крупными городами имеет более благоприятные показатели, чем в население других регионов страны. В

среднем, мужчины в сельской местности живут дольше, чем в городских районах, в то время как среди женщин большая продолжительность жизни наблюдается у городских жительниц.

Наибольшее бремя заболеваний в Казахстане обусловлено хроническими недугами

Среди болезней, непосредственно поддающихся медицинскому вмешательству, можно выделить заболевания сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, которыми обусловлена большая часть избыточной смертности: уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Казахстане на 54% выше, чем в ЕС-15 (хотя и более чем вдвое ниже, чем в среднем по странам СНГ)[1]. Также в Казахстане наблюдается значительно более ранняя смертность от ССЗ, чем в ЕС-15, а возрастных группах 54 – 60 лет и 60 – 74 года ССЗ являются самой главной причиной избыточной смертности. Смертность от острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта) в Казахстане почти в три раза выше, чем в ЕС-15, хотя не совсем ясно, объясняется ли это более высокой частотой инсульта или распространенностью неудачных исходов лечения, или, вероятнее всего, комбинаций этих двух факторов. Смертность от хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) в шесть с лишним раз выше, чем ЕС-15, и в пять раз выше, чем в среднем по странам СНГ. Заболеваниями органов дыхания обусловлена избыточная смертность во всех возрастных группах населения Казахстана. В стране также наблюдается высокий уровень смертности от заболеваний органов пищеварения, который превосходит соответствующие показатели как по странам ЕС-15, так и СНГ; в частности, смертность от заболеваний печени, связанных с злоупотреблением алкоголем, в семь с лишним раз выше, чем в ЕС-15. Однако в Казахстане относительно низкая смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний, хотя особняком здесь стоит туберкулез (ТБ), являющейся причиной большого числа смертей – смертность от ТБ в стране почти в 15 раз выше, чем в ЕС-15.

В то же время, в период 2007-2014 гг. отмечалось существенное снижение стандартизированных коэффициентов смертности (СКС) от ССЗ. Однако движущие причины такого улучшения не ясны, поскольку, по всей видимости, оно не сопровождалось заметным сокращением распространенности факторов риска или же очевидными или целевыми улучшениями в системе предоставления медицинских услуг. Вышеупомянутое улучшение также совпало со значительным ростом доли смертей по не ясно установленной причине, а также от заболеваний мочеполовой и нервной системы, что указывает на возможное изменение классификации причин смерти и побуждает к осторожному толкованию проявляющихся тенденций. В любом случае, снижение смертности от заболеваний системы кровообращения на национальном уровне дает неверное представление о ситуации в регионах и не отражает существенные региональные различия, поэтому Казахстану еще предстоит много сделать для снижения уровня избыточной смертности, обусловленной такими заболеваниями. Показатели преждевременной смертности от ишемической болезни сердца (в возрастной группе 0-64 года) в регионах с самым низким и самым высоким уровнем смертности отличаются почти в пять раз. Аналогичным образом, уровень преждевременной смертности от нарушений мозгового кровообращения различается в три раза (МЗ, 2016).

В целом, большая часть бремени заболеваний в Казахстане обусловлена тремя факторами риска – курение, чрезмерное потребление алкоголя и избыточный вес

(ИИОПЗ, 2010) — и эти факторы неравномерно распределяются среди мужчин и женщин. Хотя суммарные показатели потребления табака и алкоголя в Казахстане ниже средних показателей по странам ОЭСР, доля постоянных курильщиков среди мужчин в возрасте 15 лет и выше составляет почти 37%, что намного превышает аналогичный средний показатель ОЭСР (24%). Ежегодное потребление алкоголя среди мужчин составляет 15,7 литров на человека, что на 50% выше, чем в среднем по странам ОЭСР (10,4 л) (Глобальная информационная система ВОЗ "Алкоголь и здоровье") – эти цифры могут помочь объяснить высокую смертность от заболеваний печени, связанных с чрезмерным потреблением алкоголя. При относительно невысоком уровне ожирения среди взрослых по сравнению со многими странами ОЭСР, в Казахстане страдают ожирением 16% мужчин и более 30% женщин (Ожирение в мире, 2016). Такой показатель распространенности ожирения у женщин сопоставим с самыми высокими показателями среди стран ОЭСР.

Значительное место в структуре смертности в Казахстане занимают смерти от внешних причин, которые напрямую не поддаются медицинскому вмешательству. Уровень такой смертности в три раза выше, чем в ЕС-15, но сопоставим с показателями стран СНГ. Большое различие в ожидаемой продолжительности жизни, отмечавшееся ранее, во многом объясняется высоким уровнем смертности среди молодых жителей Казахстана в возрасте от 15 до 29 лет. Показатели смертности в данной возрастной группе в три раза выше, чем в ЕС-15.

Переходя к более позитивным наблюдениям, можно отметить, что Казахстан добился значительных успехов в области охраны здоровья матери и ребенка, хотя многое еще предстоит сделать, чтобы догнать средние показатели по странам ОЭСР. Уровень материнской смертности резко упал с 90 смертей на 100 тыс. живорождений в 1990 году до примерно 13 смертей в 2015 году, а младенческая смертность за тот же период снизилась с 45 смертей на 1000 живорождений до 9. Однако, как и в случае других показателей, национальная статистика младенческой и материнской смертности не дает представления о четко выраженных региональных различиях. В некоторых областях страны материнская смертность фактически увеличивалась за последние 10 лет: с 2005 года в Акмолинской и Карагандинской областях она выросла почти на 40%, а в Кызылординской области – более чем на 30% (в период между 2010 и 2015 гг.)[2].

В ходе недавних реформ делался акцент на построении единой системы здравоохранения, централизации управления и дальнейшей модернизации механизмов предоставления услуг.

После обретения независимости в 1991 году, система здравоохранения Казахстана претерпела существенные изменения: на смену централизованному управлению и финансированию пришел плюрализм и децентрализация, и медицинские учреждения получают все большую управленческую и финансовую автономию. Однако после нескольких волн реформ большинство распорядительных и финансовых функций подверглись централизации.

В 2004 году *Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы* внесла изменения почти во все компоненты системы здравоохранения, а самое главное – был введен ПБСЛГГ, набор медицинских услуг, которые граждане Казахстана имеют право получать бесплатно. Внедрение ПБСЛГГ ставило своей целью установить государственные гарантии и равномерно распространить их на все регионы и группы населения. В соответствии

с той же программой, ответственность за финансирование и управление системой предоставления медицинских услуг, а также право собственности на большую часть объектов здравоохранения передавались на областной уровень (14 областей и города Алматы и Астана).

В 2009 году правительство расширило полномочия Министерства здравоохранения (МЗ), на которое была возложена ответственность за разработку национальной политики в сфере охраны здоровья населения и стратегических планов развития системы здравоохранения в соответствии с приоритетными задачами, поставленными президентом страны. В 2010 году Государственная программа развития здравоохранения на 2011-2015 годы (“Саламатты Казакстан”) представила концепцию *Единой национальной системы здравоохранения*. Одновременно, функции, связанные с финансированием и выплатой вознаграждений, частично вновь подверглись централизации, и МЗ стало основным государственным закупщиком медицинских услуг в условиях стационара (Катсага с соавт. (Katsaga et al.), 2012).

Сегодня, выработка политического курса и финансирования преимущественно осуществляется централизованно в рамках МЗ. Три профильных комитета способствуют реализации принятых политических решений на национальном и региональном уровнях:

- Комитет по контролю медицинской и фармацевтической деятельности отвечает за обеспечение и контроль качества, в том числе занимается вопросами аккредитации, лицензирования и сертификации как физических, так и юридических лиц, оказывающих медицинские услуги, осуществляет надзор за качеством и проводит расследование на местах по жалобам пациентов.
- Комитет оплаты медицинских услуг здравоохранения (КОМУ) на контрактной основе занимается закупкой всех медицинских услуг, финансируемых государством, и выступает инициатором использования современных механизмов финансирования здравоохранения КОМУ стал главным государственным закупщиком медицинских услуг.
- Комитет охраны общественного здоровья несет ответственность за реализацию политики в области общественного здоровья, санитарии и социального обеспечения.
- Со временем существующее законодательство изменилось в сторону стимулирования конкуренции, повышения качества лечения и ухода, широкого применения методов доказательной медицины, усиления ответственности и подотчетности, а также плюрализма форм собственности. В частности:
- В целях поощрения конкуренции, пациентам было предоставлено право выбирать поставщика медицинских услуг. Эффективным путем достижения этой цели считается отмена приписки пациентов к медицинским учреждениям по территориальному принципу. Хотя пациенты по-прежнему должны регистрироваться у определенного поставщика услуг ПМСП, они вправе выбрать учреждение ПМСП по своему усмотрению. Они также могут выбрать больницу, в которой им хотелось бы получать услуги. Чтобы помочь пациентам сделать осознанный выбор, специальный интернет-портал

размешает информацию о наличии коек в больницах, а также публикует рейтинг различных стационаров.

- Был реализован ряд мер, направленных на повышение качества услуг, в том числе посредством аккредитации высших учебных заведений и медицинских учреждений, введения клинических руководств и протоколов и разработке показателей качества. Разработка клинических руководств и информационных систем началась более десяти лет назад в целях распространения практики доказательной медицины. По состоянию на 2015 год Республиканским центром развития здравоохранения было подготовлено около 500 клинических руководств и протоколов по целому ряду заболеваний, в том числе поддающихся амбулаторному лечению.
- Начальный вариант единой информационной системы здравоохранения был создан в 2007 году, а в 2008 году во всех областях заработали медицинские информационные системы, имеющие современное оборудование и квалифицированных сотрудников.
- Однако в целом мало что известно о том, какое воздействие имели все эти разнообразные меры.

Еще одна из ключевых задач реформ, результаты которых подробно анализируются в настоящем обзоре, заключалась в том, чтобы усовершенствовать набор предоставляемых услуг. В советские времена первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) отводилась ограниченная роль, а услуги предоставлялись преимущественно в принадлежащих государству и централизованно управляемых стационарах. Изменение баланса в системе предоставления услуг в пользу ПМСП и снижение зависимости от стационарного лечения стало одной из главных задач реформ, проводившиеся со времени получения независимости.

Несмотря на то, что инвестиции в здравоохранение в последнее десятилетие входили в число приоритетов внутренней политики, их объем остается весьма скромным и в значительной степени сохраняется ориентация на преимущественное финансирование стационаров

Хотя за последнее десятилетие развитие здравоохранение стало считаться одной из приоритетных стратегических задач, по международным стандартам и по сравнению с аналогичными странами инвестиции Казахстана в здравоохранение остаются весьма скромными, а по меркам ОЭСР финансирование общественного здравоохранения находится на очень низком уровне. В период высоких темпов роста ВВП, расходы на здравоохранение существенно увеличились в реальном выражении, но в долях ВВП оставались на одинаковом уровне; однако при 3,1% от ВВП (данные 2014 года) они значительно ниже среднего показателя по странам ОЭСР, равного 8.9%, что является весьма скромным значением даже по сравнению с теми странами ОЭСР, которые находятся на примерно таком же уровне экономического развития[3].

Более того, государственные расходы на здравоохранение составляют лишь 1,8% от ВВП, что покрывает лишь 58% суммарных расходов в этой сфере, и тем самым приводит к значительным издержкам для пациентов, вынужденных оплачивать медицинские услуги из своего кармана. Низкий уровень государственных расходов на здравоохранение отражает относительно скромный объём общих

государственных расходов, а также тот факт, что сфера здравоохранения является относительно низкоприоритетной при распределении бюджетных средств по сравнению со средними показателями по странам ОЭСР.

Разбивка затрат по типу поставщика услуг показывает, что стационары остаются краеугольным камнем в системе здравоохранения. Сегодня больничный сектор поглощает 32% всех расходов на здравоохранение, что превышает аналогичный показатель в странах ОЭСР (26%). Если посмотреть на приоритетные направления государственного финансирования, то проявляются еще более заметные диспропорции. Если в странах ОЭСР на стационарное лечение в среднем отводится 30% ассигнований, то в Казахстане его доля составляет 45%. При всей неполноте данных создается впечатление, что, в отличие от большинства стран ОЭСР, в Казахстане растет доля стационарного лечения в общей сумме расходов. В то же время, доля суммарных и государственных расходов, которая отводится первичной медико-санитарной помощи выше, чем в любой из стран ОЭСР, но отчасти это может объясняться тем, что в Казахстане нет достаточно четких различий между амбулаторной и помощью и ПМСП.

В Казахстане осуществляется модернизация кадрового состава здравоохранения, но сохраняются серьезные проблемы, касающиеся его территориального распределения.

В период с 1990 по 2000 год отмечалось существенное сокращение количества медработников, поскольку многие ушли из сектора здравоохранения, эмигрировали или перешли на работу в частный сектор (Катсага с соавт. (Katsaga et al.), 2012). С тех пор проводились различные реформы в целях укрепления кадрового потенциала, включавшие пересмотр программ обучения в медицинских вузах на основе стандартизованных программ, утвержденных Министерством здравоохранения. Особую важность имели усилия, направленные на подготовку и увеличение численности кадров в секторе первичной медико-санитарной помощи. До 2005 года услуги ПМСП предоставляли районные терапевты или педиатры. “Врачи общей практики” появились в системе здравоохранения Казахстана в 2005 году, а в 2016 году насчитывалось уже 5071 специалист этого профиля. Недавно еще один толчок к созданию многофункциональный бригад в секторе ПМСП дало внедрение новых стандартов комплектования кадров. Была расширена сфера компетенции медсестер, работающих в сфере ПМСП, и сейчас они могут работать более самостоятельно. В частности, около трети врачебных обязанностей в ПМСП планируется передать дипломированным медсестрам, в том числе осмотр пациентов, посещение пациентов на дому и некоторые назначения.

Несмотря на достаточно быстрый рост численности медработников, сохраняются проблемы распределения квалифицированных кадров, и на сегодняшний день сектор ПМСП не в полной мере соответствует своему назначению. В 2016 году терапевты ПМСП в Казахстане составляли от 7 до 16% от общего числа терапевтов, в то врем как в странах ОЭСР их доля в среднем равняется 32%. В результате количество врачей общей практики на 1000 населения (0,28 по имеющимся оценкам) отстает от среднего показателя стран ОЭСР (0,72). Аналогичное отставание отмечается и по количеству практикующих медсестер. В 2014 году (или соседние годы) в Казахстане в среднем насчитывалось 69 медсестер 10 000 населения, а средний показатель по странам ОЭСР составлял 89 на 10 000 населения.

Нельзя не отметить и некоторые положительные моменты: по сравнению со странами ОЭСР, медработники в Казахстане относительно молоды. На долю врачей в возрасте 55 лет и старше приходится примерно 23%, а в среднем по странам ОЭСР - 33%. Однако в возрастном распределении медицинских кадров отмечаются значительные региональные вариации, из чего следует, что некоторым регионам придется раньше столкнуться с кадровым кризисом, чем другим.

По всей стране наблюдаются крупные различия как в численности врачей, так и медсестер. Во всех регионах количество врачей на душу населения в городских районах в три-четыре раза больше, чем в сельских, причем ни в одном сельском районе число врачей не превышает показатель 18 на 10000 населения. Это, по всей вероятности, указывает не только на чрезмерную загруженность сельских врачей, но возможные затруднения доступа к качественной медицинской помощи в сельской местности. Как и в большинстве стран ОЭСР, недавние выпускники медицинских вузов предпочитают работать в городе, не только потому, что там больше финансовых и социально-культурных возможностей, но и потому, что сельским врачам приходится работать больше. Правительство признает существование таких различий внутри регионов и между регионами, и старается решить проблему создавая экономические стимулы для выпускников медвузов, Те, кто готов отправиться на работу в глубинку, получают более высокую зарплату и жилье (Катсага с соавт.(Katsaga et al.), 2012).

Эффективность системы здравоохранения в целом

В среднем, эта система обеспечивает приемлемый уровень доступа к медицинским услугам, но со значительными региональными вариациями. Вдобавок, следует отметить слабую финансовую защиту, а также недостаточно высокое качество медицинских услуг, которое, если судить по имеющимся данным, можно было бы существенно улучшить. В целом, учитывая уровень экономического развития и расходов Казахстана, можно сказать, что эффективность здравоохранения ниже, чем могла бы быть, а следовательно существует потребность в углублении реформ.

Уровень доступа к медицинским услугам сопоставим со странами ОЭСР, но нет определенной уверенности в том, что повсеместно можно получить именно те услуги, которые нужны пациентам

Объемы предоставляемых в Казахстане медицинских услуг сопоставимы со средними показателями стран ОЭСР. В 2014 году количество выписок из больницы на 100 человек равнялось 14,6, что очень близко к среднему показателю по странам ОЭСР (15.6) (ОЭСР, 2017). Количество консультаций (6,1 в год) также приближается к среднему показателю ОЭСР (6.9). В целом, хотя эта сводная статистика свидетельствует об адекватном уровне доступа к медицинским услугам, значительные региональные различия в количестве посещений медицинских учреждений указывает на то, что, по крайней мере, в некоторых из них доступ к медицинской помощи может быть существенно ограничен. Нехватка медицинского персонала в сельских районах, плохо развитая транспортная сеть, и большая длительность поездок в медицинские учреждения также, по всей вероятности, осложняют доступ к медицинским услугам во всех удаленных районах страны (ВОЗ, 2011). Во всех регионах, более частое использование амбулаторного лечения и относительно менее частые госпитализации сильно коррелируют с количеством

больничных коек на душу населения, а это свидетельствует о том, что во всех регионах характер предоставляемых услуг во многом определяется имеющейся больничной инфраструктурой.

Однако остается неясным, предоставляет ли система здравоохранения те услуги, в которых нуждается население. В самом деле, если взглянуть шире, не ограничиваясь оценкой количества посещений врача, то возникает основополагающий вопрос: насколько предоставляемые услуги ориентированы на преодоление основных причин заболеваемости и смерности в Казахстане? Системы регистрации и обработки данных в Казахстане дают очень ограниченную информацию о характере оказанных услуг – особенно это касается вмешательств в ходе управления хроническими заболеваниями, от которых все больше страдает население. И все же информация, собранная в ходе анализа ситуации в секторах стационарного лечения и ПМСП, которая кратко изложена ниже, систематически указывает на то, что для более эффективного преодоления бремени заболеваний потребуется внести существенные изменения в структуру медицинских услуг.

Высокий уровень выплат из кармана пациентов подрывает систему финансовой защиты и доступа к медицинской помощи

На долю выплат из кармана пациентов приходится 38% совокупных расходов на здравоохранение в Казахстане, что существенно ниже установленного ВОЗ уровня, в соответствии с которым доля таких выплат не должна превышать 20% (только при этом условии обеспечивается финансовая защищенность пациентов). Значительная часть этих издержек связана с тем, что страховка покрывает очень ограниченное число лекарств. Если в странах ОЭСР домохозяйства оплачивают из своего кармана в среденем 40% стоимости лекарственных препаратов, то в Казахстане эта цифра равняется 84% (ОЭСР, 2016). Препараты, прописанные врачами ПМСП обычно оплачиваются самим пациентом, а бесплатно они выдаются только пациентам с “социально значимыми заболеваниями”, внесенными в специальный список. .

Напротив, в стационарах все лекарства предоставляются бесплатно (Катсага с соавт. (Katsaga et al.), 2012), чем может объясняться тот факт, что многие пациенты предпочитают лечиться в больнице, а не в учреждении ПМСП. Однако не известно, имеется ли в больницах достаточное количество препаратов для лечения любых заболеваний. Чтобы облегчить бремя издержек на лекарства, правительство постепенно расширяет изначальный список льгот, введенный в 2005 году, но высокий уровень выплат из кармана пациентов сохраняется.

Неформальные выплаты – также очень частое явление в Казахстане, даже при сопоставлении с глобальными показателями. По данным Барометра мировой коррупции – 2013, публикуемого «Трансперенси интернэшнл», во всем мире 17% людей, обращавшихся за медицинской помощью в течение предыдущих 12 месяцев, заявляли о том, что платили взятки. В странах ОЭСР этот показатель составлял всего 7%, а в Казахстане - 28%, что ставит его на третье место среди стран мира, где чаще всего приходится давать взятки для получения доступа к медицинской помощи.

Выплаты из кармана пациентов являются существенным фактором обнищания населения. В 2002-2003 годах расходы на медицинские услуги составляли 10% потребления непродовольственных товаров у более чем половины населения, что можно считать катастрофически высоким уровнем затрат на медицину (Бреденкамп с соавт. (Bredenkamp et al.), 2012). А примерно треть бедного населения опустилась ниже черты бедности из-за издержек, связанных с медицинской помощью, которую

им пришлось оплачивать самостоятельно. Опрос домохозяйств 2010 года показал, что 40% респондентов в предшествующие четыре недели не обращались за медицинской помощью в случаях, требовавших внимания врача. Другие опросы также свидетельствуют о том, что пациенты отменяли или откладывали визит к врачу из-за высокой стоимости лекарств (ВОЗ, 2011).

Необходимо дальнейшее улучшение качества лечения

Одна из возможностей получить представление о качестве медицинских услуг в Казахстане заключается в том, чтобы посмотреть, как национальная система здравоохранения справляется с некоторыми хроническими заболеваниями. Онкологические заболевания представляют очень серьезную проблему, и в Казахстане их бремя растет. Коэффициенты выживаемости являются ключевым показателем эффективности, отражающим как успешность распознавания, так и лечения болезни. В 2013 году в Казахстане выживаемость в пятилетний период пациенток с раком шейки матки была менее 57%, что существенно ниже среднего показателя по странам ОЭСР, равного 66%. В 2015 году выживаемость в пятилетний период при раке молочной железы составляла всего 53% - здесь отмечается особенно заметное отставание от большинства стран ОЭСР, где аналогичный показатель в 2013 году составлял не менее 80% (ОЭСР, 2015). Аналогичная картина наблюдается и при раке толстой и прямой кишки – выживаемость в 44% ставит Казахстан позади даже показателей аутсайдеров среди стран ОЭСР, не говоря уже о среднем показателе в 62%.

Количество госпитализаций по поводу заболеваний, поддающихся амбулаторному лечению, является еще одним, хотя и косвенным, мерилом качества ПМСП. В 2015 году в Казахстане было госпитализировано более 500 взрослых на 100000 населения по поводу астмы или ХОЗЛ, что является одним из самых плохих показателей в странах ОЭСР. Аналогичная картина наблюдается с госпитализацией по поводу диабета – тут показатели Казахстана намного выше средних по странам ОЭСР.

Наконец, менее половины жителей страны удовлетворены работой системы здравоохранения, и со временем их становится все меньше. Хотя различие в уровнях удовлетворенности могут отражать различный уровень ожиданий у жителей разных стран, такие данные все же позволяют получить некоторое представление о качестве работы системы здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь в Казахстане

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) в Казахстане претерпевает серьезные преобразования. После завершения советского периода, когда данный сектор почти полностью оставался без внимания, и с момента обретения страной независимости были предприняты меры по реформированию системы здравоохранения, направленные на повышение потенциала ПМСП и улучшение состояния здоровья населения. В рамках «Стратегического плана развития Республики Казахстан до 2020 года» и Государственной программы «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, была введена специализация врача общей практики (ОП). Работа в данном направлении ведётся в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016-2019 годы. Начиная с 2017 года, предпринимаются шаги, нацеленные на создание «универсальной, социально-ориентированной и доступной медицинской помощи на

уровне первичной медико-санитарной помощи». Другими словами, реформы в области первичной медико-санитарной помощи были и остаются в числе приоритетных в стратегической повестке дня, а доля средств, направляемых на развитие системы ПМСП в Казахстане, выше, чем во многих других странах.

К настоящему моменту были осуществлены следующие основные реформы:

- Была введена специализация врача общей практики (ОП). В сентябре 2017 года, врачи ОП были заняты почти в 60% учреждений ПМСП, по сравнению с 55% в предыдущем году, причем доля их занятости в 6 регионах была выше;
- Было введено требование о том, чтобы услуги ПМСП предоставлялись междисциплинарными группами. Медсестры помогают следить за состоянием здоровья определенных групп населения (пациенты с хроническими заболеваниями), а медсестра, отвечающая за профилактику, вводится в состав команд ПМСП. Психолог и социальный работник оказывают всестороннюю помощь семьям;
- произошли изменения в правовом статусе медучреждений с целью повышения их самостоятельности;
- были внедрены экономические стимулы для повышения качества медицинских услуг, а аккредитация учреждений ПМСП стала обязательной;
- были приняты к реализации программы массового профилактического обследования населения для борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ), наряду с реализуемыми в пилотном режиме программами борьбы с заболеваниями (ПБЗ).

Тем не менее, хотя эти реформы способствовали как укреплению, так и расширению сектора ПМСП в системе здравоохранения Казахстана, их потенциал пока раскрылся недостаточно. Хотя некоторые меры уже дали четкие результаты (например, число медицинских работников ПМСП за десять лет увеличилось в шесть раз), другие меры свидетельствуют о том, что по-прежнему существуют значительные возможности для прогресса. Например, несмотря на то, что состав междисциплинарных бригад уже определен, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что на практике из запланированного количества медсестер для оказания ПМСП, готовы приступить к работе менее половины, а из работающих бригад ПМСП не более четверти соответствуют стандартам укомплектования персоналом.

Огромная сеть учреждений ПМСП, существующая в Казахстане, остается раздробленной и нуждается в рационализации, реорганизации и модернизации. Многие существующие категории медицинских учреждений двойного назначения не всегда соответствуют современным клиническим, эпидемиологическим или эксплуатационным реалиям и рассредоточены таким образом, который не соответствует нынешним структурам расселения жителей. Кроме того, многие медпункты, в которых оказываются медицинские услуги, остаются плохо оснащенными и не получают должной поддержки. Наконец, хотя действующая система финансирования учреждений ПМСП, сочетающая в себе компенсацию на основе подушевого принципа и плату по результатам работы, приближена к используемой во многих странах ОЭСР, она применяется только в городских медицинских учреждениях и требует доработки, если она призвана обеспечивать

эффективное вознаграждение конкретных действий сотрудников медицинских учреждений.

Хотя охват услугами ПМСП номинально гарантирован, на практике эффективно организованный доступ к ним не обеспечен

Общее количество обращений за ПМСП предполагает, что уровень доступа к данным услугам является вполне приемлемым, но он все же остается неравномерным. Хотя охват населения бесплатными услугами ПМСП номинально гарантирован, в реальности доступ к ним не является повсеместно одинаковым. Пятая часть населения вообще не зарегистрирована ни у одного из поставщиков первичной медико-санитарной помощи, и хотя число обращений за ПМСП в расчете на душу населения кажется высоким (в среднем 5,6 обращений в год), эти данные, по-видимому, включают в себя контакты со специалистами поликлиник. Это делает оценку фактического использования услуг первичной медико-санитарной помощи населением трудно определимой. Средняя цифра также маскирует большие различия по регионам в Казахстане. Количество ежегодных обращений варьируется от 2,0 в Астане до 9,7 в Мангыстау, а некоторые части населения, вероятно, имеют очень ограниченный доступ к первичной медико-санитарной помощи.

Несмотря на амбициозные целевые показатели в области численности медицинского персонала, количество врачей ПМСП остается очень низким по стандартам ОЭСР, и многие специалисты ПМСП имеют чрезмерную нагрузку. Кроме того, плохое обеспечение лекарствами, отпускаемыми по рецептам, ограничивает эффективность (и привлекательность) медицинского обслуживания на уровне ПМСП.

Эффективность ПМСП в лечении хронических заболеваний нуждается в улучшении

Также имеются свидетельства того, что эффективность первичной медико-санитарной помощи – ключевого аспекта качества системы здравоохранения – можно повысить. Положительным моментом является то, что в Казахстане удалось сохранить высокие показатели вакцинации среди детей, которые зачастую превышают средние показатели по ОЭСР. Были предприняты важные меры для увеличения показателей массового профилактического обследования населения, где удалось добиться значительных результатов, однако необходимо дальнейшее совершенствование. Например, обследования населения на наличие рака молочной железы предлагается женщинам в возрасте от 60 до 70 лет, при этом показатель охвата близок к 70%. С другой стороны, программа обследования населения Казахстана на наличие рака шейки матки, в соответствии с которой рекомендуется прохождение пап-теста каждые 5 лет для женщин в возрасте 30-60 лет, достигла уровня охвата чуть более 50% целевой группы населения. Таким образом, вероятно, что показатель для возраста 20-69 лет будет ниже, и значительно ниже 61,6% – показателя для этой возрастной группы в странах ОЭСР (в которых к тому же обычно предлагается проходить обследование каждые 2 или 3 года).

Отсутствие полноценной информации об охвате терапевтическими мерами, связанными с хроническими заболеваниями, также указывает на то, что в данной области по-прежнему необходим значительный прогресс, но он все же возможен. По завершении пилотной Программы (ПБЗ), опробованной в 2015 году в небольшом количестве поликлиник, была собрана информация об индикаторах процесса и

промежуточных результатов в лечении отобранных хронических заболеваний. Хотя результаты не были статистически значимыми, диапазон значений показателей наглядно демонстрирует, что лечение проводилось не должным образом. В одном из медицинских учреждений до начала пилотной программы только 7% пациентов с диабетом прошли обследование у офтальмолога в предшествующем году; по итогам реализации программы в другом медицинском учреждении этот показатель составлял 92%. Аналогичным образом, в одном медицинском учреждении только 8% пациентов с диабетом прошли тест на содержание мочевого альбумина в течение 12 месяцев, предшествующих началу реализации программы, тогда как в конце 2016 г. соответствующий показатель был выше 80% (CSIH, 2015). Наличие таких низких базовых уровней по нескольким ключевым показателям свидетельствует о том, что в настоящее время, несмотря на наличие клинических рекомендаций, бригадами ПМСП течение хронических заболеваний нигде не контролируется и их эффективное лечение не проводится,. Однако результаты проведенных медицинских мер также демонстрируют то, что благодаря активным практическим усилиям можно добиться быстрого улучшения положения.

Наконец, число случаев госпитализации пациентов с заболеваниями, лечение которых осуществимо на амбулаторном уровне, чрезвычайно велико. Данные о наиболее распространенных хронических состояниях приведены выше, но всесторонний анализ предотвратимых госпитализаций в Казахстане показал, что показатели госпитализации также очень высоки и для других заболеваний, лечение которых можно было бы проводить амбулаторно, таких как инфекционные и паразитарные заболевания (75%), пневмония (85%), эпилепсия (37%) и стенокардия (36%). Кроме того, опрос, проведенный в стране среди специалистов в области здравоохранения, показал, что по крайней мере 61% случаев поступления больных с гриппом, 44% – с почечными и мочеполовыми инфекциями, 75% – с артериальной гипертонией и 42% – с приступами стенокардии – можно было бы избежать за счет эффективных мер ПМСП (ВОЗ, 2015).

Важно отметить, что в данном обзоре неоднократно отмечалась нехватка потенциала существующих систем данных для учета и оценки прогресса по мере развития реформ. На протяжении всего проекта имеющиеся данные плохо поддавались интерпретации и анализу. В то время как Казахстан продолжает делать инвестиции и укреплять ПМСП, необходимы дополнительные усилия, направленные на получение более качественных данных, в противном случае весьма проблематично будет не только продемонстрировать улучшения, но и определить, как наилучшим образом их добиваться.

В целом система первичной медико-санитарной помощи в Казахстане развивается в правильном направлении. Были созданы структурные элементы этой системы, и оказание услуг первичной медико-санитарной помощи ориентировано на лучшие примеры в международной практике – сформирован специализированный междисциплинарный медицинский персонал ПМСП, соответствующие учреждения здравоохранения стали независимыми, создана система обеспечения качества, а также система оплаты труда с тем, чтобы стимулировать повышение качества предоставления услуг.

Однако представляется, что различные параллельные реформы, которые стимулируют развитие ПМСП, еще не раскрыли своего полного потенциала, а сектор ПМСП продолжает работать ниже своих возможностей. Требуется гораздо больше информации, а также проведение оценки ситуации, чтобы понять, (i) какое влияние

проводимые реформы оказывают, если вообще оказывают, на реальную работу «на местах» (ii) дают ли происходящие изменения желаемый результат и (iii) что способствует или препятствует улучшению работы. Помимо все прочего, укрепление системы ПМСП требует оценки и пересмотра предпринимавшихся до сих пор подходов с тем, чтобы получить результат максимального воздействия.

Больничный сектор в Казахстане

С момента обретения страной независимости, различные волны реформ, проводившихся в сфере здравоохранения, значительно повлияли на больничный сектор. Перемены, происходившие последовательно либо одновременно, коснулись следующих областей:

- Источники финансирования (от республиканского бюджета до финансирования из областных и местных бюджетов органов власти, которое теперь заменено центральными и более стратегическими закупками);
- Формы оплаты (от финансирования ввода отдельных позиций до платежей, которые все чаще отражают реальные действия и стимулируют производственную эффективность, по крайней мере, в медучреждениях, более приближенных к городским);
- Организация и управление (расширение автономии и полномочий на развитие коммерческой деятельности в государственных больницах, развитие частного сектора).
- Многие другие аспекты нормативной базы были также модернизированы, в первую очередь, в целях укрепления гарантий качества.

Хотя преобразование больничного сектора активно поддерживается правительством, оно остается недостаточным

Даже при самом поверхностном взгляде на систему стационарной медицинской помощи в Казахстане становится ясно, что она во многом отличается от принятой в странах ОЭСР, начиная с того, что, собственно, принято считать «больницей». 34 категории медучреждений, входящих в «систему больниц», классифицируются в соответствии с характером предоставляемых ими услуг, категориями обслуживаемого населения, местом расположения и т. д. В эти категории входят такие медицинские учреждения как «туберкулезные диспансеры» и центры лечения зависимостей, которые классифицируются в Казахстане как «больницы», однако, вероятно, не будут считаться таковыми в других странах. Такое дробление, в основном, является наследием бывшей советской системы.

За последние 10-15 лет в Казахстане были предприняты значительные усилия по сокращению системы больниц. Наиболее очевидным следствием мер по разработке более современной модели предоставления услуг стало сокращение количества стационарных медицинских учреждений и койко-мест, начавшееся в 2006 году. В 2016 году число больниц было на 9% ниже уровня 2000 года. Это дало толчок к еще большему сокращению количества койко-мест с 6,9 койко-мест на 1000 жителей в 2006 году до 4,9 койко-мест на 1000 жителей в 2016 году, что соответствует среднему показателю по странам ОЭСР, хотя этот показатель значительно варьируется по различным регионам.

Происходит дальнейшее перепрофилирование медучреждений. За последние 5 лет число сельских больниц сократилось на 56%. Количество отдельных специализированных («монопрофильных») больниц также уменьшилось на 20%, хотя и остается очень высоким по международным стандартам. Монопрофильные больницы не воспринимаются как хорошо приспособленные для реагирования на бремя болезней в современных системах здравоохранения, или как наиболее эффективный и рентабельный способ развертывания технологий, однако они по-прежнему составляют 40% всех койко-мест в Казахстане. С другой стороны, число районных больниц и высокоспециализированных клиник третьего уровня остается стабильным, а число специализированных клиник второго уровня несколько повысилось. В то же время, размеры больниц существенно не изменились: среднее количество койко-мест в соответствии с типом больниц оставалось практически неизменным на протяжении многих лет, что подразумевает то, что уменьшение количества коек и больниц было обусловлено прежде всего их закрытием, а не реорганизацией существующих. Среднее количество койко-мест во вторичных многопрофильных и третичных высокоспециализированных больницах (менее 200 койко-мест в обоих случаях) является очень низким с учетом их роли и объема услуг, и, как представляется, существует значительный потенциал для получения экономии за счет их масштаба и концентрации деятельности.

Правительство активно поддерживает преобразование сектора путем инвестирования в инфраструктуру и реструктуризацию больниц. В последние годы проводившаяся в Казахстане активная политика капиталовложений в государственный сектор также способствовала модернизации зданий и оборудования. Небольшие отделения больниц (например, родильные отделения и отделения неотложной помощи, которые могли обслуживать весьма незначительное число пациентов) были закрыты, а оказание медицинских услуг было передано другим центрам.

После своего медленного старта структура государственно-частного партнерства в Казахстане также неуклонно меняется. К 2015 году в стране было 137 частных больниц (из них 127 – городского уровня, 3 – областного и 7 – районного уровня), 102 из которых предоставляют услуги в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП).

В целом, как представляется, МЗ не располагает ключевой информацией о состоянии и возможностях больниц предоставлять конкретные услуги, что делает мониторинг и оценку сложными. Что еще более важно, в условиях, когда унификация системы здравоохранения является заявленным приоритетом, это, вероятно, также ограничивает возможность эффективного целевого инвестирования.

Финансирование больниц было централизовано и модернизировано, но повышение эффективности работы недостаточно стимулируется

Использованные в Казахстане механизмы финансирования способствовали росту профессионализма медиков, а также изменениям в их поведении в рамках медицинских учреждений. В настоящее время больничное медицинское обслуживание входит в пакет ГОБМП, который включает «медицинскую помощь в стационаре» (в том числе высоко специализированную медицинскую помощь), как плановую (которую оказывают на основании направления специалиста, терапевта), так и неотложную (без направления). Конкретные реформы в области финансирования и оплаты больничных услуг направлены на создание «равных

условий» для государственных и частных медучреждений, стремящихся к совершенствованию своей деятельности. Они включали в себя введение в 2012 году системы финансирования, основанной на выделении средств в соответствии с системой расчёта стоимости лечения на основании сходства диагнозов, и с тех пор все расходы на оказание медицинских услуг в стационаре в городах (57% населения страны) возмещаются с учетом диагностически связанных групп (DRG) пациентов. Сегодня практически все больницы, оказывающие специализированные (вторичные) и амбулаторные медицинские услуги, полностью финансируются с использованием DRG. Это делается для стимулирования производительности – больницы отчитываются за то, как они управляют ресурсами, использованными для лечения каждого отдельного пациента. Ожидается, что это будет стимулировать больничную производительность, поскольку увеличение количества эпизодов оказания медицинской помощи распространяет фиксированные расходы на большее число пациентов и стимулирует разработку процедур дневного пребывания вместо направления пациентов в стационар.

По контрасту, медучреждения, предоставляющие высокоспециализированные медицинские услуги (третьего уровня) и консультационно – диагностические услуги (по выявлению и лечению онкологических и прочих заболеваний) получают фиксированное бюджетное финансирование, а также плату за оказываемые услуги по специальным тарифам, установленным для каждой услуги. Такая система финансирования призвана способствовать развитию высокоспециализированного обслуживания третьего уровня независимо от формы собственности учреждения, но она также может искажать распределение ресурсов. В настоящее время глобальные бюджеты сельских районов составляются на основе данных, которые, согласно отчетам, ежегодно корректируются в соответствии с данными об их использовании, но из-за которых в действительности эти бюджеты остаются практически неизменными.

В целом, внедрение системы DRG улучшило прозрачность финансирования больниц. Однако остаются некоторые нерешенные задачи, в том числе необходимо продолжить совершенствование системы учета расходов и измерения использования ресурсов, связанных с клинической деятельностью. Также необходимо совершенствовать навыки эффективного управления учреждениями в рамках платежных систем, связанных с DRG (Chanturidze et al., 2016). Больничная система вряд ли сможет полностью реагировать на стимулы, вызванные благодаря реформе финансирования и, в частности, системе DRG. Данные о финансировании больниц, как представляется, также не всегда доступны, что может указывать на недостаток внимания к вопросу возложения ответственности за их финансовые результаты.

Эффективность больниц все еще может быть улучшена. В Казахстане, несмотря на большое количество больниц и койко-мест, уровень заполняемости коек аналогичен или несколько выше, чем в странах ОЭСР. Это объясняется относительно высокими показателями госпитализации и высокой продолжительностью пребывания в стационаре. В Казахстане средняя продолжительность госпитализации (8,8 дней для интенсивной терапии и 11,5 дней по всем существующим причинам, данные за 2015 г.[4]) значительно превышает средние показатели по ОЭСР (6,5 и 7,5 дней, соответственно). Это подтверждает то, что предоставление медицинских услуг в Казахстане по-прежнему в значительной степени зависит от услуг, оказываемых в стационарах, а услуги пост-интенсивной терапии и реабилитации, вероятно, недоступны для выписанных пациентов. Хотя средняя продолжительность госпитализации (СПГ) в целом медленно сокращается, в высокоспециализированных стационарах она очень высока (18 дней) и

тенденция к росту этого показателя все еще сохраняется. Статистические данные о СПГ, относящиеся к конкретным заболеваниям, также свидетельствуют о том, что многие виды деятельности, которые осуществляются в больницах Казахстана, в странах ОЭСР протекают при других условиях, и болезни могут лечиться амбулаторно (например, туберкулез легких, который в Казахстане имеет СПГ 55,2 дня).

Госпитализация больных часто является внеплановой

Доступность медицинских услуг в Казахстане – как это отражено в статистике госпитализаций – соответствует среднему показателю по странам ОЭСР. В Казахстане население имеет право на бесплатное больничное обслуживание, которое включается в ГОБМП. В целом, 82% расходов на больничные услуги обеспечивается из государственного бюджета (что хорошо сопоставимо с 86% в среднем по странам ОЭСР). В последнее десятилетие количество выплат на душу населения, как правило, уменьшалось, особенно после 2010 года, и теперь оно соответствуют среднему уровню по ОЭСР, о котором говорилось выше.

Тем не менее, в то время как показатели госпитализированной заболеваемости хорошо согласуются с данными по ОЭСР, доступ к госпитализации является неравномерным. Например, сельские жители составляют 43% населения, однако было зарегистрировано лишь 32% посещений больниц. В отсутствие дополнительной информации невозможно определить, указывает ли эта разница на неравенство в доступе для сельского населения, и если да, то являются ли эти причины географическими, культурными или инфраструктурными. По всей видимости, данные о доступе к медицинской помощи не поступают с точки зрения пациента, что помогло бы понять природу (а также средства решения вопроса) барьеров для доступа. В целом, по имеющимся данным невозможно определить, имеет ли значение уровень доходов пациентов или их социально-экономическое положение для получения доступа или приема в больницу. Неравномерный доступ к услугам, вероятно, также связан с неспособностью медучреждений в разных регионах предоставлять одинаковые услуги. Как обсуждается ниже, некоторые процедуры выполняются в Казахстане весьма редко, что подразумевает то, что доступ к ним, вероятно, является неравномерным.

Плановой является лишь четвертая часть всех госпитализаций. У пациентов с направлениями вероятность приема в больницу выше (82%), чем у тех, кто попал в учреждение либо через отделение скорой помощи (56%), либо самостоятельно (49%). Основной причиной отказа в госпитализации (в том числе для пациентов с направлением) является отсутствие медицинских показаний для госпитализации. Незапланированные процедуры также преобладают в общем объеме хирургических операций в большинстве казахстанских больниц. Поступающие во внеплановом порядке пациенты занимают койко-места, выделенные на плановую деятельность, и это нередко ведет к тому, что откладывается оказание необходимой медицинской помощи, что становится на практике барьером для доступности медицинских услуг.

Общая картина представляет собой систему, в которой координация предоставления услуг на разных уровнях является недостаточной, а управленческий потенциал нуждается в укреплении. В то время как время ожидания госпитализации кажется коротким, учитывая низкие объемы выполняемых операций, сравнения следует делать с осторожностью. Они также ставят вопрос о том, насколько доступность медицинских услуг соответствует потребностям населения.

Больничные службы не имеют четкой привязки к бремени хронических заболеваний в стране

Больницы в основном предоставляют услуги ограниченной сложности. Данные о диагнозах при выписке (на основе кодов МКБ-10), а также хирургических диагнозах (на основе кодов МКБ-9) показывают, что большинство больниц по-прежнему сосредоточено на предоставлении базовых услуг ограниченной сложности, значительную часть которых в странах ОЭСР чаще всего предоставляют медицинские учреждения более низкого уровня. Также преобладающими в объеме деятельности больниц в Казахстане являются акушерские услуги. Большинство таких услуг действительно требует больничного ухода, но их значительная доля говорит как раз о том, что деятельность в казахстанских больницах не характеризуется повышенной сложностью либо разнообразием. Кроме того, больничные службы, похоже, не имеют четкой привязки к бремени хронических заболеваний в стране.

Особую озабоченность вызывают данные о поразительно низком общем числе хирургических процедур, проводимых больничной системой, что в дополнение к экономическим соображениям, вызывает серьезные опасения относительно качества и безопасности. Средние цифры могут маскировать различия между медицинскими учреждениями, но операции неосложненного кесарева сечения – а это самая частая хирургическая операция – проводятся в целом по стране лишь около 100 раз в день. Разбивка по категориям медицинских учреждений показывает, что в среднем данная операция проводится только один раз в 13 дней в каждой районной больнице; один раз в 12 дней в каждой многопрофильной больнице второго уровня и один раз в 11 дней – в каждой из высокоспециализированных больниц третьего уровня. Все другие операции выполняются еще реже. Более того, международный опыт показывает, что для оптимизации использования персонала и оборудования в конкретном родильном отделении требуется принимать не менее 600 родов в год, а в идеале от 1000 до 2000. Количество родов в районных больницах составляет в среднем 480 в год и всего 200 в многопрофильных больницах.

Имеющиеся данные и официальная статистика представляют неоднозначную картину о качестве стационарного лечения

В странах ОЭСР на 100 пациентов, поступивших на лечение в стационарное медицинское учреждение, возможны два смертных случая. Однако общий показатель смертности, который не учитывает сложность или тяжесть заболеваний пациентов, подлежащих лечению, является слишком грубым инструментом для измерения или сравнения качества услуг, оказываемых в различных больницах. В Казахстане на каждые 10 000 госпитализаций приходится ок. одного умершего пациента. Это не означает, что лечение в больницах Казахстана в 100 раз безопаснее; более разумная интерпретация будет заключаться в том, что сам характер больниц и спектр лечения, который предоставляется в Казахстане и в странах ОЭСР, коренным образом отличаются, и что состояние пациентов в больницах Казахстана, вероятно, не столь тяжелое либо их заболевание не столь опасное, и в странах ОЭСР, возможно, для таких пациентов госпитализация не будет считаться необходимой. Сокращение числа предотвратимых госпитализаций, особенно за счет расширения возможностей лечения в системе оказания первичной медицинской помощи является долговременным приоритетом правительства.

Прямое сравнение конкретных средних показателей в Казахстане и странах ОЭСР указывает на их совпадение, хотя некоторые цифры ставят под сомнение точность отчетных данных. Предоставленные же данные по безопасности лечения являются неполными. Была получена информация о случаях послеоперационной эмболии легких, однако не были предоставлены данные по другим ключевым показателям безопасности, как, например, о послеоперационных осложнениях; о предметах, оставленных в полости тела, о госпитальной инфекции или о показателях повторной госпитализации. Например, заболеваемость послеоперационной эмболией легких и тромбозом глубоких вен в Казахстане необычайно низка, что вызывает обеспокоенность по поводу достоверности имеющихся статистических данных. Значения по Казахстану существенно ниже среднего уровня по ОЭСР (169 против 576), и он может похвастаться вторым самым низким показателем среди стран ОЭСР, предоставивших эти данные.

Обобщая вышеизложенное, можно сказать, что доступная информация по безопасности и качеству медицинской помощи в Казахстане представляет собой несогласованную картину. Некоторые элементы подтверждают, что система преимущественно стремится удовлетворить базовые и элементарные потребности; общие данные о смертности после конкретных хирургических процедур не всегда согласуются с данными стран ОЭСР, в то время как некоторые более сложные меры свидетельствуют о том, что Казахстан входит в число стран со средними показателями или является одной из стран с наилучшими показателями. В целом, качество отчетности представляется сомнительным.

Необходимо также усилить координацию медицинской помощи между первичным звеном медико-санитарной помощи и услугами интенсивной терапии в больницах, а также между последними и реабилитационными службами, как это предусмотрено в государственной программе «Денсаулык» на 2016-2019 годы. Необходимо повысить возможности врачей и управленце – а, в конечном счете, всей больничной системы – удовлетворять потребности населения безопасно и эффективно, в дополнение к уже существующим инициативам.

В целом, переход к современной больничной системе все еще продолжается. Данный сектор остается сильно раздробленным, а монопрофильные медучреждения не хотят исчезать, но стратегия правительства «Денсаулык» на 2016-2019 годы направлена на дальнейшее развитие многопрофильных объектов и снижение роли монопрофильных больниц. Клиническая модель, лежащая в основе роли, которую играют больницы, должна развиваться для более эффективной борьбы с заболеваемостью в стране и более действенного удовлетворения потребностей населения. В то время как несколько медучреждений могут предоставлять высокоспециализированные услуги и комплексный уход (например, по трансплантации органов), подавляющее их большинство в основном предоставляют услуги низкой интенсивности. Также в больницах, как представляется, имеют очень ограниченное взаимодействие с другими секторами системы оказания медицинской и социальной помощи, включая первичное звено медицинской помощи, дома-интернаты и другие аналогичные учреждения. Другими словами, координация медицинской помощи в Казахстане по-прежнему развита недостаточно. Это, опять же, было указано в качестве приоритетного направления в программы «Денсаулык» на 2016 – 2019 гг.

Выводы

После обретения независимости Казахстан добился впечатляющего экономического прогресса, но показатели в области здравоохранения продолжают отставать. Многочисленные волны предпринятых стратегических реформ были направлены на расширение доступа к медицинским услугам, модернизацию механизмов их предоставления и снижение зависимости от стационарной помощи. Система здравоохранения Казахстана по-прежнему сталкивается со многими проблемами, частично отражающими ее постсоветское наследие недостаточных инвестиций в первичную медико-санитарную помощь и относительную ориентацию на лечение инфекционных заболеваний. Другие трудности связаны больше с реалиями сегодняшнего дня, в том числе с отсутствием отвечающих современным требованиям информационных систем, и, по-видимому, низкой ответственностью за результаты своей деятельности во всех частях страны, а также недостатком усилий по разработке эффективных услуг и программ по снижению текущего уровня заболеваемости. В результате, показатели в области здравоохранения по-прежнему значительно ниже средних по ОЭСР, и эта разница является значительной.

Данный обзор показывает, что во многом организационная структура казахстанской системы здравоохранения сегодня равняется на структуру наиболее успешных стран ОЭСР. Реформы в целом идут в правильном направлении. Причины же их недостаточного прогресса являются глубокими и трудно уловимыми, особенно в условиях, когда информационные системы не ориентированы на достижение высоких результатов. Отчасти медленный прогресс может быть обусловлен масштабностью поставленной задачи.

Очевидно, что, хотя реформы были широкомасштабными и проводились часто, реализации данных реформ на всех уровнях системы здравоохранения уделяется значительно меньше внимания, чем их разработке. Фактически недостаточное внимание уделяется оценке реального прогресса в деле их эффективного осуществления. Анализ подготовленных данных зачастую вызывает озабоченность по поводу их достоверности, а имеющейся сегодня информации явно недостаточно для того, чтобы хотя бы оценить уровень реализации этих реформ. Оценка же реального воздействия происходящих перемен на улучшение промежуточных и более долгосрочных результатов предпринимается редко.

Для того чтобы Казахстан мог достичь тех результатов в сфере здравоохранения, которые можно ожидать, учитывая уровень его экономического развития, необходимо усилить и более эффективно координировать деятельность по реорганизации данной сферы. В ближайшие годы система здравоохранения должна последовательно ориентироваться на более современные механизмы с четким акцентом на улучшение показателей состояния здоровья населения и максимизацию эффективности. Многие из приведенных ниже рекомендаций даны в соответствии с приоритетами, изложенными в программе «Денсаулык» на 2016-2019 гг. В заключение можно сказать, что осуществление новых реформ может, по сути, иметь меньший приоритет, чем усилия по обеспечению реализации уже проводимых реформ на всех уровнях и достижению результатов на местах.

Стратегические рекомендации для Казахстана

В целях оказания всем гражданам эффективной, качественной медико-санитарной помощи и снижения уровня заболеваемости хроническими заболеваниями Казахстану необходимо:

Улучшить расстановку стратегических приоритетов в системе здравоохранения и в частности:

- *Сосредоточить внимание на снижения уровня заболеваемости хроническими заболеваниями.* Главная цель будущих реформ должна заключаться в преодолении уровня заболеваний, поддающихся медицинским мероприятиям. Приоритетное внимание следует уделять лечению, контролю и целенаправленной профилактике хронических, неинфекционных заболеваний.
- *Удвоить усилия по восстановлению баланса в области оказания медицинских услуг в пользу первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).* Многие хронические заболевания можно эффективно и экономически рентабельно лечить или проводить их профилактику на уровне ПМСП. Больничные услуги должны быть ограничены специализированной помощью в сложных случаях и интенсивной терапией, которые не могут быть предоставлены ни в одном другом учреждении. Дальнейшая оптимизация больничных услуг и развитие ПМСП открывают реальные возможности для повышения эффективности системы.
- *Создать более четкое видение будущей архитектуры системы здравоохранения.* Отправной точкой для решения проблемы продолжающейся фрагментации процесса предоставления услуг было бы четкое определение ограниченного набора моделей, по которым должны развиваться все медицинские учреждения. На первичном, амбулаторном и больничном уровнях категории должны определяться, прежде всего, объемом предоставляемых ими услуг в соответствии с потребностями для здоровья населения. Их следует классифицировать таким образом, чтобы сбалансировать доступность услуг на уровне общин и надлежащим образом сконцентрировать ограниченные ресурсы на более высоких уровнях системы.
- *Уделять больше внимания преодолению неравенства.* Необходимо предпринять дальнейшие усилия по устранению неравенства в доступе к медицинским услугам—как между регионами, так и между городами и сельскими районами—с учетом географии страны и низкой плотности населения – при планировании оказания медицинской помощи.
- *Реорганизовать сеть медицинских учреждений и пересмотреть их рассредоточение.* Сети медучреждений на всех уровнях должны быть реорганизованы таким образом, чтобы они соответствовали и поддерживали новые модели предоставления услуг, демографическим тенденциям и формам доступа. Отправной точкой в данном направлении могли бы послужить Мастер-планы оказания услуг, разработанные в последние годы. Далее их осуществление должно стать более систематическим. Изменения в структуре услуг, предоставляемых учреждениями здравоохранения, должны сопровождаться адекватными инвестициями для покрытия необходимых и человеческих ресурсов. Инвестиционные решения, в том числе в рамках проектов ГЧП, должны приниматься на основе их способности продвигать систему к желаемой структуре

предоставления услуг. Особое внимание следует уделять целевым инвестициям в отсталые части населения, сегменты медицинской помощи и регионы.

- *Обеспечить качество на всех уровнях системы.* Меры по повышению качества должны осуществляться на всех уровнях, а их воздействие на эффективность и качество здоровья населения должно лучше контролироваться. Механизмы оплаты труда могли бы основываться на улучшении этих показателей в области здравоохранения, а не на критериях эффективности лечения, или наступления или профилактики редких случаев. Инициативы по повышению качества должны также уделять приоритетное внимание дальнейшей модернизации информационных систем здравоохранения для того чтобы обобщать медицинские данные и способствовать непрерывности и координации оказания медицинской помощи пациентам.
- *Обеспечить наличие услуг ГОБМП и рассмотреть вопрос о расширении покрытия дополнительных экономически выгодных социальных льгот.* Для того чтобы быстрее получить улучшение результатов в области здравоохранения и устранить разрыв в ключевых показателях, вероятно, потребуется более существенное государственное финансирование. Адекватный объем эффективных с точки зрения затрат мероприятий по борьбе с хроническими заболеваниями должен быть одинаково доступным для всех, кто в них нуждается. Любой конкретный пересмотр ГОБМП должен гарантировать обеспечение только тех мероприятий, которые являются экономически эффективными. Министерству здравоохранения следует продолжать наращивать потенциал в области оценки технологий здравоохранения (ОТЗ) и изучать возможности международного сотрудничества в этой области.
- *Ускорить внедрение обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), направленного на повышение эффективности системы.* Универсальность охвата и аккумулирование средств на уровне всего населения являются одними из сильных сторон существующей системы финансирования, которые необходимо сохранить. В идеале, ОСМС должно быть уполномочено стать единственным плательщиком в системе. Оно должно обладать потенциалом для внедрения современных методов контрактации, использовать их для стимулирования большего взаимодействия и вовлечения поставщиков услуг и способствовать общей подотчетности за качество и стоимость.
- *Усилить механизмы, обеспечивающие подотчетность за результаты деятельности системы здравоохранения.* Продолжающиеся реформы должны сопровождаться укреплением механизмов, обеспечивающих подотчетность за результаты деятельности системы здравоохранения. Способность всех участников системы здравоохранения—специалистов в области здравоохранения, местных и национальных поставщиков услуг, местных и национальных органов власти-добиваться оптимальных результатов в решающей степени зависит от того, насколько они должны нести ответственность за результаты своих действий.
- Повысить доступность, актуальность и качество информации и свидетельств. *Решения, принимаемые на уровне учреждения и системы, требуют как более качественного, так и более эффективного использования данных, имеющихся в настоящее время в Казахстане, а также сбора более актуальных данных для обеспечения принятия оптимальных решений. Воздействие реформ должно оцениваться на систематической основе с использованием методов передовой практики и с* привлечением *независимых научно-исследовательских учреждений. Оценка должна также способствовать выявлению результатов проведения реформ либо их отсутствие и стать основой принятия будущих решений.*

Проводить дальнейшее укрепление системы первичной медико-санитарной помощи через:

- *Обеспечение первичной медико-санитарной помощи остается приоритетной задачей.* Создание отдельного и адекватно обеспеченного ресурсами сектора первичной медико-санитарной помощи имеет важное значение для эффективности мер реагирования системы здравоохранения на меняющиеся потребности и ожидания в области здравоохранения. Большинство взаимодействий с системой здравоохранения должны начинаться и эффективно разрешаться на уровне первичной медико-санитарной помощи, при этом направление в учреждения вторичной и третичной медико-санитарной помощи должно происходить только в тех случаях, когда эффективная медицинская помощь не может быть оказана на уровне ПМСП.
- *Более четкое определение пакетов услуг и систематическая адаптация к ним сети первичной медико-санитарной помощи.* Хотя каждая локальная сеть поставщиков ПМСП должна обладать гибкостью реагирования на местные обстоятельства, важно также определить пакеты услуг, охватывающих профилактику, диагностику и лечение, которые все пациенты имеют право получить независимо от их местонахождения, как в базовых, так и в более современных учреждениях. Эти пакеты должны служить основой для заключения контрактов на оказание услуг ПМСП, и каждый местный орган должен нести ответственность за обеспечение эффективного доступа к ним на своей территории.
- *Дальнейшую подготовку трудовых ресурсов для ПМСП в целях повышения охвата услугами.* Продолжающееся развитие персонала ПМСП должно оставаться приоритетной задачей. Для решения проблемы продолжающегося дефицита рабочей силы в ПМСП Казахстану нужно изыскать дополнительные меры по привлечению и удержанию выпускников медицинских вузов в общей практике. В качестве дополнительной стратегии Казахстану необходимо продолжать инвестиции в перераспределение задач, продвигая повышение роли медсестер за счет передачи им некоторых функций врача ОП, а также передачу врачу общей практики некоторых функций врачей специалистов.
- *Отдавать приоритет практическим усилиям по улучшению качества*. Важно, чтобы поставщики услуг несли ответственность и предоставляли качественные услуги. Обеспечение наличия междисциплинарных групп и необходимого оснащения для предоставления пакетов услуг ПМСП является ценным, но в конечном счете первостепенное значение имеет качество оказываемой ими помощи. Обеспечение повышения качества на уровне учреждения здравоохранения является практическим процессом, требующим постоянного внимания и значительных инвестиций. Разработка стандартов и руководящих принципов является необходимым шагом, но в конечном счете, для изменения клинической практики требуется целый ряд усилий, в том числе в области образования и механизмов работы на местах на основе методов обучения взрослых, построенных на фактических данных, в использовании ориентированных на потребителя инструментов поддержки принятых решений, а также в проведении конструктивные клинических проверок, которые оказывают поддержку персоналу.
- *Усилить общесистемную координацию и ответственность за предоставление услуг*. Улучшение координации предоставления медицинских услуг является необходимым условием повышения качества медицинской помощи и наработки необходимого опыта, особенно для пациентов со сложными потребностями. Первичная медицинская помощь должна быть точкой входа в систему и местом, где удовлетворяется большинство потребностей в области здравоохранения, но когда требуется более специализированное медицинское обслуживание, поставщики медико-санитарной помощи должны играть центральную роль в качестве координаторов по ее оказанию. Разработанные и внедряемые в пилотных регионах комплексные модели ухода призваны решать проблемы, специфичные

для системы здравоохранения, а результаты тестирования будут оцениваться с учетом способности тех или иных моделей способствовать решению этих проблем.

Модернизировать больничный сектор через:.

- *Ускорение реорганизации системы оказания услуг, повышение эффективности, обеспечение доступа к качественному уходу с учетом местных потребностей.* Укрепление все еще фрагментированного сектора больниц должно быть ускорено в соответствии с принципами, изложенными выше. Главными целями должны быть обеспечение учета услуг, оказываемых по-прежнему в монопрофильных учреждениях, и улучшение дифференциации между услугами, предоставляемыми различными уровнями многопрофильных больниц. Необходимо принять меры для обеспечения доступа к услугам в отдаленных и сельских районах.
- *Укрепление и модернизацию системы обеспечения стандартов клинической практики.* Хотя были разработаны различные руководящие принципы и протоколы, их применение еще не было четко закреплено на практике. Необходимо укрепить и модернизировать систему обеспечения стандартов клинической практики. Создание культуры качества является сложным структурным вопросом, и изменения будут происходить только тогда, когда профессионалы и другие заинтересованные стороны будут надлежащим образом мотивированы и вовлечены. Потребуется тщательное сочетание стратегии, убеждения и хорошо продуманных договорных стимулов.
- *Более эффективное использование финансовых средств и заключение контрактов.* Финансирование больниц остается чрезмерно фрагментированным, и система ДРГ все еще может быть усовершенствована. Прогресс на этих направлениях существенно улучшит процесс заключения контрактов, что также необходимо в контексте внедрения социального медицинского страхования.
- *Управление автономией больниц, а также уточнение и совершенствование подотчетности.* Перепрофилирование учреждений и разработка четких бизнес моделей и моделей предоставления услуг требует совершенствования управления с достаточной автономией, чтобы (i) адаптироваться к изменениям в быстро меняющихся правовых и финансовых условиях, (ii) удовлетворять потребности пациента и (iii) управлять ценовым давлением. Ответственность за контроль и управление отдельными учреждениями, направленная на достижение целей на уровне всей системы требует четкого понимания, на ком лежит ответственность за регулярное проведение анализа данных, на основании которого проводить мониторинг производительности больниц и за которые последние несут ответственность.
- *Разработка и обеспечение наличия соответствующих услуг.* Прежде всего больничным службам необходимо совершенствовать деятельность по преодолению уровня заболеваемости в Казахстане и быть в состоянии более эффективно реагировать на основные причины смертности и инвалидности, а также с должным вниманием относиться к восприятию обществом работы медицинских учреждений и стандартов качества.

Примечания

1 Данные о сравнительной смертности взяты из Европейской базы данных о смертности Европейского регионального Бюро Всемирной организации здравоохранения.

2 Если не указано иное, все данные, касающиеся системы и статистики здравоохранения, были предоставлены Министерством здравоохранения Казахстана в ходе подготовки настоящего обзора.

3 Данные о расходах на здравоохранение предоставлены ОЭСР (2018 г.).

4 Данные за 2016 год указывают на дальнейшее снижение этого показателя до 9,2.

Список использованной литературы

Bredenkamp, C et al. (2012), *Health equity and financial protection datasheet : Europe and Central Asia*. Health equity and financial protection datasheet compendium. Washington, DC : World Bank Group. http://documents.worldbank.org/curated/en/711401468038087048/Health-equity-and-financial-protection-datasheet-Europe-and-Central-Asia

Chanturidze T, M. Esau, S. Hölzer and E. Richardson (2016), "Introducing Diagnosis-Related Groups in Kazakhstan: Evolution, achievements, and challenges", *Health Policy*, Vol. 120(9):987-91. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.07.007.

CSIH Canadian Society for International Health (2015), Kazakhstan Health Sector Technology Transfer and Institutional Reform Project: Partnership on Diseases Management Programmes Development and Implementation – Final report on DMP Implementation. Unpublished.

IHME (2010), *GBD Profile: Kazakhstan*, Institute for Health Metrics and Evaluation.

IMF - International Monetary Fund (2017), World Economic Outlook Database.

IMF International Monetary Fund (2017b) Republic of Kazakhstan : 2017 Article IV Consultation- Press Release; and Staff Report. Country Report No. 17/108

Katsaga A., et al. (2012), Kazakhstan: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 14(4):1-154.

MOH Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan (2016), Population health in the Republic of Kazakhstan and activity of health care organisations in 2015, Kazakhstan.

Morgan D., et al. (2016), Review of the National Health Accounts of the Republic of Kazakhstan, OECD Publishing, Paris

OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

OECD (2018), *National Health Accounts of Kazakhstan*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264289604-en.

Prakash, B. (2010), Patient Satisfaction, Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery, Vol. 3, Issue 3,

Smith, O and Nguyen, S. N (2013). *Getting better : improving health system outcomes in Europe and Central Asia*. Europe and Central Asia Reports. Washington, DC : World Bank Group. http://documents.worldbank.org/curated/en/953751468250295078/Getting-better-improving-health-system-outcomes-in-Europe-and-Central-Asia

WHO - World Health Organization (2011), Evaluation of the Organization and Provision of Primary Care in Kazakhstan – A survey-based project in the regions of Almaty and Zhambyl, World Health Organisation, Geneva.

WHO World Health Organization (2015), Ambulatory Care Sensitive Conditions in Kazakhstan, World Health Organization, Geneva.

WHO World Health Organization (2015), Ambulatory Care Sensitive Conditions in Kazakhstan, World Health Organization, Geneva.

World Bank (2016), WDI - World Development indicators, http://data.worldbank.org/products/wdi

World Obesity (2016), *World map of obesity*, http://www.worldobesity.org

Глава 1

Ключевые особенности системы здравоохранения в Казахстане

С начала 2000-х годов Казахстан демонстрировал выдающиеся темпы экономического роста. В настоящее время ВВП страны на душу населения сравнялся с центральноевропейскими странами-членами ОЭСР. Эти достижения, однако, в значительной степени были обусловлены наличием у Казахстана природных ресурсов, что сделало его уязвимым к по отношению к изменчивой конъюнктуре мировых цен на них.

С 1991 года в Казахстане была начата реализация ряда масштабных реформ в области здравоохранения, направленных на расширение доступа, введение большей самостоятельности и снижение зависимости от стационарной помощи. Тем не менее, система здравоохранения по-прежнему имеет отличительные черты переходной экономики, вовлечённой в масштабные структурные реформы. Несмотря на определенный прогресс в данной сфере, результаты в области здравоохранения в Казахстане продолжают отставать от показателей стран-членов ОЭСР и выявляют некоторые тревожные региональные неравенства. В ближайшие годы система здравоохранения страны должна последовательно направляться в сторону более современных механизмов с чётким упором на повышение ее эффективности и максимизации отдачи.

Статистические данные по Израилю предоставлены со стороны и под ответственность соответствующих органов Израиля. Использование этих данных ОЭСР не затрагивает статус Голанских высот, Восточного Иерусалима и израильских поселений на Западном берегу реки Иордан в соответствии с принципами международного права.

1.1. Казахстан: к истории вопроса

Республика Казахстан – бывшая советская республика, которая обрела независимость в 1991 году. Площадь страны - 2,7 миллиона квадратных километров, что делает его девятым государством в мире по территории (и крупнейшей страной, не имеющей выхода к мировому океану). С уровнем ВВП на душу населения примерно 13 600 долларов США Казахстан включают в группу стран с уровнем данного показателя выше среднего.

В данной главе представлен обзор Казахстана, а также его системы здравоохранения и политик. В разделе 1 освещаются некоторые ключевые географические, демографические и экономические факторы в части структуры, организации, объёма и финансовой устойчивости национальной системы здравоохранения. В Разделе 2 представлены основные характеристики и организационные особенности системы здравоохранения, а в разделе 3 рассматриваются общие показатели эффективности ее функционирования.

После обретения независимости Казахстан пережил глубокую рецессию, сменившуюся быстрыми темпами падения уровня бедности с (1.1). Рост экономики, однако, в значительной степени зависит от добычи экспорта природных ископаемых, а не от производительности труда и технологий. Как следствие, наблюдается высокий уровень регионального экономического диспаритета (1.2). Уровень неформальной занятости на рынке труда также остаётся высоким (1.3). При относительно молодом населении в Казахстане наблюдается демографический переход (1.4).

Экономический рост сопровождается сокращением уровня бедности и неравенства в доходах, но задачей первостепенной важности остается диверсификация экономики

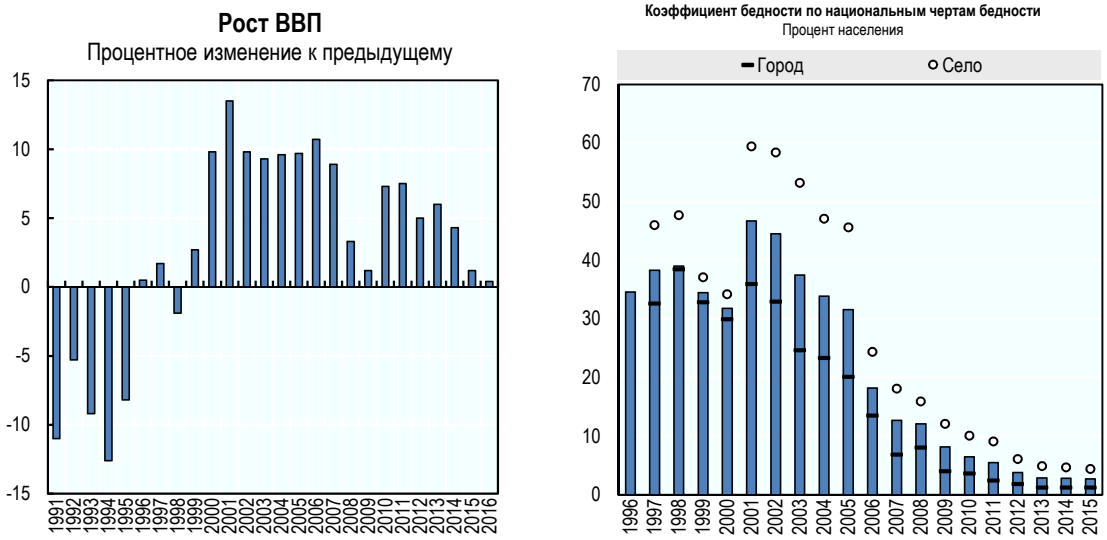
С начала 2000-х годов в Казахстане наблюдаются высочайшие темпы экономического роста. После того, как в первой половине 1990-х годов в стране началась гиперинфляция и глубокая рецессия, состояние экономики страны быстро улучшилось в начале 2000-х годов. В период с 2000 года по 2007 год ВВП рос примерно на 10% в год, что сделало Казахстан одной из самых быстрорастущих экономик мира. Указанные высокие темпы роста ВВП, в основном, были обусловлены высокими показателями функционирования отраслей, задействованных в добыче природных ископаемых, и экономическая активность и инвестиции были сосредоточены в углеводородной и горнодобывающей промышленности (Хоуи и Атаханова, 2014 год). Однако ограниченная диверсификация экономики представляет угрозу для её долгосрочного развития.

Рост значительно замедлился в 2008-2009 годах, когда экономика пострадала от кризиса в национальном банковском секторе, а также и мирового финансового кризиса; однако высокие темпы роста возобновились в период между 2010 и 2014 годами (Диаграмма 1.1, левая панель). С конца 2014 года, однако, экономика Казахстана столкнулась с проблемой падения глобальных цен на нефть, которые снизились более чем на 50% в период с июня 2014 по октябрь 2015 года, что привело в 2015 году к сокращению экспортных доходов страны почти наполовину и появлению дефицита бюджета платёжного баланса (ОЭСР, 2016 год). Сопутствующим эффектом стало падение внутреннего потребительского спроса, что привело к снижению темпов роста ВВП з с 4,3% в 2014 году до 1,2% в 2015

году и, по оценкам, до 0,4% в 2016 году (Комитет по статистике Республики Казахстан, 2016 год). Казахстану необходимо обеспечивать диверсификации экономики, чтобы уменьшить зависимость страны от добывающего сектора (ОЭСР, 2016 год). Согласно прогнозам, в 2017 году экономика Казахстана вновь начнёт укрепляться – рост ВВП страны, как ожидается, выйдет на уровень 2,1% (МВФ, 2017b).

Уровень жизни соответствует базовому сценарию макроэкономического развития страны: после значительного снижения в первом десятилетии после обретения независимости доходы населения стали расти, а доля лиц, живущих на уровне или ниже н черты бедности (чьи располагаемые доходы, находится на уровне ниже прожиточного минимума), значительно снизилась с пикового значения, равного 47% в 2001 году, до 2,7% в 2015 году. Тем не менее, уровень бедности по-прежнему намного выше в сельской местности, чем городской. В 2015 году показатель численности живущего в бедности сельского населения равнялся 4,9% – почти в четыре раза выше, чем в городской местности (1,3%)(Диаграмма 1.1, правая шкала).

Диаграмма 1.1. Уровень экономического роста и бедности в Казахстане – с 1990-х годов по 2016 год (или ближайший год)

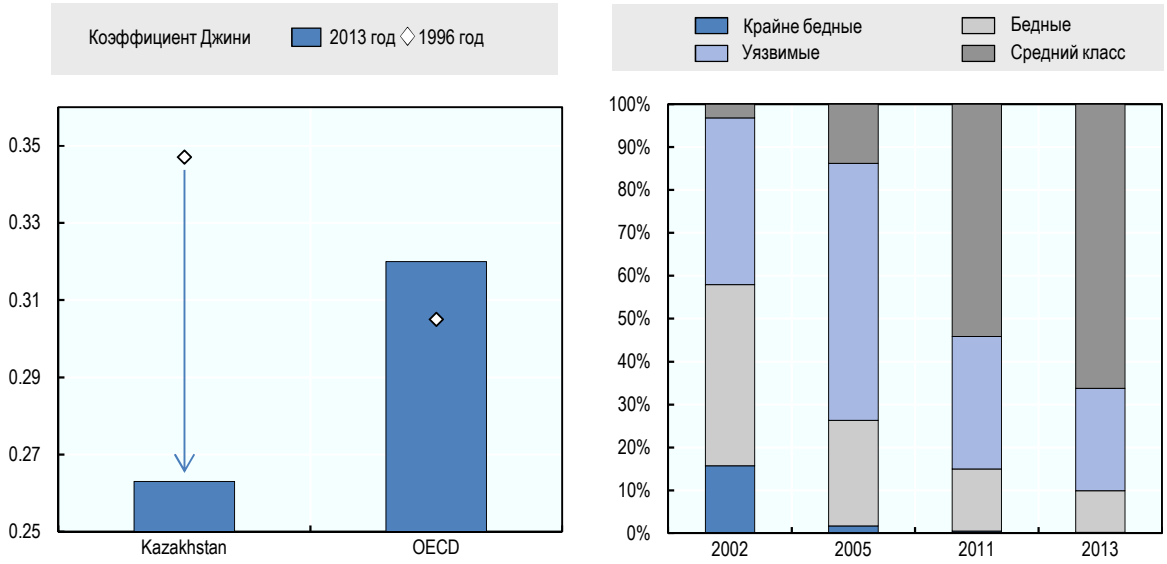


Источники: Всемирный Банк, данные по национальным счетам (2016 год); Всемирный Банк, Рабочая группа Всемирного Банка по глобальной бедности (2016 год); Министерство национальной экономики Республики Казахстан, Комитет по статистике (2016 год).

Несмотря на то, что разрыв в уровне доходов между различными группами населения оставался невысоким, экономический рост сопровождался резким увеличением реальной заработной платы, приводящим к появлению в Казахстане среднего класса. За последнее десятилетие реальная заработная плата выросла резко - на 280%, - в то время как в среднем по странам ОЭСР соответствующий показатель составлял 17%[1]. По оценкам Всемирного Банка в Казахстане коэффициент Джини, который измеряет неравенство доходов в обществе и варьируется от 0 (идеальное равенство) до 1 (максимальное неравенство), составил 0,263 (самые последние

имеющиеся данные – за 2013 год), снизившись с 0,347 в 1996 году. Это значительно ниже, чем средний коэффициент Джини для стран-членов ОЭСР, который выказал тенденцию к росту и достиг уровня 0,32 в 2013 году. Это также способствовало появлению в Казахстане среднего класса и стремительному росту его численности: в 2013 году к этой категории относились почти две трети населения (Диаграмма 1.2).

Диаграмма 1.2. Неравенство доходов (коэффициент Джини – левая панель) и размер групп населения по уровню доходов в процентах от общей численности населения Казахстана (правая панель), избранные годы



Примечания: Группы населения по уровню доходов распределяются на основе ежедневного подушевого располагаемого дохода следующим образом: крайне бедные, если доход составляет ниже 40% от минимального уровня жизни (МУЖ), бедные, если доход варьируется между 40% и 100% МУЖ, уязвимые, если доход варьируется между МУЖ и 10 долл. США (ППС), средний класс, если доход варьируется в диапазоне между 10 и 100 долл. США, выраженный паритете покупательной способности (ППС), богатые, если доход превышает 100 долл. США ППС в день. Богатая группа не показана, так как размер группы в выборочных исследованиях очень мал и не является репрезентативным для этой группы.

Источники: Всемирный Банк, Группа исследований в области развития (2016 год); ОЭСР (2016 год), Многосторонний обзор Казахстана (расчёты ОЭСР основаны на базе данных ОЭСР по доходам (2016 год); база данных Всемирного Банка по мониторингу бедности и капиталов (2016 год); Жуматова, Мун и Капсалямова (2015 год), «Экономическая оценка социально-экономических классов в Казахстане»).

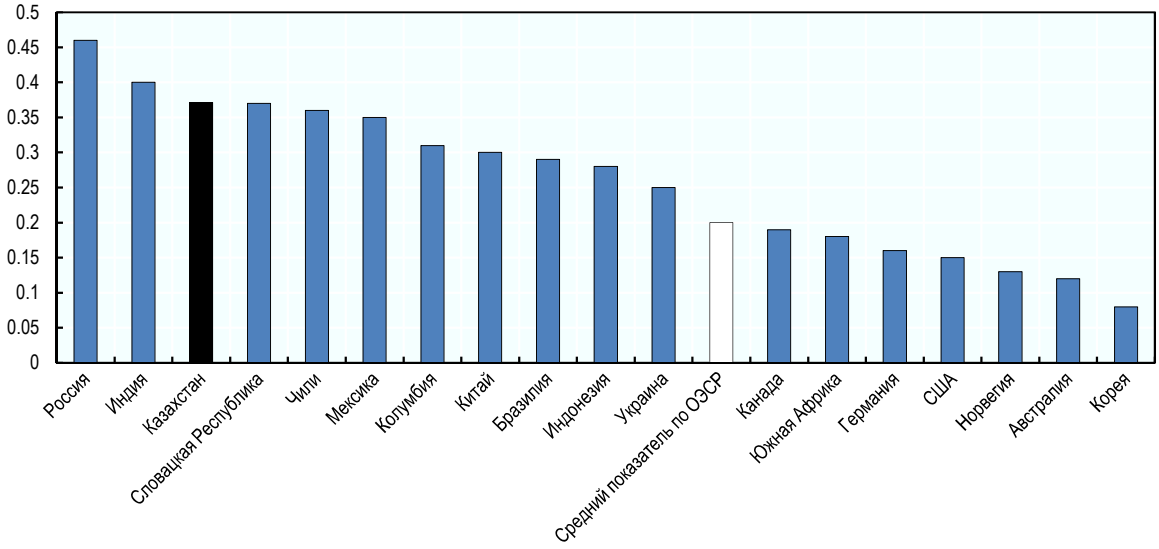
Несмотря на общий экономический прогресс, преобладают резкие региональные различия

Административно-территориальная структура Казахстана включает 14 регионов и 2 города – Астану и Алматы. Регионы делятся на 175 административных районов. В Казахстане насчитываются 87 городов (40 городов областного значения и 45 городов районного значения), 34 села и 6947 сельских поселений. Последние распределены по регионам неравномерно, в некоторых регионах преобладает сельское население.

Чрезмерная зависимость экономики от неравномерно сосредоточенных по территории страны природных ресурсов приводит к явно выраженному

межрегиональному неравенству в ВВП на душу населения. Так, в 2014 году ВВП на душу населения в Атырауской области (39 072 долларов США) более чем в три раза выше среднего показателя по стране (12 496 долларов США), а в городе Алматы (29 286 долларов США) – более, чем в два раза . В то же время в Южном Казахстане ВВП на душу населения (4775 долларов США) составлял почти треть от среднего по стране. Такие значительные межрегиональные различия в доходах порождают межрегиональное значение коэффициента Джини, равное 0,37, что значительно выше общенационального показателя, равного 0,263. Это также в два раза выше, чем среднее значение межрегионального диспаритета в доходах населения по странам-членам ОЭСР. Еще больший разрыв наблюдается между указанным показателем в Казахстане и его значениями в крупнейших по размеру территории стран-членов ОЭСР, - таких, как Канада и США,. Среди сопоставимых стран, по которым имеются данные, степень регионального неравенства выше только в России (Диаграмма 1.3) (ОЭСР, 2016 год).

Диаграмма 1.3. Неравенство доходов между регионами - индекс Джини регионального ВВП на душу населения, 2014 год (или самый близкий предшествующий год год)



Источник: ОЭСР (2016 год) Комплексный анализ Казахстана, http://dx.doi.org/10.1787/9789264246768-en

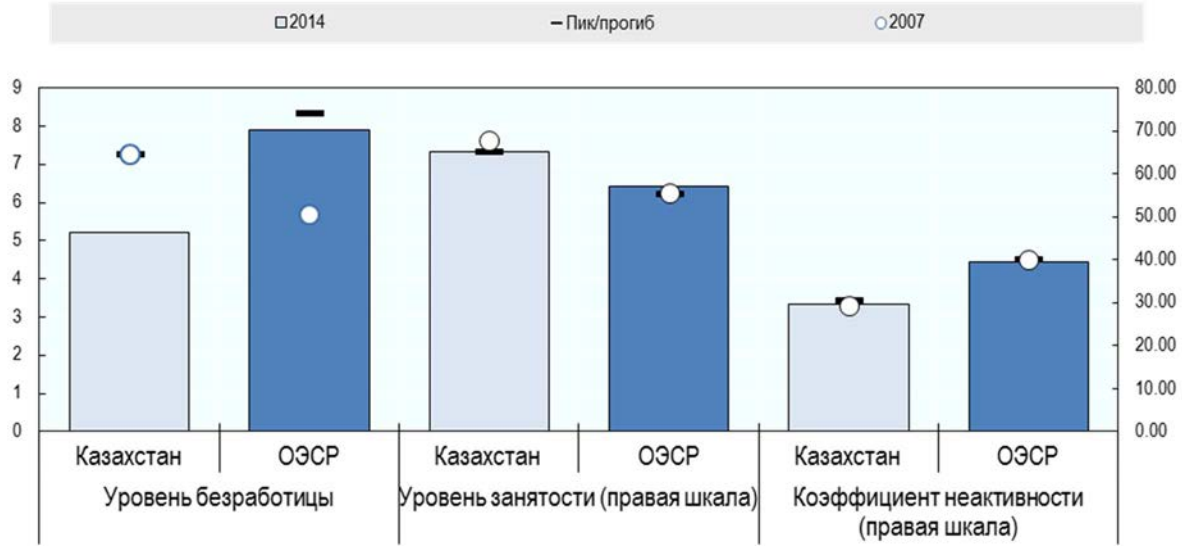
Действительно, доля населения, живущего у национальной черты бедности или за этой чертой, значительно различается между областями. По самым последним имеющимся данным (2011 год), самые низкие значения индекса бедности, почти в два раза превышающие средний уровень по стране, наблюдаются в таких регионах, как Южный Казахстан (10,4%), Мангистауская область (10,4%) и Северный Казахстан (9,6%). Среди причин подобных неудовлетворительных значений данного показателя в указанных регионах высокая доля сельского населения, низкий уровень доходов и значительное количество самозанятого населения и высокий уровень безработицы. Самые малая доля населения, с уровнем располагаемых доходов потребления ниже черты прожиточного минимума наблюдается в городах Алматы и Астана, а также в Алматинской области.

Чтобы сохранить темпы роста, экономика Казахстана должна не только стать менее зависимой от природных ресурсов, но и обеспечить больший упор, который будет способствовать сокращению межрегионального неравенства. В более долгосрочной перспективе успешная реализация амбициозной программы правительства в сфере структурных реформ в комплексе с институциональными реформами должно повысить производительность труда и конкурентоспособность ненефтяных секторов экономики. Кроме того, устойчивый рост среднего класса будет по-прежнему играть ключевую роль в диверсификации экономики, поскольку он поддерживает появление представителей предпринимательского сообщества и стимулирует спрос на большее разнообразие потребительских товаров и услуг на внутреннем рынке (ОЭСР, 2016 год). Со временем это, как ожидается, заложит основу траектории более устойчивого и диверсифицированного развития экономики Казахстана и повысит устойчивость страны к внешним потрясениям (Всемирный Банк, 2015 год).

Многие люди все ещё заняты в неформальном секторе

Основные показатели рынка труда в Казахстане, на первый взгляд, выглядят исключительно благоприятными по сравнению со странами-членами ОЭСР. Уровень занятости намного выше, чем в странах-членах ОЭСР (68% против 55,6% в 2014 году), а уровень безработицы и экономически неактивного населения в Казахстане значительно ниже (5,2% против 7,9% и 29,3% против 40% соответственно в 2014 году) (Диаграмма 4). В отличие от того, что наблюдалось в большинстве стран-членов ОЭСР, глобальный финансовый кризис и экономический спад не оказали значительного негативного влияния на результаты рынка труда в Казахстане: уровень безработицы на самом деле значительно снизился с 2007 года; показатели же занятости и экономически неактивного населения также несколько улучшились за тот же период.

Диаграмма 1.4. Основные показатели рынка труда, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2007-2014 гг.



Источники: База статистических данных ОЭСР по трудовым ресурсам; Министерство национальной экономики Республики Казахстан, Комитет по статистике (2015 год).

Хотя по стандартам ОЭСР уровень занятости в стране высок, многие заняты в неформальном секторе, а также на низкоквалифицированных работах . В 2013 году неформальная занятость в Казахстане затронула 24,3% работников, несмотря на более раннее снижение её распространенности (ОЭСР, 2016 год). Неформальная занятость включает незадекларированных работников, а также неформальных самостоятельно занятых работников. Уровень неформальной занятости заметно варьируется в разных регионах: от 44% в Жамбылской области до 5% в Астане, что, по крайней мере, частично отражает различные уровни развития и экономической активности. Отсутствие охвата системами социального обеспечения или защиты, предусмотренных трудовыми договорами (такими как гигиена труда и техника безопасности, охрана занятости или минимальная заработная плата), приводит к небезопасным и плохим условиям труда. Самым главным является тот факт, что почти четверть работающего населения занята в неформальном секторе, что может оказаться серьезной проблемой в контексте внедрения системы социального медицинского страхования (СМС), финансируемой за счёт отчислений из фонда оплаты труда.

Казахстан как все еще молодое государство, переживает демографический переход

С населением в 17,8 млн. человек Казахстан является одной из наименее густонаселённых стран мира – 6,4 человека / кв. км по сравнению с некоторыми из наиболее густонаселённых стран-членов ОЭСР: Нидерландами – 503 человека / кв. км, Великобританией – 269 человек / кв. км, Германией – 234 человека / кв. км (ОЭСР, 2016 год, Всемирный банк, 2016 год).

Казахстан – относительно молодая страна, чей демографический профиль резко изменился в переходные годы. С 1960-х годов прирост населения выказал тенденцию к устойчивому –замедлению, сменившемуся значительным ускорением нисходящего тренда в 1989 году. В десятилетие между 1992 и 2002 годами прирост населения достиг отрицательных значений, но с 2003 года он непрерывно восстанавливается. В 2015 году ежегодный прирост населения достиг 1,5 %, который вернулся к уровням середины 1970-х годов (Всемирный Банк, 2016 год).

Доля населения в возрасте 65 лет и старше – стандартный инструмент измерения демографических перспектив в странах-членах ОЭСР – в Казахстане остаётся низкой. В 2015 году она составляла около 7% населения (16% в странах-членах ОЭСР), но по регионам варьировалась от 4% до 11%. Этот показатель растёт в Казахстане относительно медленными темпами: с 5% в 1965 году до его нынешнего уровня (Всемирный Банк, 2016 год, Комитет по статистике, Казахстан, 2016 год). За тот же период данный показатель в странах-членах ОЭСР увеличился в среднем с 9% до 16%, в странах Центральной Европы и Балтии – с 8% до 17%, в Украине – с 8% до 15% и с 7% до 13% в России (Всемирный Банк, 2016 год).

С 2010 года значение показателя иждивенцев по возрасту растёт. Коэффициент возрастной зависимости – это количество лиц моложе 15 лет и старше 64 лет в процентном отношении к численности населения трудоспособного возраста (в возрасте 15-64 лет). В 2015 году он достиг 50,2% (по сравнению с 45% в 2010 году), что лишь немного ниже аналогичного показателя в 28 странах ЕС (28 государствах-членах Европейского Союза), а средний показатель по ОЭСР составляет 53%. Он также выше, чем в соседних странах, а также в некоторых странах Центральной и

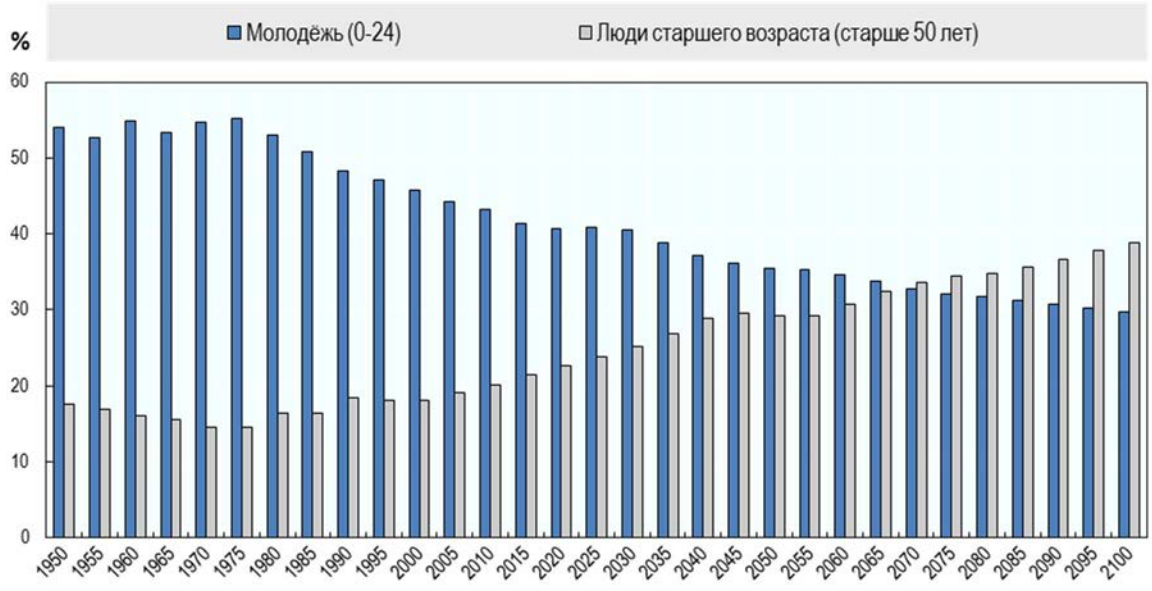
Восточной Европы – 44% в Польше, 41% в Словацкой Республике, 43% в России и Украине (Всемирный Банк, 2016 год).

Этот показатель в Казахстане обусловлен относительно низким значением соотношения пожилых иждивенцев – людей старше 64 лет – к населению трудоспособного возраста. Этот показатель -процентное соотношение между пожилыми иждивенцами и трудоспособным населением и с 1960 года оставался на уровне 10-11%. За тот же период в странах-членах ОЭСР его значение выросло с 14% до 25% (Всемирный Банк, 2016 год). В целом, менее 7% населения Казахстана - это люди 65 лет и старше, что намного ниже среднего показателя по ОЭСР, который составляет 16%.

На самом деле, процесс старение населения в Казахстане не начнётся в течение некоторого времени. Нынешний рост доли иждивенцев в значительной степени является результатом отрицательного прироста численности населения в период с 1992 по 2002 год, поскольку сегодня на рынок труда начало выходить поколение родившихся в этот период(ОЭСР, 2016 год). Фактически с возобновлением тенденции к росту населения доля иждивенцев снизится к 2020 г. 2020 году, а затем начнется ее незначительный рост до тех пор, пока последствия этого процесса, наконец, не начнут ощущаться примерно с 2050 года (Диаграмма 1.5) (ОЭСР, 2016 год).

Диаграмма 1.5. Население: молодёжь и люди старшего возраста (в процентах от общей численности населения)

Казахстан, 1950-2100 гг.



Примечание: Предположение о средней рождаемости: предполагается, что общая рождаемость составляет 1,85 ребёнка на одну женщину.

Источник: расчёты ОЭСР, основанные на информации отдела народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединённых Наций.

В целом, в среднесрочном плане, демографические изменения и старение населения, как ожидается, будут оказывать меньшее воздействие на расходы на здравоохранение по сравнению с эффектом от экономического роста и роста доходов.

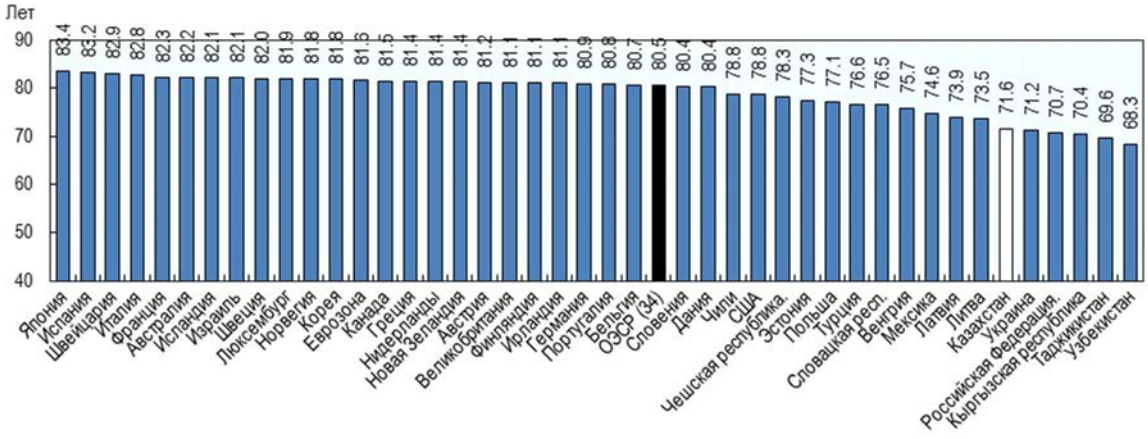
1.2. Состояние здоровья населения в Казахстане

Ожидаемая продолжительность жизни в Казахстане остаётся значительно ниже, чем в странах-членах ОЭСР. Относительная важность различных заболеваний быстро меняется, но региональные неравенства очень высоки по всем направлениям.

Ожидаемая продолжительность жизни в Казахстане остаётся значительно ниже, чем в странах-членах ОЭСР

В значительной степени относительно молодой демографический профиль Казахстана отражает гораздо более короткую продолжительность жизни при рождении по сравнению со странами-членами ОЭСР. В 2015 году средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении оценивалась в 71,95 лет (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2016), что сопоставимо с показателями ожидаемой продолжительности жизни в соседних странах (Кыргызской Республике, Таджикистане и Узбекистане), России и Украине[2]. Однако она значительно ниже средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении в странах-членах ОЭСР (80,5 лет), особенно в странах зоны Евро (81,6 года). Она отстаёт от средней ожидаемой продолжительности жизни в странах Балтии (Эстония – 77,4 лет, Латвия – 74,5 года и Литва – 74,7 года), а также странах Центральной Европы (Чехия – 77,3 лет, Польша – 77,1 лет, Словакия – 76,5 лет и Венгрия – 75,7 лет) (Диаграмма 1.6). Предварительные данные свидетельствуют о том, что средний уровень ожидаемой продолжительности жизни в Казахстане в 2016 г. достиг 72,4 лет.

Диаграмма 1.6. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении – Казахстан, страны-члены ОЭСР и отдельные страны, 2015 год (или ближайший к нему).

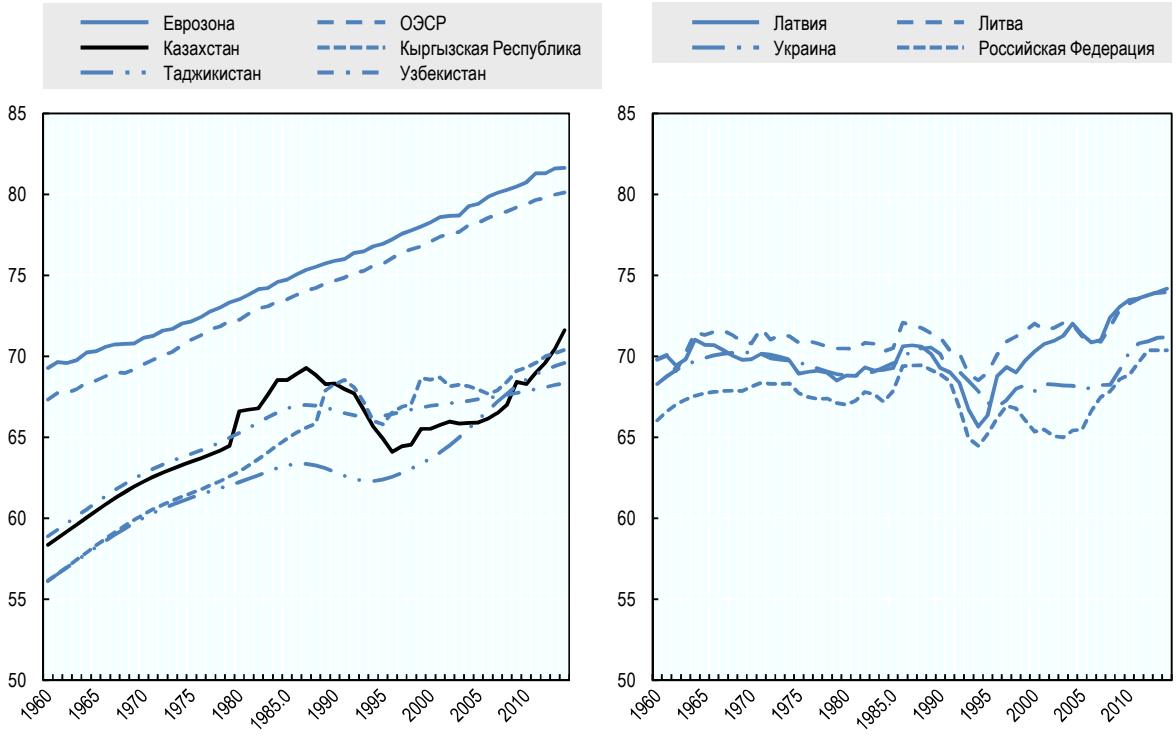


Источники: Статистические данные ОЭСР по состоянию здоровья (2016 год), http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en ; Отдел народонаселения Организации Объединённых Наций. Перспективы мирового населения (2016 год); Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстан (2016 год).

За последние 30 лет в целом прирост дополнительной средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении в Казахстане составлял всего два с половиной года по сравнению с более чем семью годами в странах-членах ОЭСР и с более чем в среднем восемью годами в странах зоны Евро. Однако в период с 1960-х до середины 1980-х годов ожидаемая продолжительность жизни в Казахстане росла более высокими темпами, чем в развитых странах. К середине 1980-х годов разрыв между Казахстаном и странами-членами ОЭСР сократился почти до пяти лет, что стало гораздо более значительным достижением по сравнению со странами с аналогичным уровнем экономического развития.

Тем не менее, за десятилетие между 1985 и 1995 годами – в период распада Советского Союза – в Казахстане наблюдалось значительное сокращение продолжительности жизни (Диаграмма 1.7). Подобно многим другим постсоветским странам, включая Прибалтику, Украину или Россию, в Казахстане наблюдался значительный рост смертности населения. На протяжении более десяти лет вместо того, чтобы догонять западные страны, эти страны отставали, несмотря тенденцию к сближению показателей национального дохода. В результате разрыв в продолжительности жизни со странами-членами ОЭСР увеличился в несколько раз, и в Казахстане был зафиксирован один из самых резких спадов в продолжительности жизни населения (Диаграмма 1.7). Ожидаемая продолжительность жизни в Казахстане начала восстанавливаться только после 1995 года, и прогресс в последние несколько лет был очень быстрым: с 2010 года по 2015 год средняя продолжительность жизни увеличилась почти на 3,5 года. Тем не менее, остаются значительные возможности для улучшения показателей продолжительности жизни и других показателей здоровья населения Казахстана.

Диаграмма 1.7. Тенденции ожидаемой продолжительности жизни при рождении, отдельные страны – 1960-2014 гг.



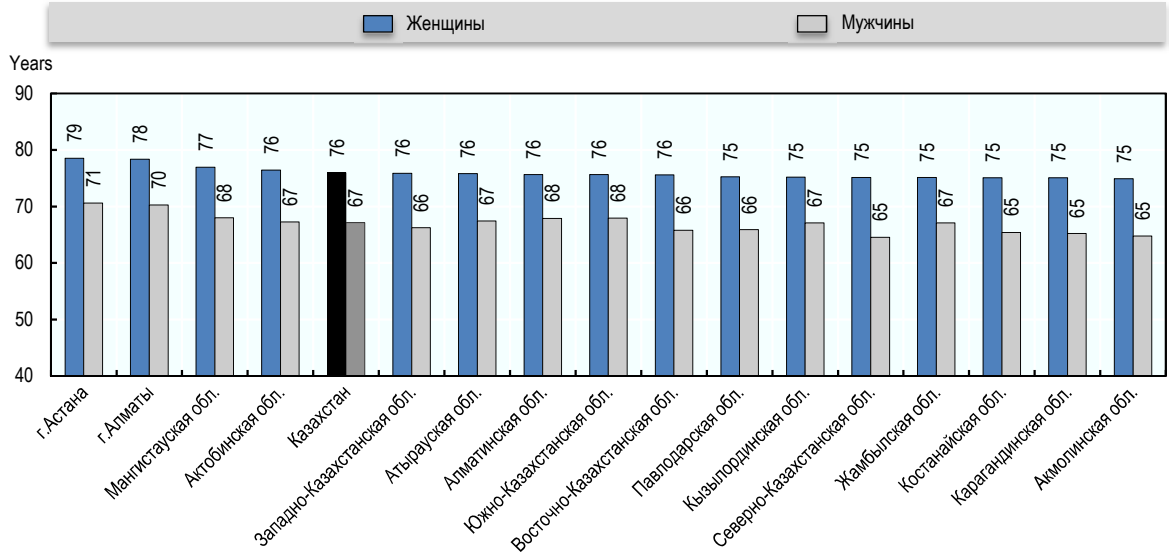
Источник: Отдел народонаселения Организации Объединённых Наций. Перспективы мирового населения (2016 год); Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстан (2015 год).

В Казахстане также зафиксирован один из самых больших гендерных разрывов в ожидаемой продолжительности жизни при рождении. В среднем женщины Казахстана проживают 76,4 лет, что на девять лет больше по сравнению с мужчинами, которые проживают 67,4 лет (Всемирный Банк, 2016 год, Министерство здравоохранения и развития Казахстана, 2016 год), что почти в два раза выше соответствующего показателя в странах-членах ОЭСР. Средние показатели по странам-членам ОЭСР указывают, что женщины проживают 83,1 года, что на 5,3 лет больше, чем мужчины, которые проживают 77,8 лет (ОЭСР, 2015 год).. Однако есть несколько стран-членов ОЭСР, где показатель гендерного разрыва намного больше,- в частности, в Эстонии (подобно Казахстану, около 9 лет), Польше (около 8 лет), Словацкой Республике и Венгрии (около 7 лет).

За последние 25 лет во многих странах-членах ОЭСР гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни существенно сократился. Это можно объяснить, по крайней мере, частично, сокращением вредных привычек,- таких, как курение и употребление алкоголя, в сочетании с резким снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин (ОЭСР, 2015 год). Казахстану ещё только предстоит присоединиться к так называемой «сердечнососудистой революции», которая произошла в странах-членах ОЭСР за последние три десятилетия.

Продолжительность жизни также разнится в межрегиональном разрезе. В регионах с самыми крупными городами и городами Алматы и Астана население, как правило, живёт дольше, чем в других регионах страны. Разница в показателях ожидаемой продолжительности жизни между регионами выше для мужчин (шесть лет), чем для женщин (четыре года) (Диаграмма 1.8). В среднем ожидаемая продолжительность жизни для городского населения лишь на считанные месяцы выше, чем для населения в сельских районах (71,72 год для городского населения и 71,47 год для населения в сельских районах), но в некоторых регионах она составляет от двух до более чем трёх лет (Алматинская, Мангистауская, Павлодарская и Жамбылская области). Мужчины живут в среднем дольше в сельской местности, а не в городе, а женщины в среднем живут дольше при проживании в городах. Тенденция для мужчин, по-видимому, объясняется более низкой смертностью из-за внешних причин, например, меньшим числом дорожно-транспортных происшествий в сельских районах. Тенденция же для женщин может быть отражением более низкого качества акушерско-гинекологической помощи в сельских районах по сравнению с городскими районами (более подробно это обсуждается ниже).

Диаграмма 1.8. Региональные различия в ожидаемой продолжительности жизни женщин и мужчин при рождении в Казахстане, 2014 год



Источник: Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстан (2015 год).

Данные о причинах смерти указывают на очень неравномерный прогресс в разных группах заболеваний и регионах

Среди факторов, непосредственно подлежащим предоставлению услуг сферы здравоохранения, заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем являются причиной бóльшей части статистики случаев повышенной смертности

Для сравнения причин смерти в разных странах требуется использование унифицированных показателей смертности (УПС)[3]. В данном разделе, где за основу

взяты УПС для европейского региона, исследуются причины различия в ожидаемой продолжительности жизни между Казахстаном и другими странами, с целью более глубокого понимания состояния здоровья населения. Данные, имеющиеся на международном уровне, позволяют проводить сопоставления со странами со схожей историей развития экономики и системы здравоохранения – странами Содружества Независимых Государств (СНГ) – а также некоторыми состоящими в ОЭСР странами - Южной и Западной Европы (ЕС15 – члены Европейского союза до его расширения в 2004 году). В Таблице 1.1 представлены унифицированные показатели по ключевым причинам смертности в этих группах стран.

В последней колонке в Таблице представлены предварительные данные по уровню смертности в Казахстане, на основании которых рассчитывались унифицированные значения этого показателя, которые, однако, не представляется возможным напрямую сопоставить с аналогичными данными по другим странам

Как и в странах ЕС15 и СНГ, самый высокий уровень смертности в Казахстане связан с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (сердечно-сосудистыми заболеваниями, ССЗ). Однако в то время как в Казахстане этот показатель (на 100 тысяч населения) на 54% выше, чем в ЕС15 (Таблица 1.1), он, тем не менее, составляет менее половины от соответствующих его значений, зафиксированных в странах СНГ. В частности, особо выделяется показатель смертности от церебральноваскулярных заболеваний (инсульта) в Казахстане – он почти в три раза выше, чем в странах ЕС-15.

Таблица 1.1. Унифицированные показатели смертности по основным причинам смертности в Казахстане и отдельных странах, 2015 год (или ближайший к нему год)

СПС на 100 тысяч населения	Казахстан	СНГ	ЕС15	Общий коэффициент смертности в Казахстане
Все причины	1041,8	1078,4	514,3	746,9
Заболевания сердечнососудистой системы:	281,4	602,2	153,3	193,8
- ишемическая болезнь сердца	*105,1*	*323,71*	*54,91*	*71,7*
- цереброваскулярное заболевание (инсульт)	*107,4*	*158,6*	*33,8*	*71,8*
Заболевания дыхательной системы:	157,5	47,8	41,3	105,0
- хроническое обструктивное заболевание лёгких и иные хронические респираторные заболевания	*117,7*	*22,3*	*18,6*	-
Раковые заболевания (злокачественные новообразования)	125,3	146,9	152,7	92,0
Заболевания пищеварительной системы:	100,1	56,9	23,9	74,3
- заболевания печени, вызванные употреблением алкоголя (цирроз)	*66,9*	-	*9,0*	-
Инфекционные и паразитарные заболевания:	9,2	19,3	9,21	8,6
- туберкулёз	*4,4*	*11,0*	*0,3*	*4,1*
Внешние причины	88,5	96,3	29,4	82,5
Неопределённые причины	59,0	49,2	21,4	
Психические расстройства и заболевания нервной системы	112,0	21,0	41,0	
Заболевания мочеполовой системы	41,2	10,5	9,17	

Примечание: В последней колонке представлены общие показатели смертности (ОПС) для Казахстана, на основе которых ВОЗ рассчитала стандартизованные коэффициенты смертности (УПС) в столбце 1. Общие показатели

смертности несопоставимы между странами, в то время как УПС обусловлены тем, что в них учитываются различия в возрастной структуре населения.

Источники: Европейская база данных о смертности ВОЗ, 2016 год; Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2016.

В Казахстане один из самых высоких показателей смертности от болезней дыхательной системы в регионе. Примечательно, что показатели смертности от хронических заболеваний нижней части дыхательного тракта,- таких, как хроническое обструктивное заболевание лёгких (ХОЗЛ), более чем в шесть раз выше, чем в странах ЕС15, и более чем в пять раз выше, чем в среднем по странам СНГ. Действительно, среди всех причин смертности показатель смертности от заболеваний дыхательной системы является вторым по величине в Казахстане. Это даже выше, чем смертность от рака - главной причины смертности в ЕС15, наравне с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Уровень смертности от рака в Казахстане на самом деле несколько ниже, чем в странах ЕС15, а также в среднем по СНГ, но рак, тем не менее, остается сегодня третьей по распространенности причиной смертности в Казахстане (см. Диаграмму 1.9 далее по тексту).

Уровень смертности от болезней пищеварительной системы в Казахстане также крайне высок по сравнению с соответствующими показателями смертности как в ЕС15, так и в СНГ. В частности, вызванные употреблением алкоголя случаи смертности от заболеваний печени более чем в семь раз превышают аналогичный показатель в странах ЕС15. Данные о среднем уровне показателя смертности от связанных с употреблением алкоголя заболеваний печени, по странам СНГ отсутствуют. В Казахстане наблюдается относительно низкий уровень смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний, который близок показателям ЕС15, и менее чем наполовину меньше соответствующего показателя по странам СНГ.В месте с тем важное исключение представляет собой туберкулёз , показатель смертности от которого почти в 15 раз превышает показатели по странам ЕС.

Что до причин, которые не подлежат непосредственному медицинскому лечению, уровень смертности от внешних причин в Казахстане составляет особо значительную их часть, троекратно превышая соответствующий показатель в группе ЕС-15, но оставаясь на одном уровне со странами СНГ. Распространённость заболеваний мочеполовой системы и нервной системы также остается высокой по сравнению с соответствующим средним значением по региону в целом (Таблица 1.1 и более подробный анализ во Вставке 1.2).

Более подробный анализ повышенной смертности по возрасту в Казахстане показывает следующее (Вставка 1.2):

- Значительная часть разрыва в ожидаемой продолжительности жизни объясняется более высокой смертностью среди молодых казахстанцев в возрасте от 15 до 29 лет. В этой возрастной группе общие показатели уровня смертности в Казахстане более чем в три раза выше, чем в странах ЕС15. Основным источником повышенной смертности в данном случае являются внешние причины, в том числе несчастные случаи и самоубийства (которые также в наибольшей степени способствуют повышенной смертности среди казахстанских детей в возрасте до 15 лет и взрослых 30-44 лет).
- В Казахстане смертность от сердечно-сосудистых заболеваний встречается в более раннем возрасте, чем в ЕС15, и является единственной основной

причиной повышенной смертности в возрастных группах от 54 - 60 и 60 - 74 лет.

- Заболевания дыхательной системы способствуют повышению смертности в Казахстане во всех возрастных группах.

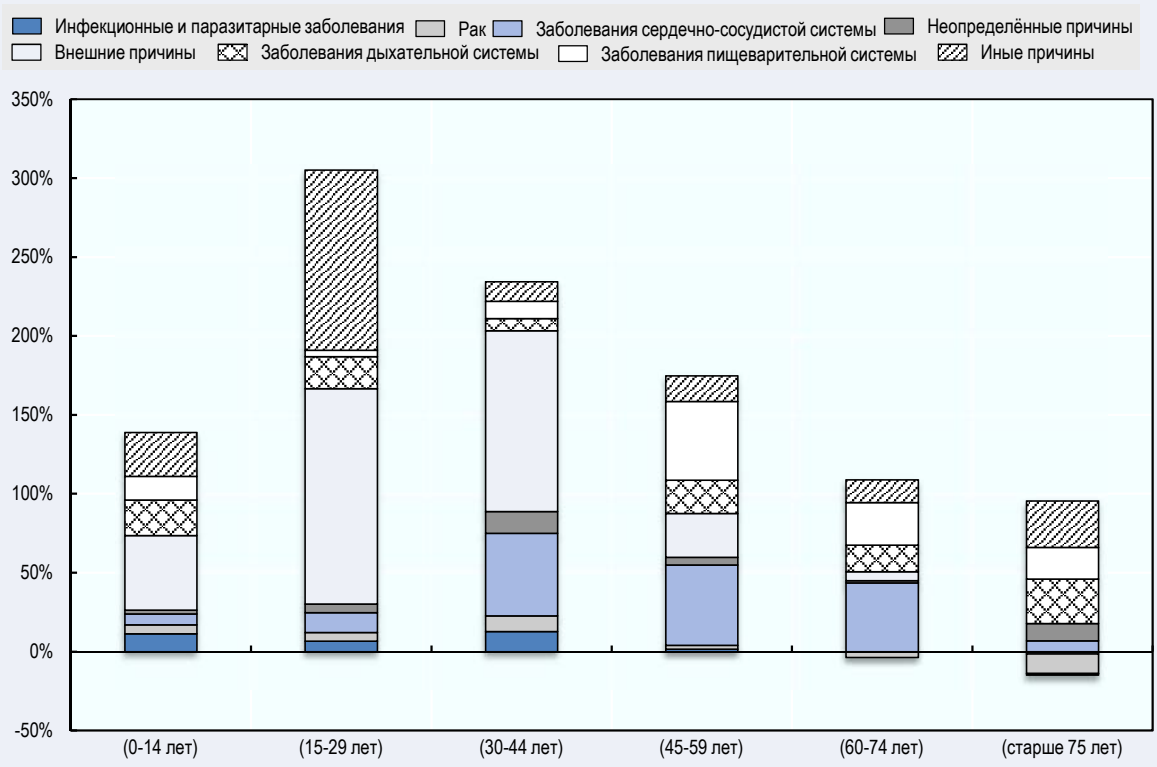
Тенденции в отношении Казахстана следует интерпретировать с осторожностью (см. Вставку 1.2), но они подразумевают очень быстрые изменения в последние несколько лет при подавляющем преобладании неинфекционных заболеваний. Диаграмма 9 отражает общее число смертей и их основных причин в разные моменты последнего десятилетия. Во-первых, общее число смертей за этот период уменьшалось (что отражается на увеличении продолжительности жизни). Сердечно-сосудистые заболевания, респираторные заболевания и раковые заболевания являются тремя главными причинами смертности в Казахстане, на которые пришлось более половины смертей в 2015 году. Хотя число смертей в 2015 году было на 10% ниже, чем в 2010 году, в целом от заболеваний пищеварительной системы умерло на 66% больше людей. Кроме того, число людей, умерших от заболеваний мочеполовой системы, увеличилось почти в четыре раза. За эти два года от заболеваний нервной системы умерло в шесть раз больше людей. С точки зрения общественного здравоохранения было бы важно лучше понять, что стоит за этими тенденциями.

Вставка 1.1. Избыточная смертность по возрасту в Казахстане по сравнению со смертностью в ЕС15.

Учитывая всё население Казахстана, самая высокая повышенная смертность наблюдается в группе молодых людей - в возрасте от 15 до 29 лет (см. Диаграмму далее по тексту). При сравнении со странами ЕС-15 в этой возрастной группе ведущей причиной смерти являются внешние причины :они составляют почти половину от общего значения показателя повышенной смертности. В Диаграмме ниже по тексту на втором месте оказываются «Иные причины», которые также вносят высокий вклад в уровень избыточной смертности. Эта категория объединяет большое количество условий, которые по отдельности вносят незначительный вклад в уровень повышенной смертности. Для упрощения они были объединены в одну категорию и детально не рассматриваются.

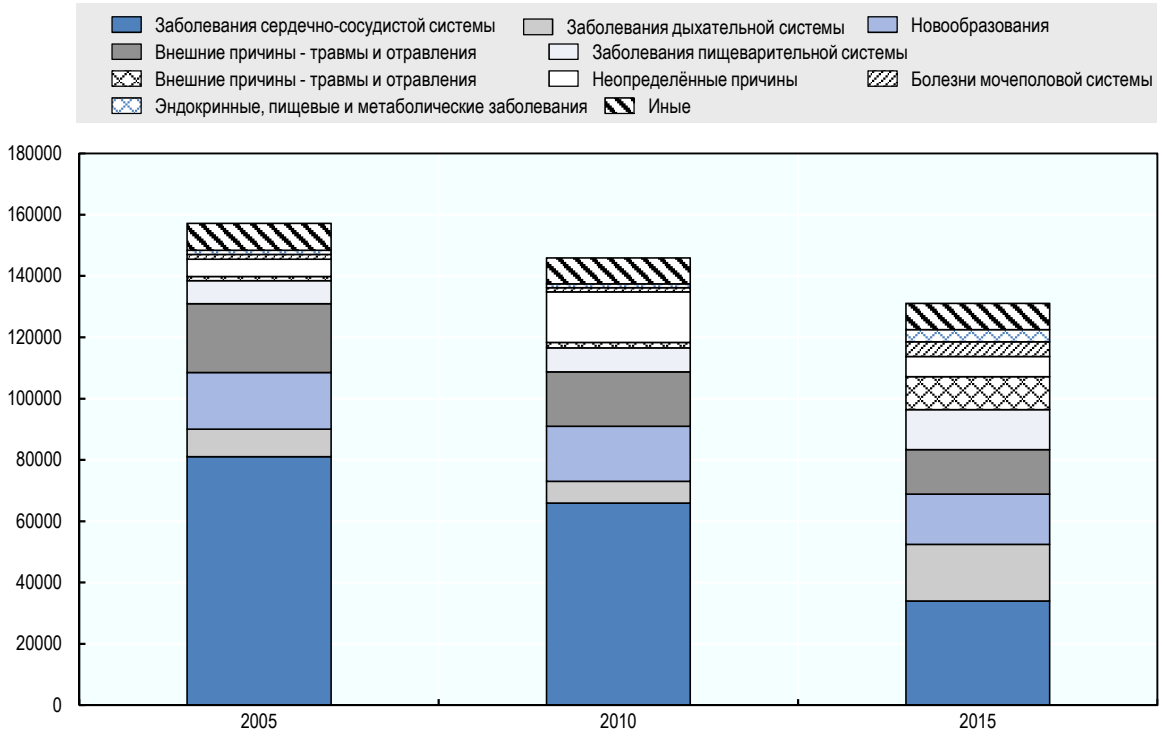
Среди населения старше 30 лет основной причиной смертности являются заболевания сердечнососудистой системы, которые непосредственно требуют медицинского вмешательства. В то время как для возрастной группы 30-44 лет смертность от внешних причин по-прежнему составляет бóльшую часть случаев повышенной смертности, второй основной причиной являются заболевания системы кровообращения , опережая этом качестве любые иные факторы повышенной смертности (см. Диаграмму ниже). Значимость смертности от заболеваний системы кровообращения становится ещё более заметной у пожилых людей. В возрастных группах от 45-59 лет до 60-74 лет заболевания сердечно-сосудистой системы являются единственной основной причиной смерти и наблюдаются . в более 40% случаев повышенной смертности среди населения Казахстана в возрасте от 60 лет до 74 лет и почти треть от общей числа смертей в возрастной группе от 45 лет до 59 лет. Влияние болезней системы кровообращения снижается среди самой старшей группы населения в возрасте от 75 лет, при этом основной причиной смерти в этой возрастной группе являются заболевания дыхательной системы . Таким образом, заболевания дыхательной системы вносят самый значительный вклад в общий объем случаев повышенной смертности населения Казахстана во всех возрастных группах.

Избыточная смертность в Казахстане по сравнению с ЕС15 по возрастным группам и основным причинам смертности



Источник: Данные ОЭСР, рассчитанные на основании Европейской базы данных о смертности ВОЗ, 2016 год.

Диаграмма 1.9. Общее количество смертей и разбивка по основным причинам смертности в Казахстане, 2005-2015 гг.



Источник: Европейская база данных о смертности, ВОЗ, 2016 год.

Вставка 1.2. Плохо поддающиеся определению причины смертности и иные вопросы классификации случаев смертности: заслуживают ли тенденции доверия?

В последнее десятилетие классификация причин смертности в Казахстане определенно эволюционировала, что означает, в частности, что тенденции следует интерпретировать с осторожностью. Скачкообразные изменения в тенденциях касаются следующих причин смертности:

Унифицированные показатели смертности (УПС), которые классифицированы в качестве неопределённых, выросли более чем в четыре раза в период с 2006 года по 2012 год и достигли 324. В 2013 они сократились до 85.

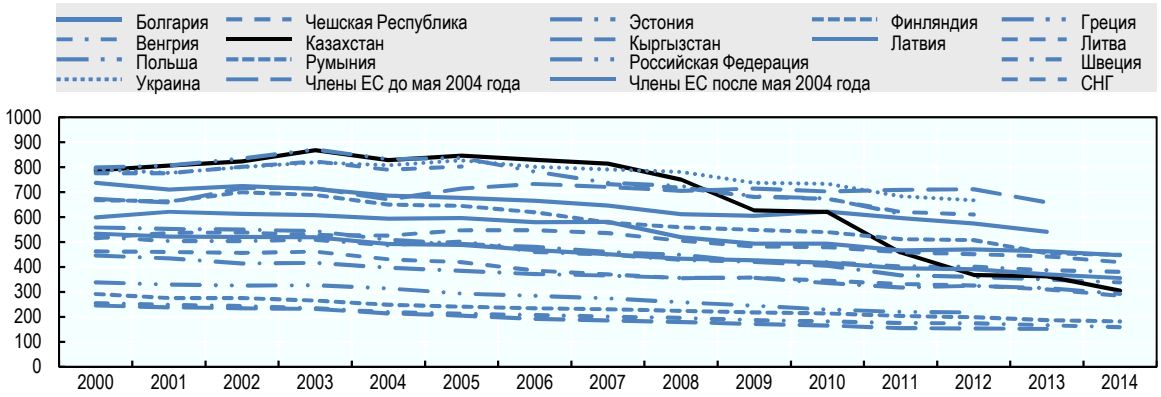
Между 2012 и 2013 годами должно было произойти изменение в методологии классификации. На самом деле, количество заболеваний мочеполовой системы и нервной системы внезапно увеличилось, и в последние три года СПС выросли в три раза, достигнув невиданных ранее в регионе уровней (см. Таблицу 1).

В целом, массовое и необычно быстрое снижение уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, которое началось в 2007 году, совпадало до 2012 года с очень быстрым увеличением неопределённых причин смертности аналогичного масштаба, а после переклассификации неопределённых причин в 2013 году в настоящее время оно происходит одновременно с быстрым увеличением до удивительных уровней СПС от заболеваний мочеполовой системы и нервной системы.

Все это вызывает вопросы относительно доли снижения СПС, которые могут соответствовать изменениям в методологии определения основной причины смертности в Казахстане.

Снижение УПС в части сердечнососудистых заболеваний было как существенным, так и беспрецедентным. Диаграмма 1.10 отражает показатели тенденций в части смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за последние 15 лет во многих странах, отобранных для иллюстрации различных моделей, наблюдаемых в европейском регионе. Учитывая, что такой стремительный прогресс по данной проблеме не наблюдался ни в одной другой стране,., было бы важно попытаться понять драйверы этого явления и удостовериться, что наблюдаемая тенденция не является результатом изменений в методиках отчётности, поскольку, как представляется, она не сопровождается каким-либо значительным снижением уровня доминирования факторов риска или реальными или целевыми показателями совершенствования уровня предоставления соответствующих услуг.

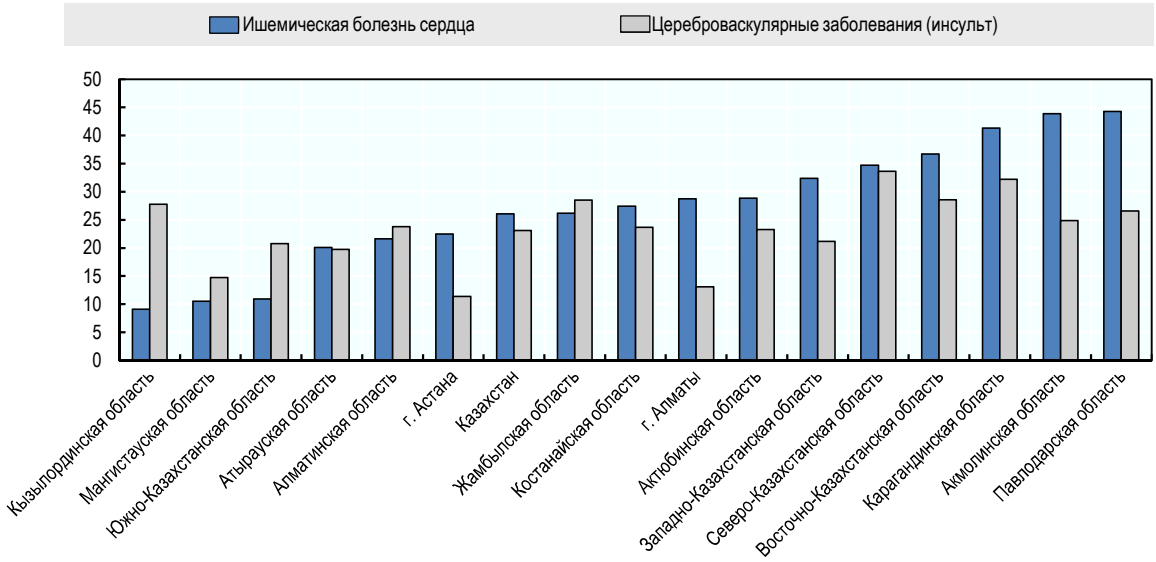
Диаграмма 1.10. Тенденции в показателях смертности от сердечнососудистых заболеваний (ССЗ), Казахстан и некоторые страны, 2000–2014 гг.



Источник: Европейская база данных о смертности, ВОЗ, 2016 год.

Несмотря на наблюдаемый прогресс, в Казахстане наблюдается значительное межрегиональное неравенство и многое предстоит сделать для снижения уровня избыточной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Самые последние данные показывают, что прогресс в сокращении уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на национальном уровне вступает в противоречие с серьёзным неравенством между регионами в этом отношении (Диаграмма 1.11). Показатели преждевременной смертности (возрастная группа 0-64 года) от ишемической болезни сердца варьируются почти в пять раз между регионом с наименьшим уровнем смертности – Кызылордынской областью – и регионом с гораздо более высоким уровнем смертности в преимущественно сельской Павлодарской области. Аналогичным образом, преждевременные показатели смертности от цереброваскулярных заболеваний почти в три раза выше в преимущественно сельской Северо-Казахстанской области, чем в Астане, где зафиксирована самая низкая смертность в стране (Министерство здравоохранения и социального развития, 2016 год).

Диаграмма 1.11. Показатели преждевременной смертности (возрастная группа 0-64 года) от ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний (инсульта), на 100 000 жителей, по регионам



Источник: Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстан (2016 год).

Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и респираторных заболеваний распределены между мужчинами и женщинами неравномерно

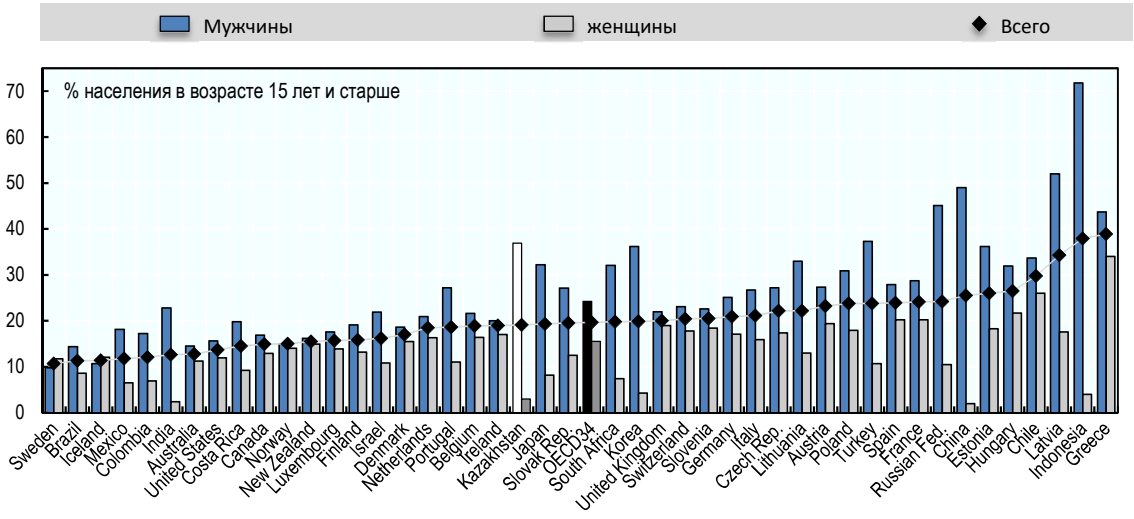
В Казахстане мог бы сделать гораздо больше в части профилактики заболеваний. В целом, тремя факторами риска, которые являются причиной наибольшего количества заболеваний в Казахстане, являются курение, употребление алкоголя и избыточный вес (Институт по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья, 2010 год). Действительно, недавнее исследование (Кулькаева и др., 2012 год) показало, что именно эти три фактора риска служат причиной возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в сельской части Казахстана, хотя уровень осведомленности населения об этих факторах риска остаётся очень низким. Кроме того, как уже говорилось в предыдущем разделе, в Казахстане наблюдаются относительно высокие показатели смертности от респираторных заболеваний, таких как хроническое обструктивное заболевание лёгких, а также заболеваний пищеварительной системы, - таких, как цирроз печени, для которых признанными факторами риска выступают, соответственно, курение и потребление алкоголя (ОЭСР, 2015 год).

В среднем показатели курения и употребления алкоголя в Казахстане ниже среднего показателя по ОЭСР, но они маскируют отсутствие следования правилам здорового образа жизни у мужчин (Диаграмма 1.12 и Диаграмма 1.13). Их отношение к своему здоровью заметно отличается от поведения женщин. Например, доля курильщиков среди мужского населения страны в возрасте 15 лет и старше составляет почти 37%, что намного превышает средний показатель по ОЭСР, равный24%. И на самом деле, только три страны-члена ОЭСР сообщают о более

высокой доле курильщиков среди мужчин в возрасте 15 лет и старше: Латвия - 52%, Греция - 43,7% и Турция - 37,3% (Диаграмма 1.12).

Схожая картина наблюдается в отношении потребления алкоголя. Официальные цифры по стране значительно ниже средних, но остаются по большей части неизменными, что контрастирует с общей тенденцией к снижению уровня потребления алкоголя в мире (Диаграмма 1.13). Однако другие данные заставляют предположить, что картина, на самом деле, более сложна. Во-первых, оценочный объем потребления алкоголя (включая незарегистрированное потребление) составляет куда большую величину – 10, 3 литра в год и почти равна среднему значению по странам ОЭСР (10,4) (Источник: Глобальная информационная система по вопросам алкоголя и здравоохранения). Вместе с тем, согласно тому же источнику, мужчины потребляют 15,7 литров алкоголя в год, что объясняет уровень смертности от связанных с употреблением алкоголя заболеваний печени. Несмотря на достаточно приличные средние показатели, ещё многое предстоит сделать для пропаганды здорового образа жизни среди мужчин в Казахстане.

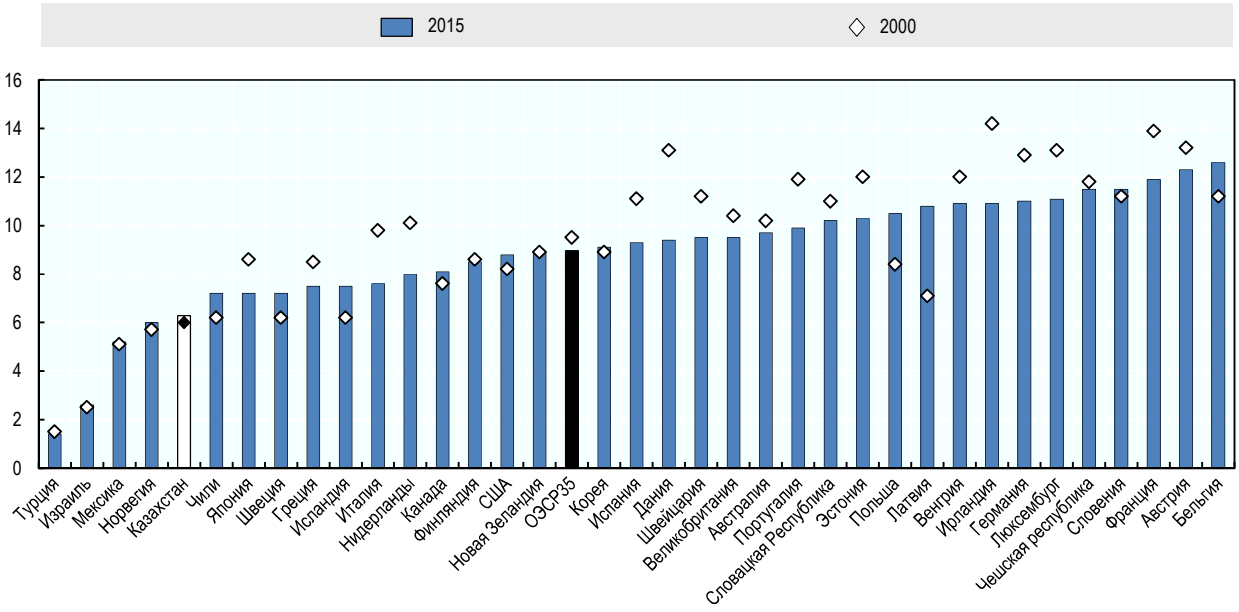
Диаграмма 1.12. Ежедневное потребление сигарет среди взрослого населения, 2014 год (или ближайший к нему год)



Примечание: Страны расположены в порядке возрастания показателей потребления сигарет для всего населения.

Источники: Статистические данные ОЭСР по состоянию здоровья, 2016 год, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en; Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии: страновой отчёт по Казахстану, 2015 год.

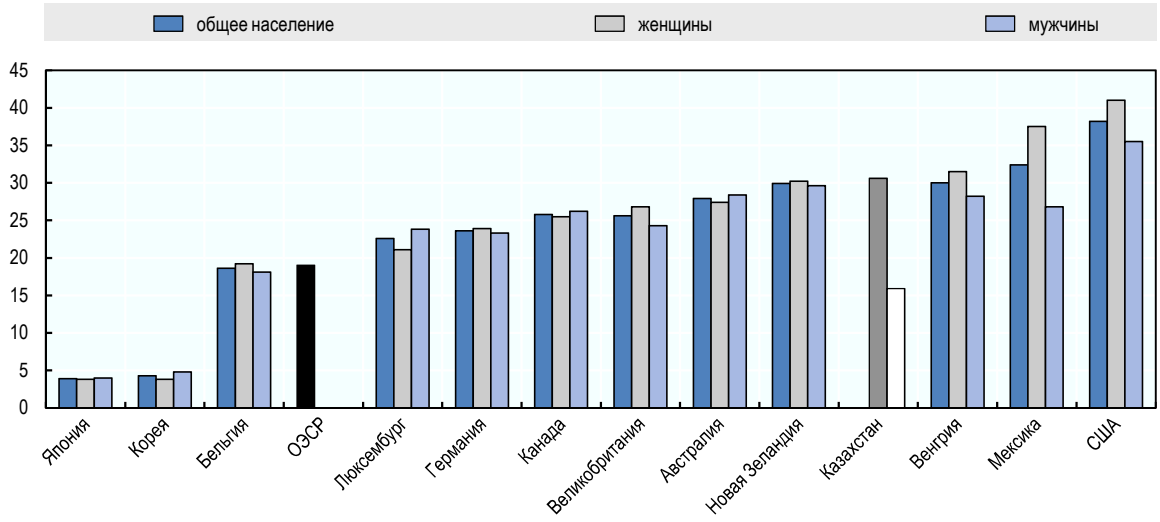
Диаграмма 1.13. Потребление алкоголя среди взрослого населения, 2014 год (или ближайший год)



Источники: Статистические данные ОЭСР по здравоохранению (2016 год) http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en ; Банк данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ (2016 год) (apps.who.int/ghodata).

Степень ожирения среди взрослых также относительно низкая по сравнению со многими странами-членами ОЭСР (Диаграмма 1.14), но опять-таки маскирует большие различия между полами. Женщины в Казахстане гораздо чаще страдают ожирением, чем мужчины. В 2012 году (последние имеющиеся данные) измеренные данные по ожирению показали, что более 30% женщин страдают ожирением по сравнению с 16%-ной распространённостью ожирения среди мужчин (Всемирная федерация ожирения, 2016 год). В этом смысле Казахстан оказывается на равных со странами-членами ОЭСР с наиболее высокими показателями в части ожирению населения. Распространённость ожирения различается в шесть раз по странам-членам ОЭСР: от 5% в Японии и Корее до более 32% в Мексике и США. Во всех странах-членах ОЭСР 19% взрослого населения страдают ожирением. В процентном отношении количество страдающих ожирением мужчин и женщин в большинстве стран примерно одно и то же, за исключением Чили, Мексики, Турции, Колумбии, Российской Федерации и Южной Африки, где процент страдающих ожирением женщин выше, чем мужчин, и Словении, где наблюдается противоположная картина (ОЭСР, 2015 год).

Диаграмма 1.14. Степень ожирения среди взрослого населения, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2013 год (или ближайший к нему год)



Источники: Статистические данные ОЭСР по здравоохранению (2016 год) http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en ; Всемирная федерация по вопросам ожирения (2012 год) http://www.worldobesity.org/resources/world-map-obesity/?map=overview-women#country=KAZ

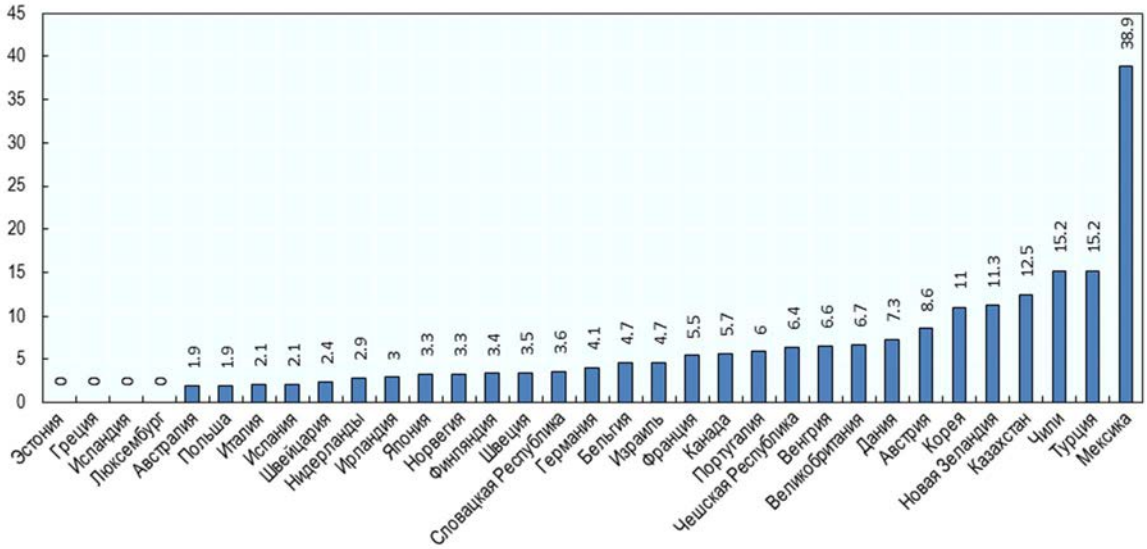
Как и страны-члены ОЭСР, Казахстану следует стремиться к принятию мер государственной политики по предотвращению и сокращению ожирения, в частности, среди женщин. Рост избыточного веса и ожирения является одной из основных проблем общественного здравоохранения в странах-членах ОЭСР (ОЭСР, 2015 год). Все большее число стран проводят политику, направленную на предотвращение дальнейшего распространения ожирения. Ряд мер, реализуемых в рамках соответствующей государственной политики включает, например, кампании по повышению информированности общественности, подготовку медицинских работников, ограничение рекламы или запрет на нездоровую пищу, налогообложение и ограничения на продажу определённых видов продуктов питания и напитков и маркировку пищевых продуктов. Некоторые из областей, в которых был обеспечен прогресс, – это информированные потребители, предлагающие варианты здорового питания, поощряющие физическую активность и сосредоточенные на уязвимых группах (Европейская комиссия, 2014 год).

Был обеспечен выдающийся прогресс в области охраны здоровья матери и ребёнка, но растёт неравенство между регионами

Казахстан добился значительных успехов в области охраны здоровья матери и ребёнка, хотя есть возможности и для дальнейшего совершенствования. За последние два десятилетия младенческая и материнская смертность значительно, что позволило Казахстану выполнить соответствующие Цели развития тысячелетия. Тем не менее, сегодня, когда значения этих показателей существенно превышают средний уровень по странам ОЭСР , их снижение остаётся ключевой задачей. Материнская смертность снизилась с 90 смертей на 100 000 живорождённых в 1990 году до 13 смертей в 2015 году (Диаграмма 1.15), тогда как младенческая смертность также сократилась с 45 смертей на 1000 живорождений до 9 смертей за тот же период (Диаграмма 1.16). Хотя в отдельных странах-членах ОЭСР уровень младенческой смертности ещё выше,

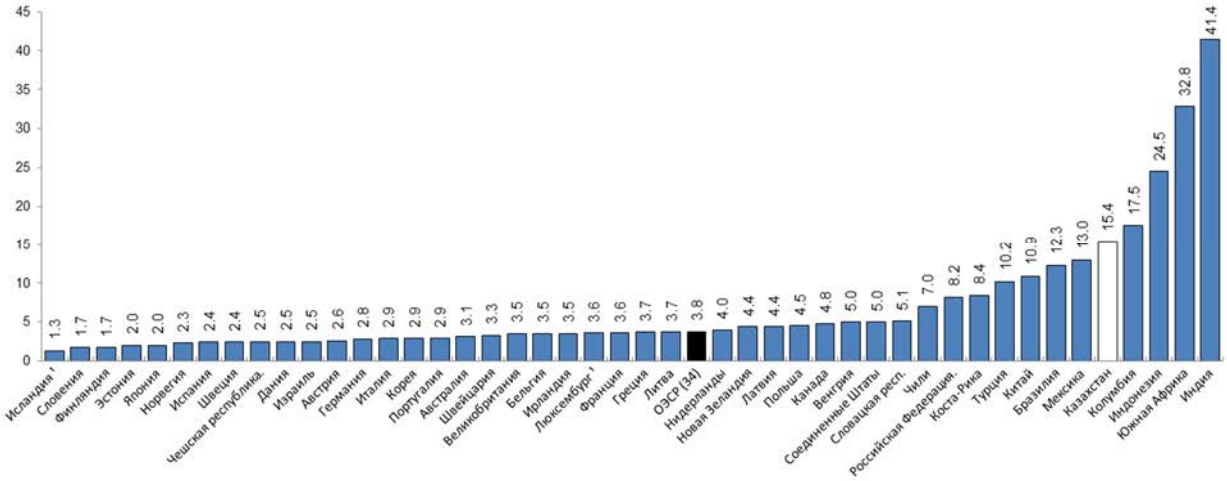
например, в Мексике он составляет 13,0 смертей на 1000 живорождений, а в Турции - 10,2 смертей на 1000 живорождений, большинство стран-членов ОЭСР, а также Российская Федерация лучше справляются с этой проблемой, чем в Казахстане. В частности, некоторым странам Центральной Европы и странам Балтии удалось снизить уровень младенческой смертности до уровня менее 2,5 смертей на 1000 живорождений (Диаграмма 1.16).

Диаграмма 1.15. Материнская смертность на 100 000 живорождений, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2015 год (или ближайший год)



Источники: Статистические данные ОЭСР здравоохранению (2016 год) http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en ; Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстан (2016 год).

Диаграмма 1.16. Младенческая смертность на 1000 живорождений, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2015 год (или ближайший год)

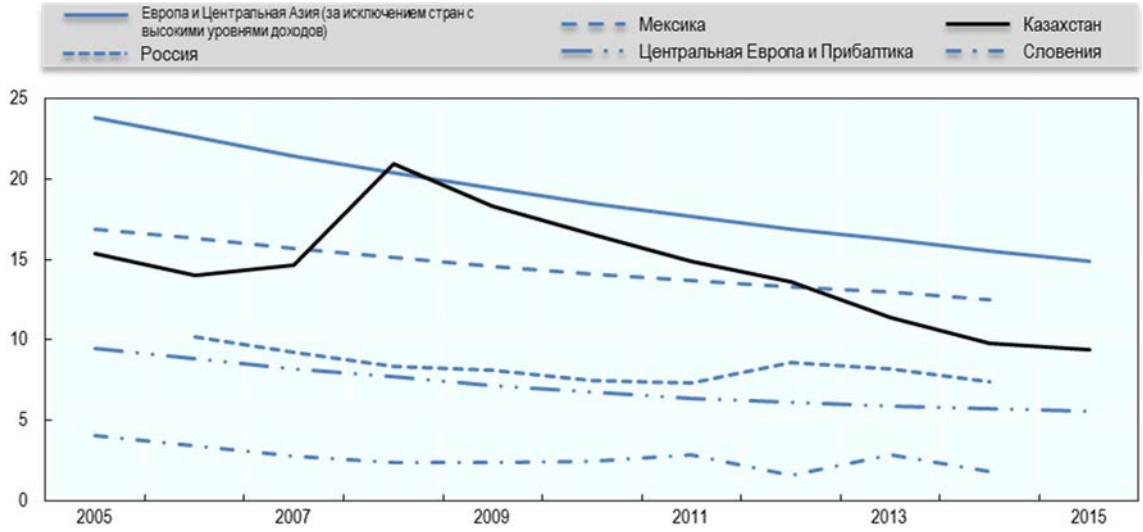


Примечания: 1. Средний показатель за три года (2011-2013 гг.). Данные для большинства стран основаны на минимальном пороге продолжительности беременности в 22 недели (или 500 граммов при рождении), чтобы исключить влияние различных методов регистрации крайне недоношенных детей в разных странах.

Источники: Статистические данные ОЭСР по состоянию здоровья (2016 год), http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en ; Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстан (2016 год).

За последнее десятилетие прогресс Казахстана в области снижения младенческой смертности заслуживает особого одобрения. После более продолжительного периода постоянного улучшения в Казахстане начался рост младенческой смертности, который завершился драматическим пиком на уровне почти 21 смерти на 1000 живорождений в 2008 году (Диаграмма 1.17). Хотя динамика этого процесса совпадает со вспышкой мирового финансового кризиса, но его причины не совсем понятны. Тем не менее, последующие темпы улучшения впечатляют, и, если они сохранятся, это может привести к тому, что к 2020 году показатели Казахстана по этому показателю приблизятся к среднему показателю для стран Центральной Европы и Балтии.

Диаграмма 1.17. Долгосрочная тенденция младенческой смертности на 1000 живорождений – Казахстан и отдельные страны, 2015 год (или ближайший к нему год)



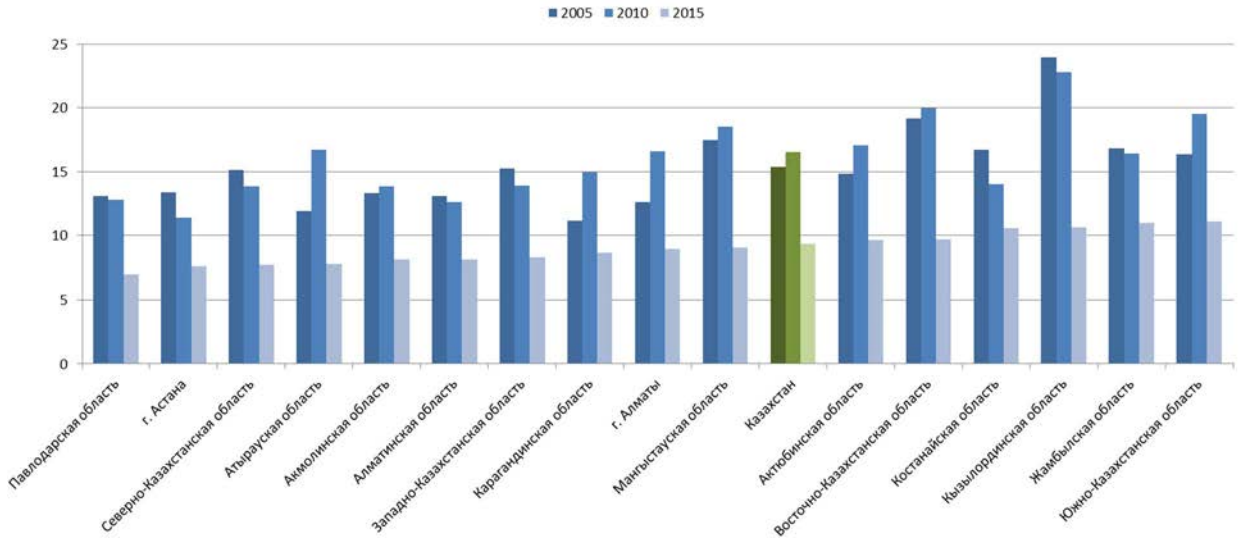
Примечание: Младенческая смертность измеряется как смертность детей в возрасте до одного года на 1000 живорождений (без минимального порога продолжительности беременности или веса при рождении).

Источники: Статистические данные ОЭСР по состоянию здоровья (2016 год) (Мексика, Словения, Россия); Показатели развития Всемирного Банка (2016 год) (Европа и Центральная Азия, Центральная Европа и Балтия); Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстан (2016 год).

Следует отметить, что предоставленные Казахстаном данные о показателях младенческой и материнской смертности маскируют заметные межрегиональные различия, а поразительные улучшения обнаруживаются наряду с гораздо менее успешными примерами. Региональные данные свидетельствуют о большом и сохраняющемся географическом неравенстве в отношении показателей здоровья младенцев и матерей. В 2005 году коэффициент младенческой смертности на 1000 живорождённых колебался более чем в два раза между регионом с самым высоким показателем – почти 24 смерти в Кызылординской области – и регионом с самым низким показателем – 11,2 смертей в Карагандинской области (Диаграмма 1.18). Как упоминалось выше, в период с 2008 года по 2010 год в Казахстане наблюдался рост детской смертности, который совпал с началом глобального финансового кризиса, но который также может быть искажением, порожденным необъявленным изменением методики отчётности. Данные за 2010 год показывают, что в половине

регионов младенческая смертность была выше, чем в 2005 году, причём наибольший прирост зафиксирован для Алматинской и Атырауской областей – 30% и 40% соответственно. Хотя показатели детской смертности заметно снизились во всех регионах, к 2015 году межрегиональное неравенство в части показателей здоровья младенцев сохранялось. В 2015 году в регионе с наименьшими показателями детской смертности - в Павлодарской области - было зарегистрировано 7 смертей на 1000 живорождений, а в Южно-Казахстанской области количество смертей на 1000 живорождений превысило 11.

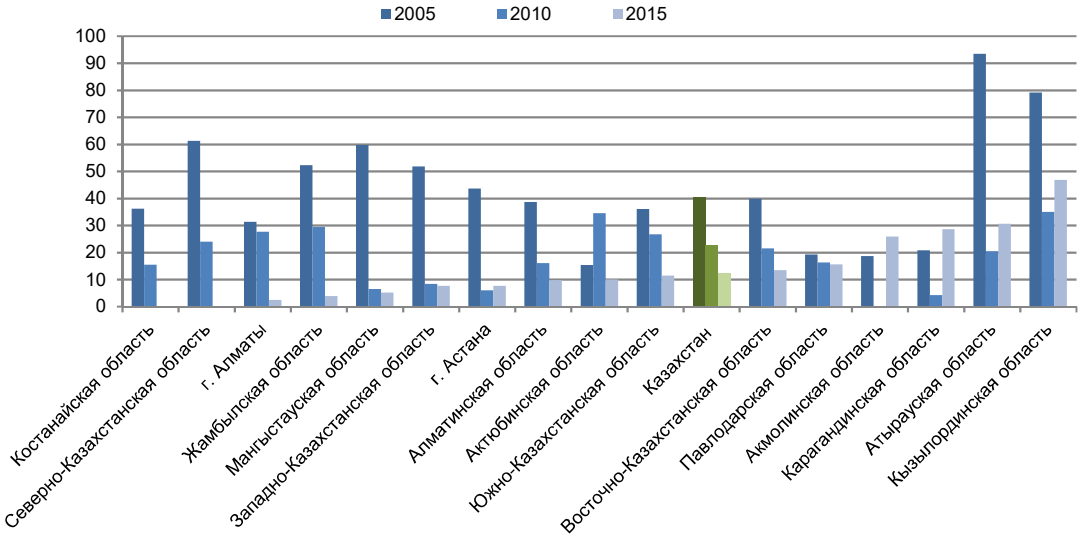
Диаграмма 1.18. Казахстан - региональные неравенства в показателях здоровья младенцев, младенческая смертность на 1000 живорождений, 2000-2015 гг.



Источник: Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстан (2016 год).

Материнская смертность существенно варьируется в региональном разрезе, что свидетельствует о тревожном региональном неравенстве (Диаграмма 1.19). Как и долгосрочная тенденция младенческой смертности, в период с 2005 года по 2010 год материнская смертность в большинстве регионов временно увеличивалась по не совсем понятным причинам. Тем не менее, наиболее важным фактом является то, что в некоторых регионах страны материнская смертность непрерывно растёт в течение последних десяти лет. В Акмолинской и Карагандинской областях с 2005 года материнская смертность возросла почти на 40%, а в Кызылординской области с 2010 года по 2015 год увеличилась более чем на 30%.

Диаграмма 1.19. Региональные неравенства в показателях материнского здоровья – материнская смертность на 100 000 живорождений, 2005-2015 гг.



Источник: Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстан (2016 год).

1.3. Описание системы здравоохранения

По международным стандартам инвестиции Казахстана в здравоохранение в целом остаются весьма скромными. Тем не менее, в последнее десятилетие здравоохранение стало приоритетным направлением. После нескольких волн реформ две ключевые функции разработки политики и финансирования были в основном централизованы. Реформы пытались адаптировать человеческие ресурсы к текущим потребностям.

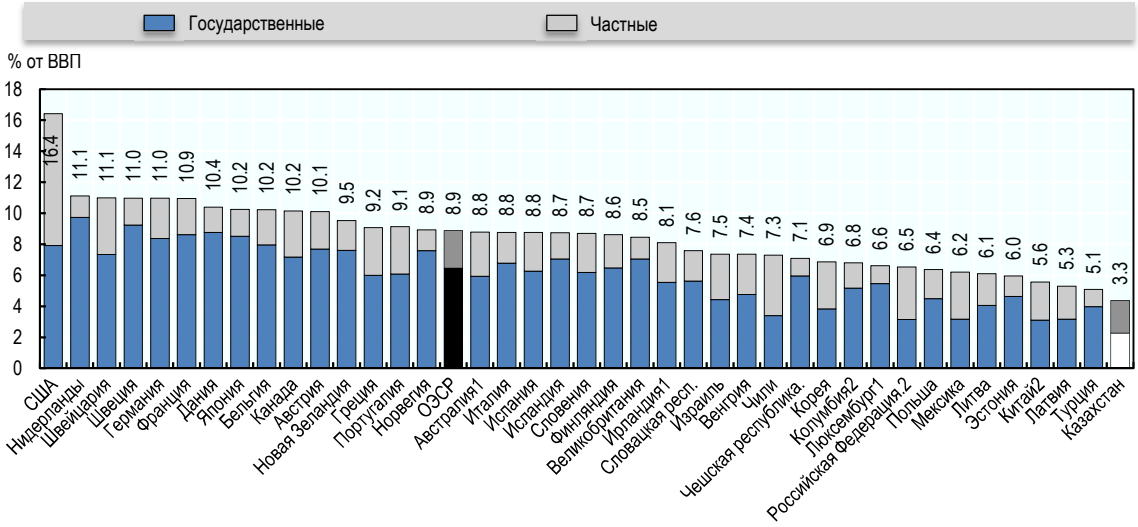
Общие расходы на здравоохранение скромны, а уровень финансирования здравоохранения является очень низким по стандартам ОЭСР

В 2014 году общий объём расходов на здравоохранение в Казахстане составил 3,1% ВВП (согласно последним имеющимся данным[4]). Данные же ВОЗ свидетельствуют о том, что доля общих расходов на здравоохранение в процентах от ВВП оставалась практически неизменной в течение последних двух десятилетий (ВОЗ 2016 год). Однако поскольку экономика Казахстана была одной из самых быстрорастущих в мире в течение большей части 2000-х годов, при росте ВВП в среднем почти на 8% в год, общие расходы на здравоохранение значительно возросли в реальном выражении с середины 1990-х годов.

Тем не менее, доля общих расходов на здравоохранение по отношению к ВВП является весьма скромной по сравнению со средним показателем по ОЭСР, составляющим 8,9%. Даже если ограничить сравнение странами-членами ОЭСР со схожим уровнем экономического развития — странами Балтии и странами Центральной Европы — то становится очевидным, что инвестиции Казахстана в здравоохранение отстают. Как показывает Диаграмма 1.20, в Латвии расходы на здравоохранение составляют 5,5% ВВП, в то время как в Эстонии, Литве и Польше

они превышают 6 %. Доля ВВП, направляемая в здравоохранение, ещё выше в Республике Словакия (6,9%), Венгрии (7,1%), и Чешской Республике (7,7%). Российская Федерация также выделяет на здравоохранение заметно большую долю своего ВВП (5,2%).

Диаграмма 1.20. Расходы на здравоохранение в процентах от ВВП, 2014 год (или наиболее поздний год)

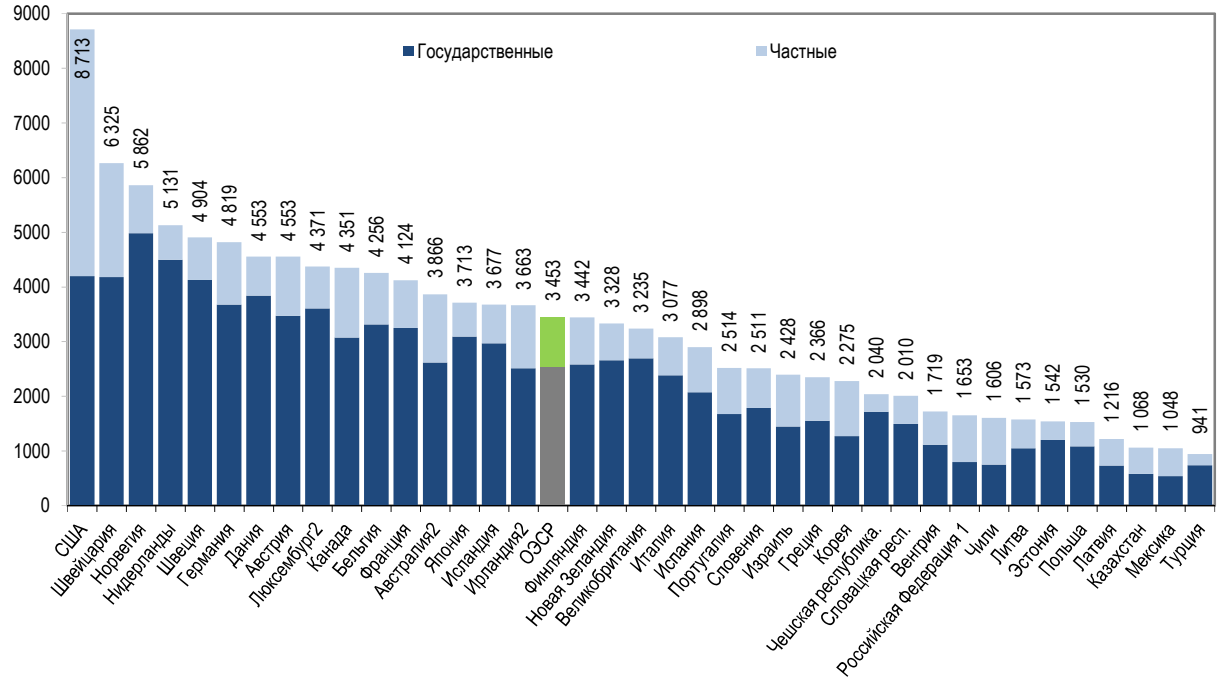


Примечания: исключая инвестиции, если не указано иное. 1. Включая инвестиции. 2. В оценке расходов в Австралии исключены все расходы на услуги по уходу за престарелыми людьми в помещениях по месту жительства в рамках предоставления услуг по соцобеспечению (социальных) услуг. 3. Данные относятся к 2013 году.

Источники: Статистические данные ОЭСР в сфере здравоохранения, 2017 год, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en ; ОЭСР (2018).

Аналогичная картина вытекает из анализа общих расходов на здравоохранение из расчета на душу населения (Диаграмма 1.21). Казахстан инвестирует менее четверти от среднего показателя по ОЭСР в расходы на здравоохранение на душу населения (ППС в долларах США). Среди стран с уровнем экономического развития, сопоставимым с Казахстаном, расходы на здравоохранение на душу населения в Латвии выше на 60%, в Польше, Эстонии, Литве и Словацкой Республике – превышают более, чем в два раза, в Чешской Республике – более, чем в три раза, и почти на 70% выше в Российской Федерации.

Диаграмма 1.21. Расходы на здравоохранение на душу населения, ППС в долл. США, 2014 год (или наиболее поздний год)

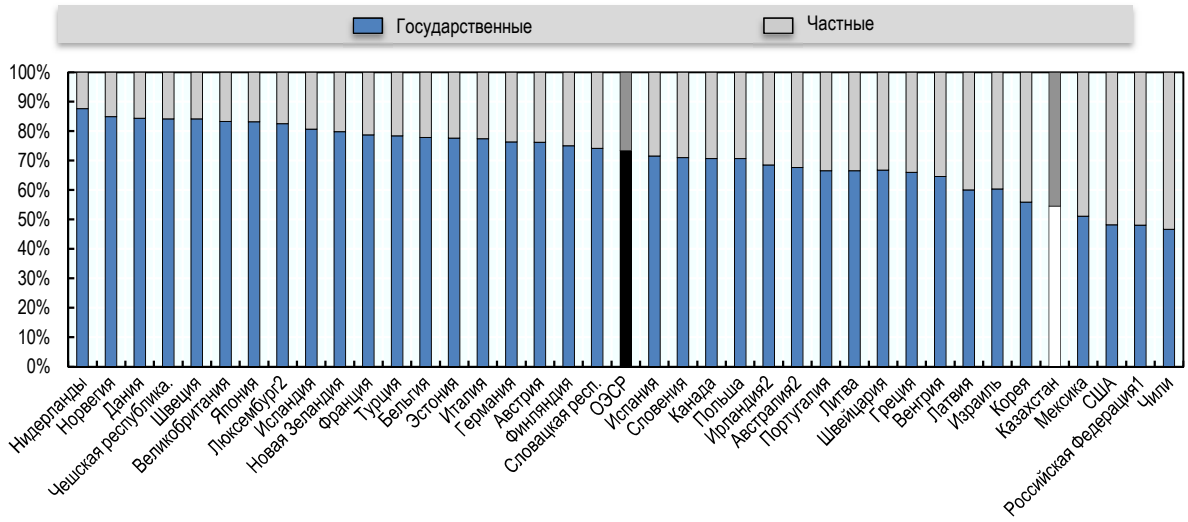


Примечания: 1. В оценке расходов в Австралии исключены все расходы на услуги по уходу за престарелыми людьми в помещениях по месту жительства в рамках предоставления услуг по соцобеспечению (социальных) услуг.2. Включает инвестиции. 3. Данные относятся к 2013 году.

Источники: Статистические данные ОЭСР в сфере здравоохранения, 2017 год, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en ; База данных ВОЗ по глобальным расходам на здравоохранение (2016), ОЭСР (2018).

Расходы на здравоохранение (государственные схемы или обязательное медицинское страхование) в долях ВВП также очень низки по стандартам ОЭСР. Расходы бюджета на здравоохранение составляют лишь 1,8% ВВП, что соответствует менее одной трети от среднего показателя по ОЭСР в 6,5% в 2014 году (Диаграмма 1.20). Другими словами, государственные расходы составляют лишь 58% от общих расходов на здравоохранение в Казахстане, которые – почти при полном отсутствии частного страхового покрытия – означают высокие расходы для населения, уплачиваемые из собственных средств. В странах-членах ОЭСР более низкая доля бюджетных расходов в общих расходах на здравоохранение наблюдается только в США, Мексике и Корее. В среднем по ОЭСР государственные расходы составляют 70% от общего объёма расходов на здравоохранение, а в Норвегии, Германии, Японии, Швеции и Дании доля бюджетных расходов составляет более 80% (Диаграмма 1.22).

Диаграмма 1.22. Государственная и частная доля в общем объеме расходов на здравоохранение в совокупных расходах на здравоохранение, ППС в долл. США, 2014 год (или наиболее поздний год)

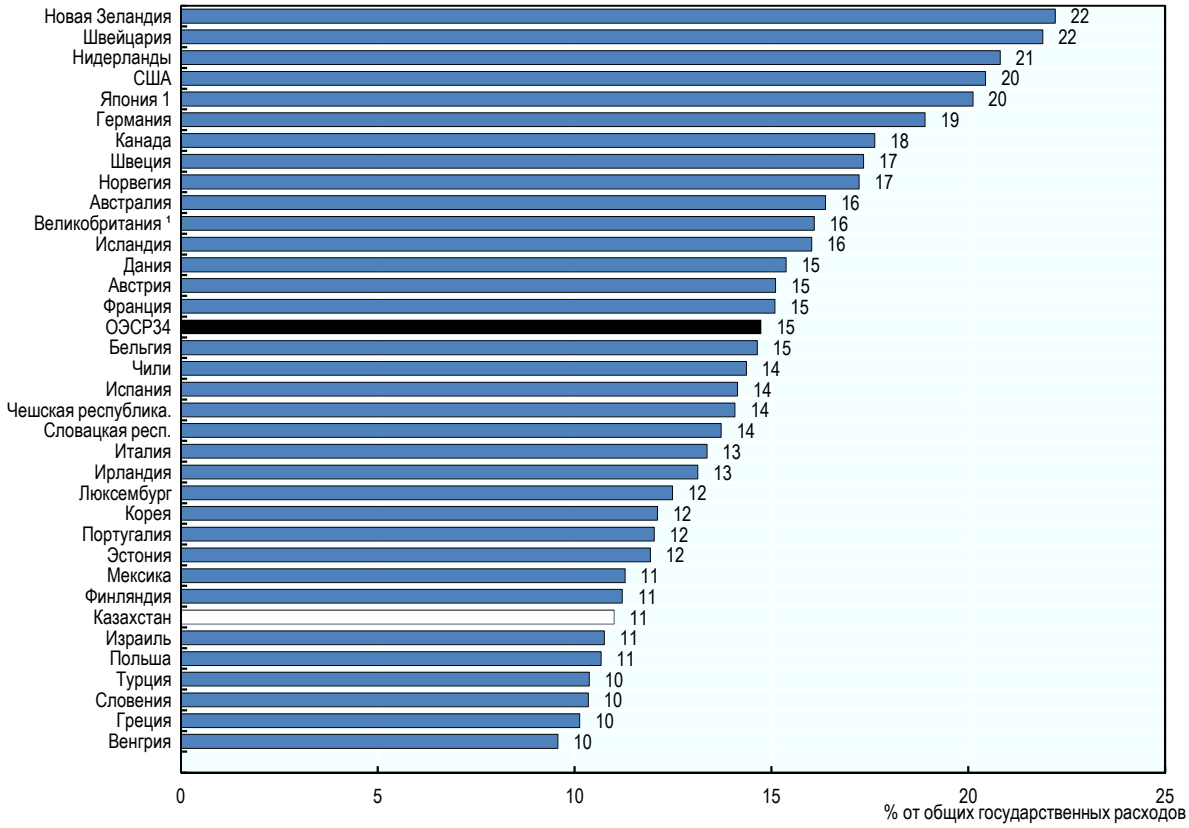


Примечания: 1. Данные относятся к 2013 году. 2. Франция не включает платежи из собственных средств для стационарного длительного лечения, что приводит к занижению доли из собственных средств. 3. Расходы частных медицинских страховых компаний в Соединенных Штатах указаны в разделе добровольное медицинское страхование.

Источники: Статистические данные ОЭСР в сфере здравоохранения, 2017 год, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en ; ОЭСР (2018).

Ограниченные государственные расходы на здравоохранение отражают относительно скромные размеры государственных расходов в целом, а не отнесение этого сектора к вторичным приоритетам. В Казахстане при уровне 15% ВВП общие государственные расходы кажутся особенно низкими. В странах-членах ОЭСР государственные расходы, как правило, составляют около 30% ВВП и близки к 37% в странах Европы и Центральной Азии (Показатели мирового развития (WDI), 2016 год). Поэтому низкий уровень государственных расходов на здравоохранение в основном отражает скромные государственные расходы в целом. Действительно, расходы на здравоохранение как доля от общих государственных расходов в Казахстане составляли около 9,5% в 2014 году. Хотя этот показатель ниже, чем средний показатель по ОЭСР в 15%, он находится в диапазоне, который наблюдается в ряде стран-членов ОЭСР (Диаграмма 1.23).

Диаграмма 1.23. Расходы на здравоохранение как доля от общих государственных расходов, 2014 год (или наиболее поздний год)

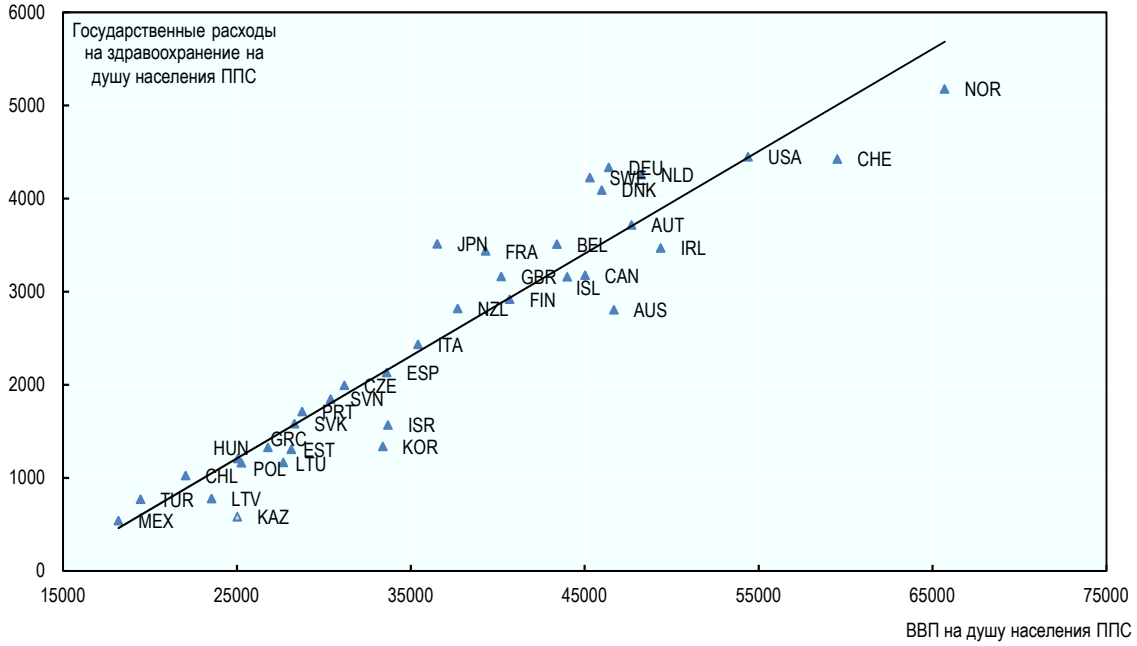


Примечания: Отнесение расходов на государственное и обязательное страхование к общим государственным расходам может привести к завышению в странах, где обязательное страхование обеспечивается частными страховщиками. 1. Включает расходы частных медицинских страховщиков на обязательное страхование.

Источники: Статистические данные ОЭСР в сфере здравоохранения (2017), http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en ; Национальные счета, ОЭСР; База статистических данных Евростата; База данных МВФ «Перспективы мировой экономики»; Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстан, 2016 год.

Подытоживая, можно сказать, что по сравнению со странами-членами ОЭСР, имеющими схожее экономическое развитие, Казахстан, по-видимому, в недостаточном объёме инвестирует в сферу здравоохранения. Сравнение расходов на здравоохранение из расчета на душу населения с ВВП в каждой стране показывает, что в целом подушевые инвестиции в здравоохранение возрастают с ростом ВВП на душу населения (в ППС в долларах США). Это особенно справедливо для расходов на здравоохранение на душу населения (Диаграмма 1.24). В этом смысле Казахстан резко отличается от остальных, инвестируя сравнительно меньше, чем страны с аналогичным уровнем экономического развития и даже страны с заметно более низким ВВП на душу населения. В целом, дополнительные инвестиции в здравоохранение – пока они являются целевыми и эффективными – могут помочь Казахстану достичь результатов в части сектора здравоохранения, которых можно ожидать, учитывая уровень его экономического развития (см. Раздел 1.4).

Диаграмма 1.24. Расходы на здравоохранение на душу населения по отношению к ВВП на душу населения, ППС в долл. США, 2014 год (или наиболее поздний год)



Примечания: Расходы исключают инвестиции, если не указано иное. 1. Включают в себя инвестиции. 2. Данные относятся к 2012 году.

Источники: данные ОЭСР по Национальным счетам (2016 год); данные Всемирного Банка по Национальным счетам (2016 год) Всемирный Банк, база данных Программы международных сопоставлений (2016 год).

После нескольких волн реформ разработка мер государственной политики и финансирование остаются в основном централизованными в рамках Министерства здравоохранения

С момента обретения страной независимости в 1991 году система здравоохранения Казахстана перестала быть частью административно-командной вертикали и стала более плюралистичной и децентрализованной, при этом организации здравоохранения получают все бóльшую финансовую и управленческую самостоятельность. Однако на этом этапе реформ большинство регулятивных и финансовых функций были вновь централизованы.

Несколько волн реформ привели к нынешней системе, в которой важную роль играет Министерство здравоохранения.

После распада Советского Союза Казахстан унаследовал высоко централизованную систему здравоохранения, типичную для т.н. «модели Семашко». Впоследствии несколько волн реформ были направлены на расширение полномочий региональных и местных органов власти и реорганизацию предоставления услуг, а также поощрение частного предоставления услуг. Не все намеченные изменения были осуществлены, в частности, планы реструктуризации и децентрализации, начатые в течение первого десятилетия независимости, не привели к ожидаемым

изменениям. Попытка введения обязательного медицинского страхования также была прекращена через два года (Кацага и др., 2012 год).

Темпы изменений выросли в 2004 году, когда была принята всеобъемлющая программа реформ – Национальная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы, в которой были обещаны изменения практически во всех аспектах системы здравоохранения. Программа предусматривает гарантированный объём бесплатной медицинской помощи , в рамках которого конкретные услуги здравоохранения предоставляются бесплатно. Гарантированный объём бесплатной медицинской помощи направлен на разграничение государственных гарантий, выравнивание их между регионами и группами населения и обеспечение основы финансовой устойчивости системы. В рамках этой же программы ответственность за финансирование и управление оказанием медико-санитарной помощи, а также за владение большей частью медицинских учреждений была консолидирована на уровне 14 областей и городов Алматы и Астана.

В 2009 году правительство ещё больше расширило полномочия Министерства здравоохранения (далее – МЗ), которое стало более явно отвечать за разработку национальной политики здравоохранения и планов стратегического развития в соответствии с приоритетами, установленными Президентом. В течение этого периода существующие правила были изменены в пользу усиления конкуренции, качества обслуживания, доказательной медицины, подотчётности и разнообразия форм собственности.

В 2010 году указом Президента была принята Государственная программа развития здравоохранения на 2011-2015 годы («Саламатты Казахстан»), в которой была введена концепция Единой национальной системы здравоохранения. В соответствии с этой Программой элементы финансирования и платёжных функций были вновь реструктуризированы и МЗ стало основным государственным покупателем больничных услуг (Кацага и др., 2012 год). Также был усилен принцип свободного выбора поставщика. Параллельно были усилены некоторые функции,- такие как обеспечение качества, надзор за общественным здравоохранением и санитарно-эпидемиологическая ответственность.

На Диаграмме 1.25 представлена упрощённая схема организационной структуры сегодняшней системы. В настоящее время выработка мер государственной политики и функции финансирования (см. ниже) в значительной степени централизованы в рамках Министерства здравоохранения. Для содействия осуществлению политики здравоохранения на национальном и региональном уровнях были созданы три специализированных комитета: Комитет контроля за медицинской и фармацевтической деятельностью (Комитет фармации), Комитет оплаты медицинских услуг (известный как КОМУ) и Комитет охраны общественного здоровья.

Главной обязанностью Комитета фармации является обеспечение качества и контроля. Это включает аккредитацию, лицензирование и сертификацию как физических, так и юридических лиц, участвующих в предоставлении медицинских услуг, а также проведение аудитов качества и расследований жалоб пациентов на местах.

Комитет оплаты медицинских услуг является стратегическим органом, созданным для приобретения с помощью контрактных соглашений всех

финансируемых государством медицинских услуг; он также является головной структурой в части создания современных механизмов финансирования здравоохранения. Цели Комитета оплаты медицинских услуг включают: a) создание равноправной среды для государственных и частных игроков, и b) сокращение различий в финансировании между регионами. Со временем Комитет оплаты медицинских услуг стал основным государственным закупщиком медицинских услуг. Оба комитета имеют вертикальные структуры с представительствами на областном уровне. Параллельно в рамках Министерства здравоохранения был создан единый дистрибьютор лекарственных средств с мандатом на закупку всех лекарственных средств для государственных медицинских учреждений.

Мандат Комитета охраны общественного здоровья широк и включает вопросы реализации политики в области санитарно-эпидемиологического благосостояния населения Ключевые сферы его ответственности – надзор за состоянием дел в сфере услуг в части общественного здоровья и санитарно-эпидемиологических услуг. К последнему направлению деятельности относятся профилактика инфекционных заболеваний и борьба с ними, мониторинг санитарно-эпидемиологической ситуации в стране, включая качество воды и продуктов питания, а также мониторинг безопасности лабораторий. Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора имеет вертикальную структуру с представительствами во всех областях.

Диаграмма 1.25. Общая организация и управление системой здравоохранения - упрощённая организационная схема

Примечание: Пунктирные линии указывают на нормативный надзор; сплошные линии показывают прямое администрирование и отчётность.

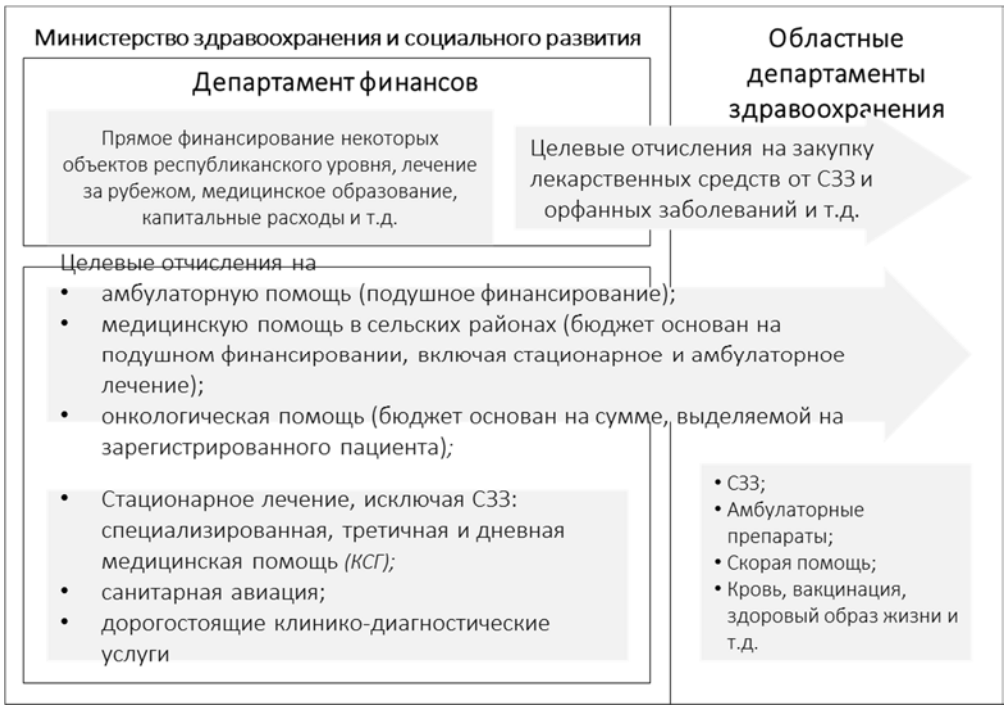
Источник: Министерство здравоохранения Казахстана (2017 год).

Областные департаменты здравоохранения Казахстана (также известные как местные органы здравоохранения – МОЗ) 14 областей и городов Алматы и Астана осуществляют управление поставками медицинских услуг и владеют большинством медицинских учреждений в пределах соответствующей территории. Исключения составляют национальные клиники, исследовательские центры и университетские больницы, которые принадлежат Министерству здравоохранения, а также учреждения здравоохранения, принадлежащие к параллельным системам здравоохранения, которые находятся в ведении некоторых других министерств и государственных учреждений, например, Министерства обороны. Унаследованные ещё с советских времён, последние по-прежнему в значительной степени продолжают функционировать. Некоторые частные поставщики услуг работают как в секторе первичной медико-санитарной помощи, так и в больничном секторе, и большинство из них заключает контракты с Министерством здравоохранения на предоставление услуг общественного здравоохранения.

Министерство здравоохранения, в частности, через Комитет оплаты медицинских услуг, является основным закупщиком медицинских услуг[5]

Большая часть бюджета на здравоохранение выделяется Министерство здравоохранения либо напрямую, либо через областные департаменты здравоохранения (см. Диаграмму 1.26, на которой представлена общая схема процесса). В Министерстве здравоохранения существуют подразделения, отвечающие за финансирование: Департамент финансов и Комитет оплаты медицинских услуг (КОМУ[6]).

Диаграмма 1.26. Институты и механизмы финансирования гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи



Департамент финансов МЗ отвечает за финансирование медицинского образования и капитальных вложений, а также некоторых компонентов

гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи, например, лечение за рубежом, возмещение расходов медицинских работников на республиканском уровне (например, Республиканская психиатрическая больница, Лепрозорий, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и т.д.), санитарная авиация. Он также финансирует закупки лекарств для так называемых социально значимых заболеваний (СЗЗ), онкологических и орфанных заболеваний. Все эти мероприятия финансируются либо за счёт прямых выплат поставщикам медицинских услуг, либо через целевые отчисления в областные департаменты здравоохранения.

Комитет оплаты медицинских услуг финансирует значительную часть гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи, включая:

- «Обычные» стационарные больные, проходившие лечение в городских многопрофильных больницах, расходы по оплате которого возмещаются в рамках системы, основанной на клинико-статистических группах (КСГ)[7], и подразделяются на три категории: специализированная медицинская помощь, дневная медицинская помощь и третичная (высокоспециализированная) медицинская помощь. Стационарное лечение социально значимых заболеваний (СЗЗ), таких как туберкулёз, психиатрические / наркологические заболевания (наркомания), инфекционные заболевания, ВИЧ / СПИД, дерматовенерологические, онкологические заболевания, исключается из этого механизма финансирования.
- Оказание амбулаторной помощи в городских районах при подушевом финансировании,
- Оказание медицинской помощи в сельских районах (стационарное и амбулаторное лечение) посредством механизма глобальных бюджетов,
- Лечение рака посредством механизма глобального бюджета.

При проведении стандартного стационарного лечения Комитет оплаты медицинских услуг оплачивает услуги непосредственно больничным учреждениям. Оплата амбулаторного лечения, медицинской помощи в сельской местности и лечения онкологических заболеваний осуществляется посредством целевых отчислений в Областные департаменты здравоохранения.

Областные департаменты здравоохранения, находящиеся в зоне прямой ответственности губернаторов регионов / городов, в основном, финансируют службу скорой медицинской помощи, стационарное и амбулаторное лечение, а также социальную помощь пациентам с СЗЗ[8], паллиативную помощь (за исключением лиц, страдающих злокачественными новообразованиями, чья паллиативная помощь финансируется из республиканского бюджета), предоставление лекарств при амбулаторном лечении (включая вакцинацию), программы массового профилактического обследования населения[9], забор крови и производство ее компонентов, аутопсийные услуги, патологоанатомическую диагностику, а также программы общественного здравоохранения (за исключением медицинских и социальных услуг, предоставляемых республиканскими организациями), а также препараты, назначаемые амбулаторным пациентам

Организация деятельности сектора первичных услуг здравоохранения и лечения в стационарах представлены в последующих двух главах настоящего обзора. В

общем виде, с момента обретения страной независимости были предприняты попытки реформ, чтобы освободить сферу оказания медицинских услуг от устоявшегося наследия советской системы здравоохранения (системы Семашко). В советские времена роль первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и укрепления здоровья была ограничена, а услуги предоставлялись преимущественно в ряде больниц, которые были многочисленными и часто узкоспециализированными в части заболеваний или групп населения. Лечебные учреждения находились в государственной собственности, были интегрированы, и управление ими осуществлялось централизованно. С момента обретения страной независимости основными целями заявленных реформ были восстановление равновесия при предоставлении услуг в пользу первичной медицинской помощи, а также поощрение диверсификации собственности.

Проводится модернизация кадровых ресурсов здравоохранения в Казахстане, но остаются нерешёнными вопросы в части географического распределения

Медицинские работники играют важную роль в доступе к услугам здравоохранения. Обеспечение наличия в нужных точках медицинских работников, обладающих правильными навыками и их правильной комбинацией, становится всё более сложной задачей. Признавая это, страны-члены ОЭСР реформируют политику в области образования и профессиональной подготовки, изменяя объем практики для различных специалистов в области здравоохранения и создавая стимулы для обеспечения лучшего географического распределения работников здравоохранения (ОЭСР, 2016 год).

С момента обретения независимости Казахстан реализовал ряд мер для обеспечения наличия соответствующей рабочей силы для удовлетворения потребностей населения, однако ряд значительных проблем все еще остается нерешенным.. С 1990 года по 2000 год численность медицинских работников значительно сократилась, поскольку многие из них либо покинули сектор здравоохранения, либо эмигрировали, либо просто перешли в частный сектор (Кацага и др., 2012 год). С тех пор было стремление укрепить рабочую силу с помощью различных реформ.

В этой связи, во-первых, была перестроена система медицинского образования и подготовки кадров. В настоящее время в ее основе лежат национальные образовательные стандарты и стандартизованные программы подготовки кадров, разработанные Министерством здравоохранения. Как и во многих странах ОЭСР, начальный этап подготовки медицинского работника занимает в среднем 5 лет. За этим следует обязательная одно- или двухгодичная ординатура, по окончании которой соискатель получает право на деятельность в качестве практикующего специалиста. Вслед за ординатурой идет резидентура – последипломная больничная подготовка врачей, предусматривающая специализацию в течение 2-4 лет резидентом (МЗ и ВОЗ).

Во-вторых, были предприняты значительные усилия по развитию потенциала сотрудников учреждений первичного здравоохранения. В период до 2005 г. оказание услуг на этом уровне было, в основном, делом районных терапевтов или педиатров. Институт врачей общей практики были официально внедрен в рамках системы здравоохранения Казахстана в 2005 г. Как следствие периода интенсивной переподготовки специалистов и растущего притока выпускников профильных

медицинских образовательных учреждений в сектор общеврачебной практики число специалистов данного профиля возросло до 960 в 2006 г., 2233 в 2010 г. и достигло 5071 в 2016 г. (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2017 год), или почти в пять раз. Появление междисциплинарных групп в сфере оказания услуг первичного здравоохранения получило дальнейший импульс в связи с недавним внедрением новых нормативов штатного расписания (см. Главу 2).

В-третьих, в соответствии с международной практикой, медицинские сестры, занятые в секторе ПМП, столкнулись с расширением объема своих функциональных обязанностей и получили бóльшую самостоятельность. Так, в частности, была внедрен норма, согласно которой примерно четверть функций врача в рамках системы ПМП будет передана подготовленным медицинским сестрам. Новые задачи, которые будут доверены им, включают среди прочего амбулаторное наблюдение, посещение пациентов на дому, перевязки, выписку рецептов на некоторые медикаменты и уход за пациентами.

Данные по занятости в сфере здравоохранения в Казахстане распределены по множеству учреждений и не отличаются исчерпывающей полнотой или точностью. Осознавая наличие этой проблемы, правительство создало Наблюдательный совет по кадрам системы здравоохранения, который в сотрудничестве с ВОЗ подготовил доклад по данному вопросу. Значительная часть представленной в докладе информации была использована при подготовке последующих разделов настоящего документа.

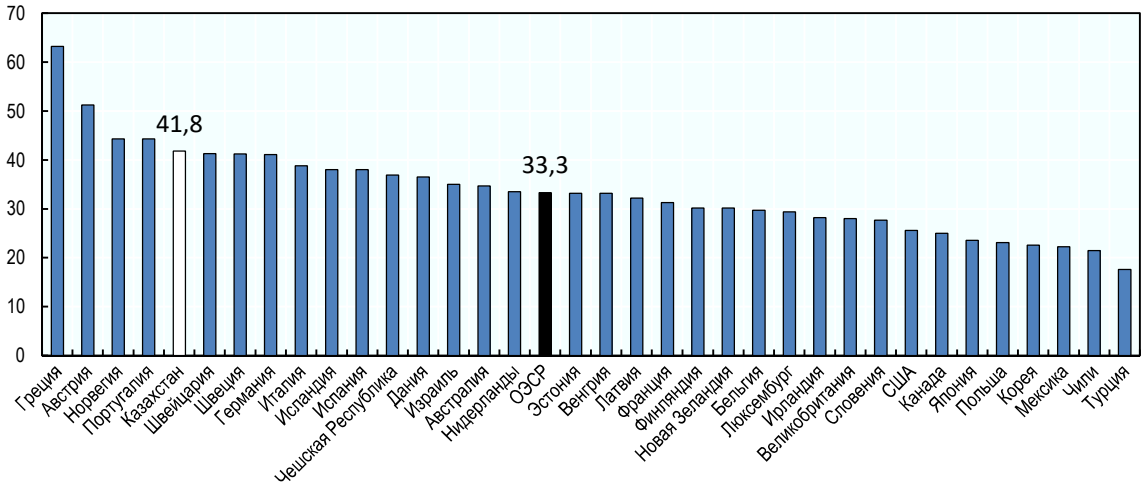
С учетом задач сегодняшнего дня набор профессиональных умений и навыков сотрудников сферы здравоохранения остается несбалансированным

Колебания в показателях занятости в сфере здравоохранения в межстрановом разрезе отчасти просто могут служить отражением различий в организации оказания соответствующих услуг на национальном уровне. Тем не менее, наличие соответствующего количества работников сферы здравоохранения - крайне важный фактор обеспечения должного уровня функционирования национальной системы здравоохранения. Дефицит же этих кадров может затруднять доступ к услугам здравоохранения, в то время как их избыток может породить потери человеческого капитала и рост затрат, порождаемых стимулируемым предложением спросом.

В соответствии с предварительными данными за 2016 г., численность работников сферы здравоохранения в Казахстане составляла примерно 252 тыс., включая 74600 врачей и 177600 специалистов среднего звена (таких, как медсестры и фельдшеры) (Министерство здравоохранения Республики Казахстан).

В 2000 г. в стране насчитывалось 33 терапевта на 10 тыс. населения. В последующие 14 лет наблюдался значительный прирост этого показателя – в 2016 г. он составлял уже примерно 41.8 терапевтов на 10 тыс. населения, что выше среднего значения данного показателя по странам ОЭСР, которое в 2014 г. составляло 33 (Диаграмма 1.27).

Диаграмма 1.27. Врачи-терапевты общей практики из расчета на 10000 населения, Казахстан и страны ОЭСР, 2014 г. (или ближайший к нему год)



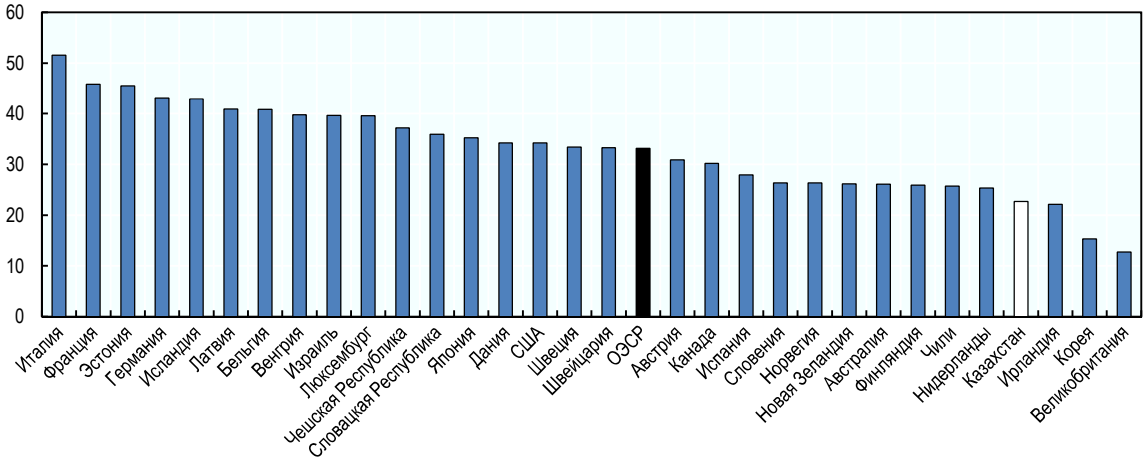
Примечание: данные по Турции относятся к практикующим врачам-терапевтам. Данные по Чили, Греции и Португалии относятся к имеющим лицензию терапевтам.

Источники: Статистические данные ОЭСР по здравоохранению, 2016; данные по Казахстану получены из обновляемой информации Министерства здравоохранения (2017).

Несмотря на довольно быструю динамику роста численности кадров сферы здравоохранения, по-прежнему наблюдаются определенные перекосы в ее распределении с точки зрения квалификации персонала. По состоянию на 2016 г., доля участковых врачей в Казахстане, по всей видимости, составляла от 7 до 16% от общего числа терапевтов (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2017 год).Это значительно меньше, чем среднее значение данного показателя в странах ОЭСР, где оно достигает 32%, а в таких странах, как Ирландия, Португалия и Чили, оценивается почти в 50%. Как следствие, в этой сфере Казахстан испытывает дефицит кадров: количество участковых врачей на 1000 населения в Казахстане (0,23) по-прежнему значительно отстает от среднего по ОЭСР показателя (0,72). Даже если приплюсовать к этой группе участковых педиатров и терапевтов, то соответствующий результат – 0,47 (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2017) по-прежнему будет значительно ниже, чем в большинстве стран ОЭСР (см. Главу 2, где представлена подробная статистика по данному вопросу)

По сравнению со странами ОЭСР национальные кадры в казахстанской медицине также остаются относительно молодыми по возрасту. В 2016 процент врачей в возрасте от 55 лет и выше составлял 22,7 % против среднего показателя по странам ОЭСР, равного 33% (Диаграмма 1.28). Вместе с тем, распределение кадров по возрасту по регионам страны демонстрирует существенные межрегиональные различия: в то время как в Южно-Казахстанской области количество врачей в возрасте от 55 лет и выше составляет лишь 11% от общего их числа, в Костанайской области этот показатель вырастает до 36%. Это заставляет предположить, что отдельные области столкнутся с кадровым кризисом значительно раньше, чем другие.

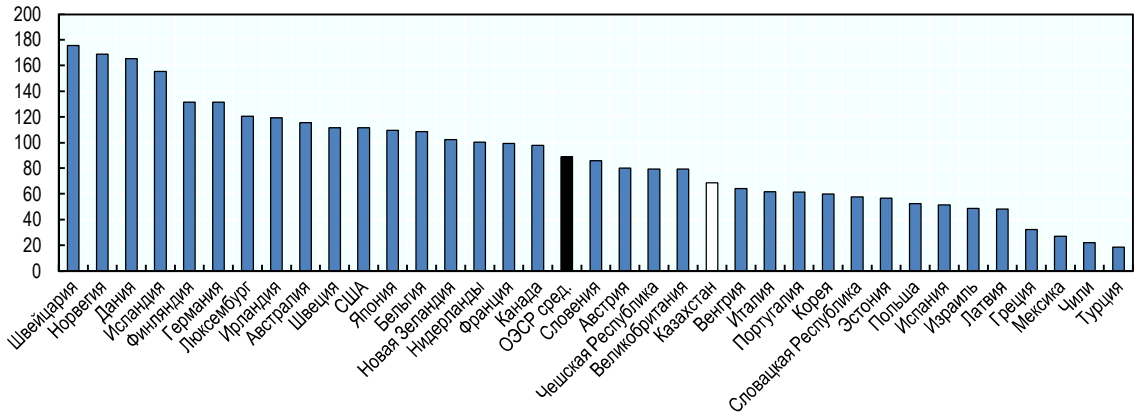
Диаграмма 1.28. Доля врачей-терапевтов в возрасте от 55 лет и старше в Казахстане и странах ОЭСР, 2014 г. (или ближайшие к нему годы)



Источники: Статистические данные ОЭСР по здравоохранению, 2016; данные по Казахстану – Министерство здравоохранения, 2017 год

Число же практикующих медицинских сестер в Казахстане также сравнительно ниже, чем в странах ОЭСР. По состоянию на 2014 г. (или ближайший к нему год), в Казахстане насчитывалось в среднем 69 медсестер на10 тыс. населения, в то время как средний показатель по странам ОЭСР составлял 89 медсестер на 10 тыс. населения (Диаграмма 1.29).

Диаграмма 1.29. Практикующие медсестры на 10000 населения, Казахстан и страны ОЭСР, 2014 (или ближайший к нему год)



Примечание: данные по Франции, Ирландии, Нидерландам, Италии и Португалии относятся к практикующим медсестрам. Данные по Чили относятся к имеющим лицензию медсестрам.

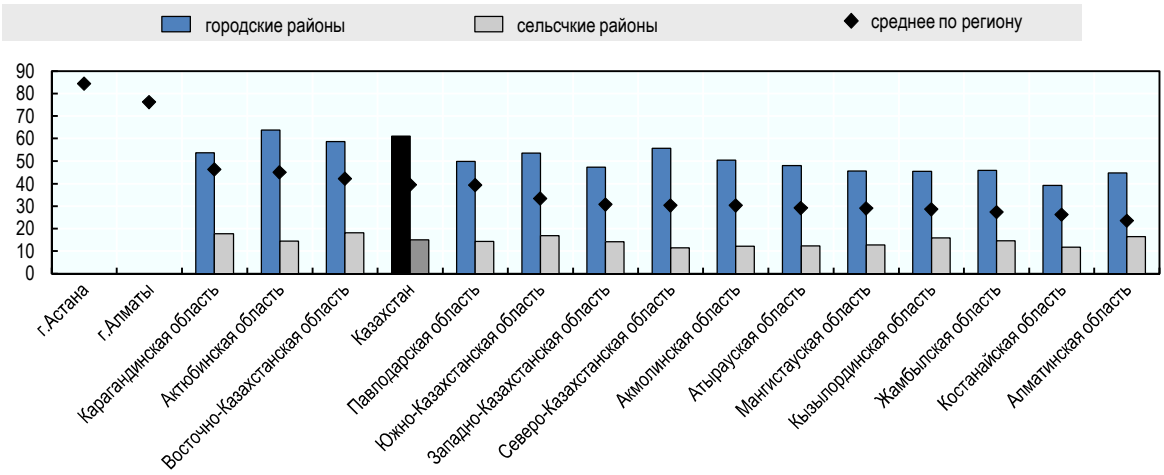
Источники: Статистические данные ОЭСР по здравоохранению, 2016; данные по Казахстану получены от Министерства здравоохранения (2015).

Различия между регионами значительны, а в сельских районах наблюдается дефицит кадров

Число врачей в региональном разрезе варьируется, причем сельская местность и отдаленные районы испытывают нехватку квалифицированных кадров. В 2016 г. самый высокий процент врачей на 10 тыс. населения отмечался в Астане (84.4) и Алматы (76.1). На противоположном конце рейтинга регионов по уровню обеспеченности врачебными кадрами оказались Алматинская, Костанайская и Жамбылская области, где соответствующий показатель составлял менее 27 врачей на 10 тыс. населения, или лишь примерно 1/3 от вышеуказанных показателей по городам страны (Диаграмма 1.30). Данные по количеству медсестер также сильно разнятся в зависимости от региона. В Астане их насчитывается 100 на 10 тыс. населения, а в Алматинской области только 51 (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2017)

В сельской местности страны процент врачей относительно количества населения крайне низок. В 2009 г. в городской местности количество терапевтов на 10 тыс. населения составляло примерно 58, а в сельской – 14 (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2017). Этот разрыв сохранялся и семью годами позже: количество врачей-терапевтов на 10 тыс. населения 2016 г. в городской местности составляло 61, а в сельской – 15 (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2017). По всем регионам отмечается одна и та же тенденция, когда количество терапевтов в городской местности превышает соответствующие значения в сельской местности в три или четыре раза. Так, в сельской местности Северо-Казахстанской области насчитывается немногим более 11 терапевтов на 10 тыс. населения. Имеющиеся данные позволяют предположить, что, помимо потенциальной перегруженности врачей в сельской местности, население может также испытывать проблемы с доступностью должного качества услуг здравоохранения.

Диаграмма 1.30. Количество врачей-терапевтов 10 тыс. населения по областям Казахстана, 2016



Источник: Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2017)

Как и в странах ОЭСР, недавние выпускники медицинских вузов демонстрируют тенденцию к стремлению работать в городской местности. Это обусловлено не только наличием более сильных финансовых и социальных стимулов, но и в связи с более высоким уровнем врачебной нагрузки в сельской местности. Правительство осознает проблему меж- и внутрирегиональных различий и в стремлении решить проблему привлечения вчерашних выпускников в регионы, в меньшей степени охваченные услугами здравоохранения, внедряет различного рода экономические стимулы. Так, например, в Кызылординской области, которая еще недавно испытывала самый острый дефицит врачей, повышенная заработная плата и предоставление им жилья способствовали росту количества врачей на местах (Katsaga et al., 2012).

В 2016 г. подавляющее большинство врачей (77%) трудились в государственных учреждениях системы здравоохранения, в то время как в частных - 17%, а оставшиеся 6% - в прочих государственных учреждениях (таких, как министерства). Тем не менее, доля врачей в частном секторе увеличивается: так, за минувшее десятилетие она выросла с 13% в 2003 г. до 17% в 2016 г. (Министерство здравоохранения Республики Казахстан (2017)). Возможно, потенциальными драйверами этой тенденции стали высокий уровень нагрузки при более низких финансовых стимулах в государственных учреждениях (МЗ и ВОЗ, готовится к публикации).

Результаты проведенного анализа позволяют сделать предположения относительно е уровня мотивации медицинских кадров. За минувшее десятилетие уровень заработной платы работников отрасли здравоохранения заметно вырос, и к 2013 г. зарплаты в отрасли были уже на 17% выше, чем у специалистов в области образования, финансовом секторе и ИКТ. Необходим углубленный анализ для того, чтобы выяснить лежит ли в основе указанной низкой мотивации исключительно уровень заработной платы, или же наличествуют и другие факторы (например, большое число пациентов, продолжительность рабочего дня, недостаточное обеспечение возможностей и нехватка признания общественной важности труда медиков, т.п.), которые оказывают влияние на подобный настрой.

1.4. Общая эффективность системы здравоохранения

В среднем система обеспечивает разумный доступ к услугам, но финансовая защита слаба. Качество медицинской помощи, поскольку имеются данные для её измерения, может существенно улучшиться. В целом, учитывая уровень развития и расходов, показатели Казахстана, похоже, ниже средних, что указывает на необходимость проведения дальнейших реформ.

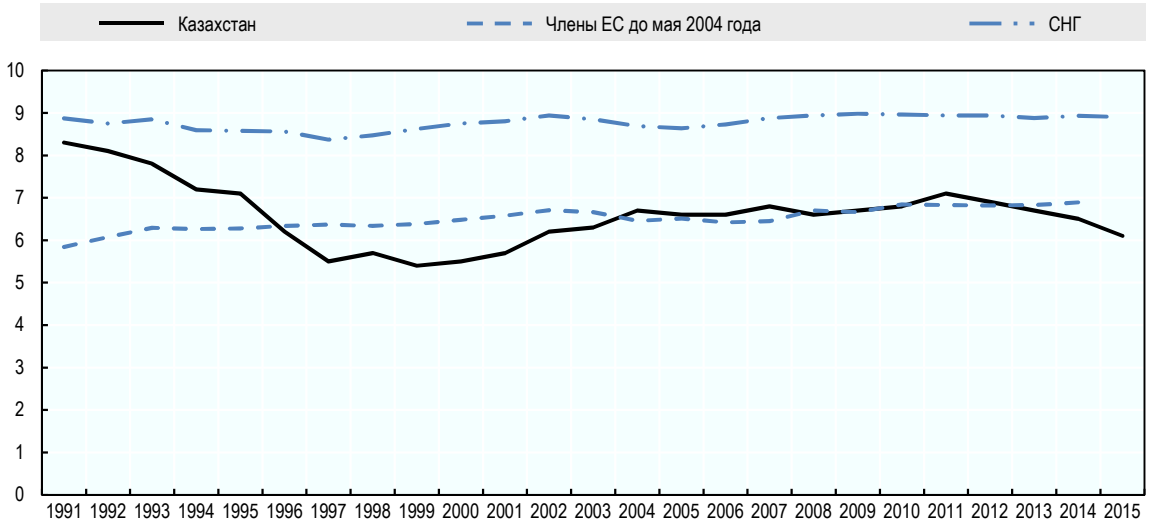
В среднем система обеспечивает доступ к услугам, но неравенство является высоким

Население Казахстана имеет право на бесплатное медицинское обслуживание для широкого спектра услуг, как это определено в гарантированном объёме бесплатной медицинской помощи.

В Казахстане использование амбулаторных и больничных услуг находится на уровне, схожем со средним по странам-членам ОЭСР. Количество амбулаторных посещений на душу населения лишь немного ниже среднего показателя по странам ЕС25, но в последние годы оно снижается. Как видно на Диаграмме 1.31, на момент

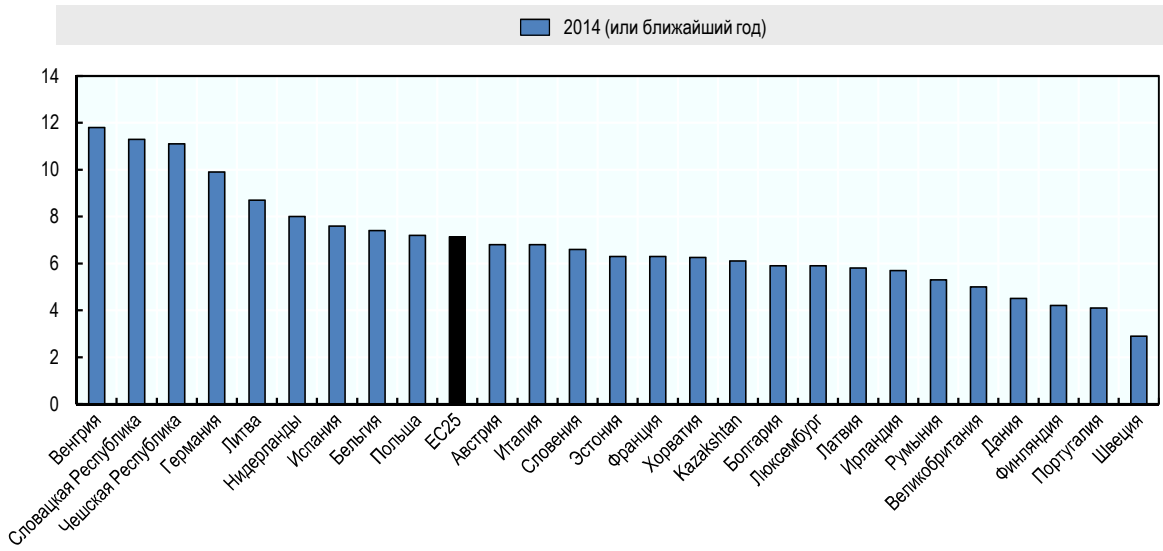
обретения независимости количество амбулаторных посещений на душу населения в год было довольно высоким и впоследствии снижалось, когда система разрушилась. Данный показатель восстановился в 2000-е годы и достиг примерно 7, но с 2011 года постепенно снижается до 6,1 в 2015 году, что может вызвать вопросы об эффективности усилий по выведению пациентов с больничного лечения. Напротив, и в качестве примера, количество амбулаторных посещений на душу населения в среднем традиционно выше в странах СНГ, чем в Казахстане, и стабильно растёт в западной части европейского региона за последние 25 лет (Диаграмма 1.31). Тем не менее, в среднем, число посещений на душу населения в Казахстане находится в рамках диапазона, характерного для стран ЕС25 (Диаграмма 1.32). Показатели выписки пациентов из лечебных учреждений на душу населения также наравне по сравнению со средним значением этого показателя по странам-членам ОЭСР (см. Диаграмму 1.33). Хотя списки ожидающих проведения плановых процедур намного меньше, чем в странах-членах ОЭСР (см. Главу 4), общая статистика свидетельствует о том, что доступ к имеющимся услугам остается адекватным.

Диаграмма 1.31. Количество амбулаторных посещений на душу населения, Казахстан и другие группы стран, 1991-2015 гг.



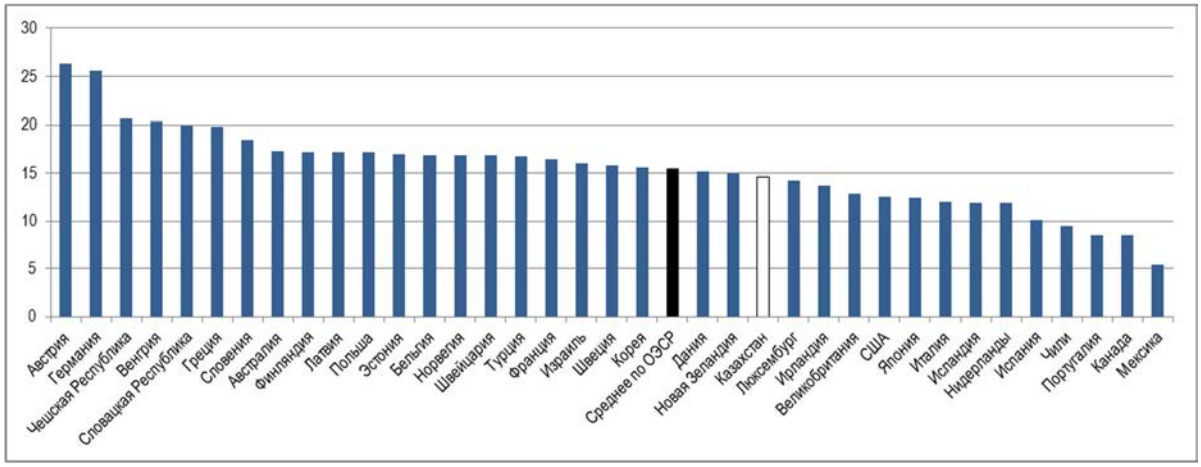
Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (2016 год).

Диаграмма 1.32. Количество амбулаторных на душу населения, ЕС 25 и Казахстан, 2015 г. (или ближайший год)



Источники: Европейская база данных «Здоровье для всех», Статистические данные ОЭСР по здравоохранению, 2016; База данных Евростата.

Диаграмма 1.33. Выписка пациентов из лечебных учреждений на 100 жителей, Казахстан и ОЭСР - последний доступный год

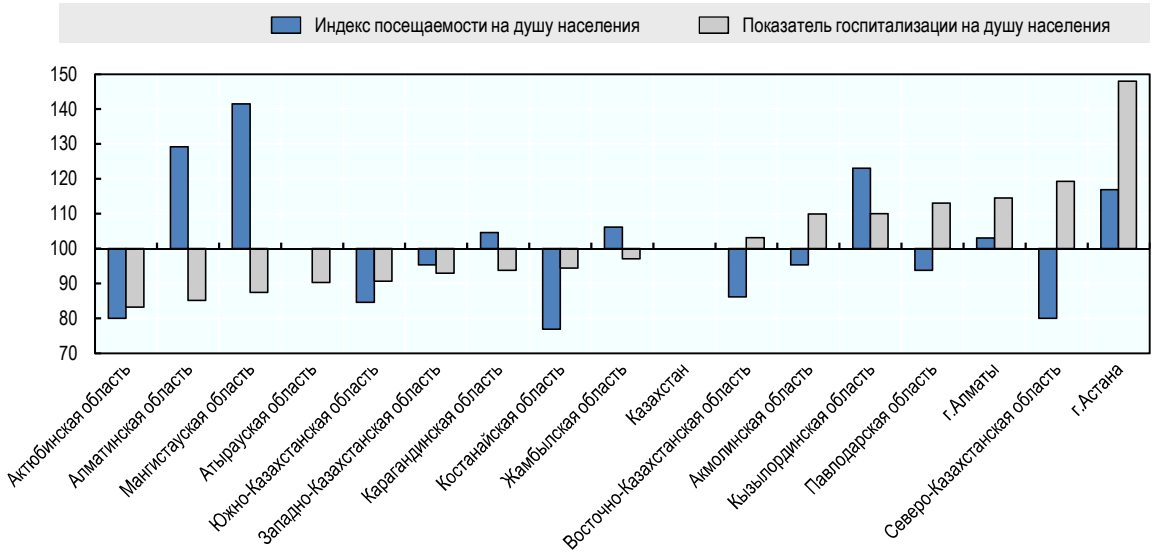


Источники: Статистические данные ОЭСР по здравоохранению, 2016; http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC 2015; Министерство здравоохранения (2016 год).

Тем не менее, данные показывают большие различия по регионам в количестве контактов с системой здравоохранения . В некоторых из них доступ, по-видимому, в значительной степени ограничен. В целом, коэффициенты госпитализации на душу населения и количество амбулаторных посещений на душу населения в региональном разрезе варьируются в диапазоне от 1 до 1,8 . В Диаграмме 1.34 представлены индексы для обоих этих показателей, где средний показатель для Казахстана составляет 100 по каждому показателю. Она демонстрирует, что:

- По меньшей мере, в четырёх областях (Актюбинкой, Южно-Казахстанской и Западно-Казахстанской, а также Костанайской) количество амбулаторных посещений и госпитализаций на душу населения значительно ниже среднего показателя по стране: Актюбинская область, Южный и Западный Казахстан, а также Костанайская область, что предполагает ограниченный доступ по сравнению с остальной частью страны.
- Напротив, в Астане и Кызылординской области, использование обоих видов услуг значительно превышает указанный средний показатель;
- Среди других областей, по-видимому, в Алматинской и Мангистауской области население полагается в большей степени на амбулаторные услуги и в относительно меньшей степени на стационарные услуги, чем население страны в среднем. Обратная ситуация характерна для Северо-Казахстанской и Павлодарской областей, где амбулаторная помощь представляется относительно слабой, а больничная помощь развита чрезмерно. Рассматривая количество койко-мест на душу населения в этих двух группах регионов, в первой группе (с относительно низкими показателями госпитализации) отмечается в среднем меньшее количество койко-мест на душу населения, а во второй группе – очень большое количество койко-мест на душу населения.

Диаграмма 1.34. Различие в амбулаторных посещениях и госпитализациях на душу населения по регионам Казахстана, 2014 год



Источники: Министерство здравоохранения, 2016 год, и Министерство здравоохранения, 2015 год.

В целом, эти различия между регионами свидетельствуют о том, что стандартизация (или «унификация», согласно используемой в Казахстане терминологии) системы здравоохранения остаётся не полностью реализованной:

- Безусловно, доступ ограничен в некоторых регионах. Нехватка медицинского персонала в сельских районах, плохое транспортное обслуживание и длительное время на дорогу в медицинские учреждения также могут подорвать доступ к услугам в отдалённых районах страны (ВОЗ, 2011 год).

- Приведённые цифры показывают, что структуры (например, существующая инфраструктура больниц) формирует оказание различных услуг по регионам различными способами.
- Если бы доказательная медицина и важность услуг первичного здравоохранения, которые были сутью реформ прошлого десятилетия, единообразно и прочно укоренились в системе, различия в доступе населения к системе, вероятно, не были бы такими резкими.
- Существенное неравенство между регионами может указывать на то, не все услуги, включённые в гарантированный объём бесплатной медицинской помощи, могут быть доступными повсеместно. Как указывается в главе 4 настоящего обзора, фактическое количество определенных хирургических процедур в стране очень невелико. Соответственно, эти процедуры не могут быть в равной степени доступны повсеместно. Хотя систематическое документирование различий отсутствует, это означает, что соответствующие права фактически не одинаковы по всей стране.

Открытым является вопрос, предоставляет ли система услуги, в которых нуждается население. Ключевым аспектом доступа является определение того, соответствуют ли полученные тяжести заболеваний. В главах 3 и 4 приводятся некоторые доказательства того, что это может быть не так. Охват населения некоторыми услугами,- такими, как иммунизация,- очень высок. В то же время нет никакой информации об эффективном охвате некоторыми видами медицинских вмешательств, связанных с лечением хронических заболеваний, которым всё больше подвержено население. Данные показывают, что основные услуги, связанные с охраной материнства и репродуктивным здоровьем, по-прежнему занимают важное место в больничной деятельности, а процедуры, связанные с лечением сердечно-сосудистых или других неинфекционных заболеваний, выполняются редко. В целом, обсуждения с экспертами подтверждают вытекающие из этих данных предположения о том, что типы предоставляемых услуг должны эволюционировать, чтобы позволить более эффективное лечение заболеваний.

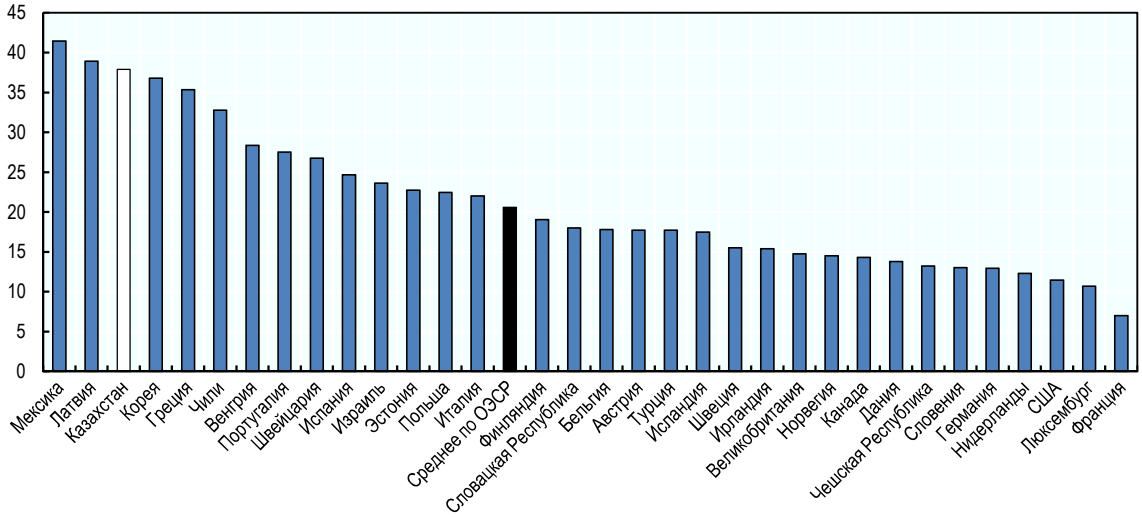
Высокий уровень распространения платежей из собственных средств подрывает финансовую защиту и возможности доступа

Финансовая защита является основным показателем системы здравоохранения. Ключевой задачей любой системы здравоохранения является защита отдельных лиц от значительных и/или неожиданных расходов на здравоохранение, которые они не могут себе позволить, и обеспечение того, чтобы они не отказывались от основной помощи по финансовым причинам. Обеспечение этой страховой функции требует как широкого охвата (то есть охвата, распространяемого на все население, как в случае с Казахстаном), так и низкого уровня распространения платежей из собственных средств.

Платежи из собственных средств составляют 38% всех расходов в Казахстане – уровень значения, который демонстрирует неудавшуюся попытку реализовать поставленные цели в части финансовой защиты населения. Диаграмма 1.35 показывает, что платежи из собственных средств составляют в среднем 20% общих расходов в странах-членах ОЭСР. ВОЗ считает, что система может обеспечить адекватную финансовую защиту, только если платежи из собственных средств находятся на уровне 20% или ниже этого уровня. Таким образом, Казахстан, как и

небольшое количество стран-членов ОЭСР, в частности, Латвия, Мексика и Корея, далек от соблюдения критерия ВОЗ в отношении адекватной финансовой защиты.

Диаграмма 1.35. Платежи из собственных средств в процентах от общих расходов на здравоохранение, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2014 год или ближайший к нему год



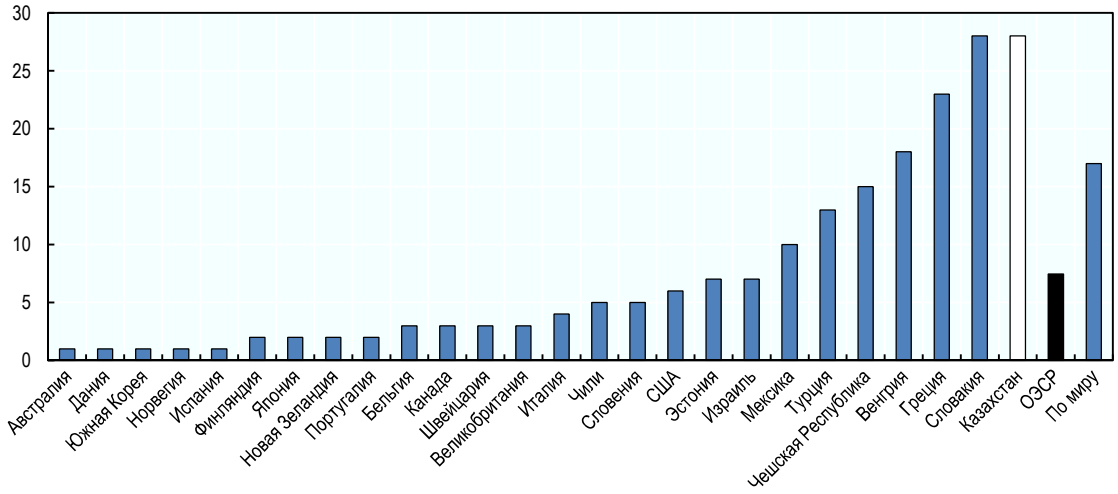
Источники: База данных ОЭСР по здравоохранению для стран-членов ОЭСР; ОЭСР 2016 для Казахстана.

Распространённость платежей из собственных средств в значительной степени обусловлена весьма ограниченным покрытием расходов на приобретение лекарственных средств. Данные национальных счетов здравоохранения показывают, что охват бюджетом лекарственных средств в Казахстане является особенно низким. В среднем, в странах-членах ОЭСР домашние хозяйства оплачивают 40% стоимости лекарственных средств из собственных средств. В Казахстане же эта цифра составляет 84% (ОЭСР, 2016 год). В настоящее время охват расходов на амбулаторные лекарства очень ограничен. Лекарственные средства, назначаемые на уровне первичной медико-санитарной помощи, как правило, оплачиваются пациентом и предоставляются бесплатно только пациентам, страдающим социально значимыми и опасными заболеваниями[10]. Напротив, в больничных учреждениях все лекарственные средства предоставляются бесплатно (Кацага и др., 2013 год). Эксперты сходятся во мнении, что это может объяснить предпочтение пациента лечь больницу вместо учреждения ПМСП. Чтобы облегчить бремя расходов на лекарственные средства для пациентов, правительство постепенно расширяет пакет льгот по амбулаторным лекарственным средствам с момента его введения в 2005 году.

В Казахстане неофициальные платежи также очень часты, даже по общемировой шкале. Барометр глобальной коррупции 2013 года «Трансперенси Интернешнл» представляет результаты опросов, проведённых в 107 странах. В глобальном масштабе 17% людей, обратившихся за медицинской помощью в течение последних 12 месяцев, заявили, что заплатили взятку, а в странах-членах ОЭСР данный показатель составил лишь 7% (Диаграмма 1.36). В Казахстане этот показатель составил 28%. Хотя он сопоставим с показателем в Словакии, важно указать, что эти

две страны входят в верхнюю треть списка стран мира по взяткам, выплачиваемым за доступ к медицинским услугам.

Диаграмма 1.36. Процент пациентов, которые заплатили взятку за медицинские услуги в течение последних 12 месяцев в Казахстане, странах-членах ОЭСР и в глобальном масштабе



Источник: Глобальный барометр коррупции, «Трансперенси Интернешнл» (2013 год).

Платежи из собственных средств обычно оказывают значительное обедняющее воздействие. В Казахстане не проводилось ни одного недавнего анализа влияния таких платежей на уровень бедности. Тем не менее, в 2002-2003 гг. для более половины населения Казахстана расходы на здравоохранение составляли более 10% от непродовольственного потребления, что можно считать катастрофическим уровнем расходов на здравоохранение (Бреденкамп и др., 2012 год). Около трети людей, живущих в бедноте, оказались за чертой бедности вследствие осуществления платежей за услуги отрасли здравоохранения из собственных средств. В то время платежи из собственных средств составляли 45% от общих расходов против 38% в настоящее время, поэтому, хотя в этой смысле и наблюдается некоторый прогресс, но его масштабы нужно дополнительно исследовать.

Результаты опроса домохозяйств в 2010 году показали, что 40% респондентов не обращались за услугами здравоохранения, когда у них возникала достаточно серьёзная проблема, чтобы требовать медицинской помощи, в течение предшествующих обращению четырёх недель. Возможно, многие из этих людей занялись самолечением, поскольку многие лекарства доступны без рецептов (Кацага и др., 2013 год). Аналогичным образом, во всестороннем опросе пациентов, проведённом в двух областях Казахстана между концом 2008 года и началом 2009 года, многие пациенты (10% всех опрошенных пациентов в Алматинской области и 19% в Жамбылской области) сообщили, что частные платежи за лекарства заставили их в предыдущем году принять решение отменить или отложить визит к врачу (ВОЗ, 2011 год). Качественное исследование Алматинской области также показывают, что в Казахстане высокие платежи из собственных средств могут сократить доступ к медицинскому обслуживанию и услугам по охране здоровья материнства (Данилович и Есалиева, 2014 год).

Вдобавок, доказательства того, что люди из малообеспеченных групп в Казахстане реже пользуются услугами здравоохранения и чаще выбирают самолечение. В исследовании, проведённом ВОЗ в 2000-2011 гг., Зухрке и др. (2008 год) обнаружили, что 28,4% опрошенных респондентов не посещали врача в течение болезни именно из-за нехватки денег, и это происходило в шесть раз чаще у беднейших, чем в самом богатом квинтиле респондентов.

Качество лечения

Отчасти благодаря наличию данных, оценка качества системы здравоохранения в Казахстане начинается с анализа потенциала системы в сфере борьбе с некоторыми хроническими заболеваниями. Далее следует обсуждение удовлетворённости пациента, которое обеспечивает понимание другого измерения качества.

Необходимо усовершенствовать доступность и своевременность лечения раковых заболеваний

Рак является одной из основных проблем здравоохранения и одной из основных причин смертности в странах-членах ОЭСР, и его распространение в Казахстане растёт. Характеристики хорошего клинического лечения рака хорошо известны, и если следовать клиническим рекомендациям, основанным на доказательной медицине, то по оценкам треть случаев раковых заболеваний можно вылечить, если они будут своевременно выявлены и будет применено соответствующее лечение (ОЭСР, 2015 год). Как таковые, результаты лечения раковых заболеваний могут служить мерилом качества системы здравоохранения.

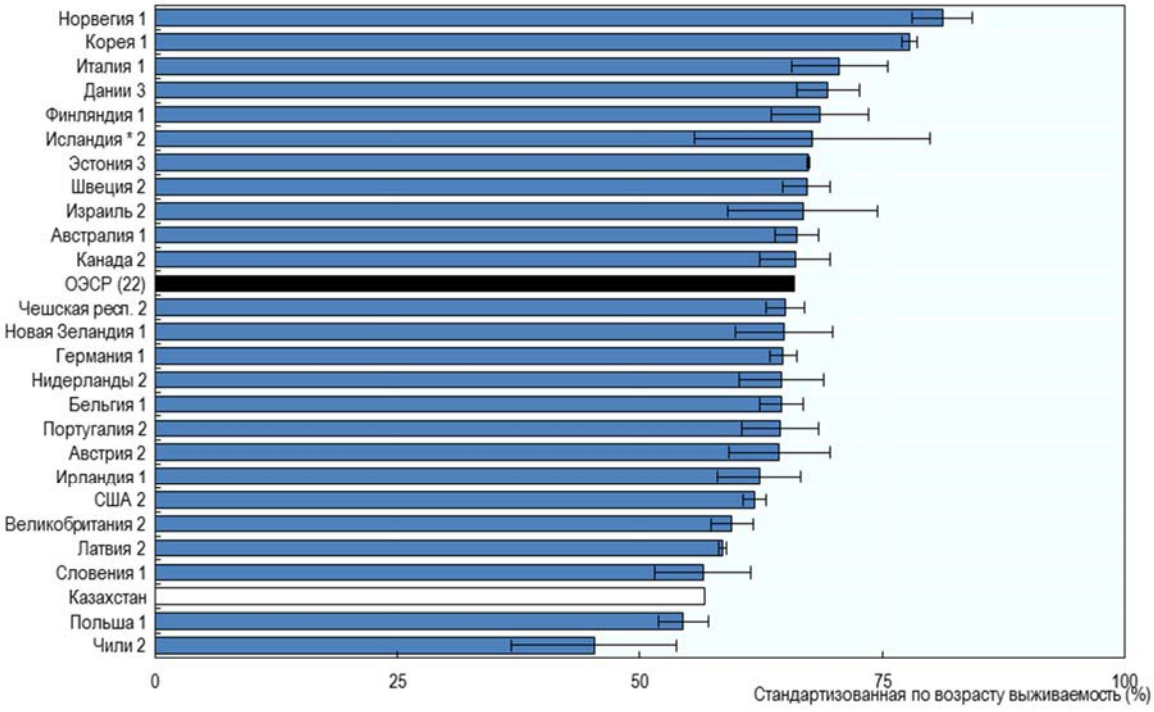
В частности, развитие рака шейки матки может быть предотвращено, если предраковые изменения обнаруживаются и лечатся до дальнейшего прогресса заболевания. Зарубежные страны придерживаются различной политики в отношении профилактики и ранней диагностики рака шейки матки. Показатели охваченных скринингом женщин в возрасте 20-69 лет в странах-членах ОЭСР составляли в среднем 61,6% и в 2013 году колебались в пределах от 20,7% в Мексике до 84,5% в США. Казахстан, следуя международным стандартам, также внедрил программу скрининга рак шейки матки для женщин в возрасте от 30 до 60 лет (одно тестирование на мазок Папаниколау каждые пять лет). Сегодня показатель скрининга составляет чуть более 50% от целевой группы населения, и, вероятно, эта цифра ниже для возрастного диапазона 20-69 лет, что означает существенные возможности для совершенствования.

Показатели пятилетней относительной выживаемости при раке шейки матки находятся в нижней части распределения ОЭСР (Диаграмма 1.37). Выживаемость при раке является одним из ключевых показателей эффективности систем лечения рака, принимая во внимание как раннее выявление заболевания, так и эффективность лечения. В Норвегии показатель выживаемости превышает 81%, а средний показатель в странах-членах ОЭСР был близок к 66% от общего числа выявленных случаев рака в 2013 году (последние имеющиеся данные). Показатель пятилетней относительной выживаемости, который в Казахстане составляет менее 57%, превышает аналогичные показатели лишь в Польше и Чили.

Рак молочной железы является наиболее распространённым типом рака среди женщин в странах-членах ОЭСР и в Казахстане. В Казахстане скрининг рака молочной железы проводится для женщин в возрасте от 60 до 70 лет, а показатель скрининга приближается к 70%. В странах-членах ОЭСР показатели скрининга

молочных желёз представлены для женщин в возрасте 50-69 лет, а средний показатель составляет 60%. Хотя цифры напрямую не сопоставимы, это говорит о том, что программа Казахстана относительно эффективна. Тем не менее, по-видимому, в Казахстане нельзя говорить о наличии систематического доступа к эффективному и своевременному лечению. Действительно, в 2015 году пятилетняя относительная выживаемость от рака молочной железы составила лишь 53%. Для сравнения – все страны-члены ОЭСР достигли пятилетней относительной выживаемости рака молочной железы, по меньшей мере, на 80% (в 2013 году за исключением Эстонии, где она составляла 74%) (Диаграмма 1.38) (последние доступные данные) (ОЭСР, 2015 год).

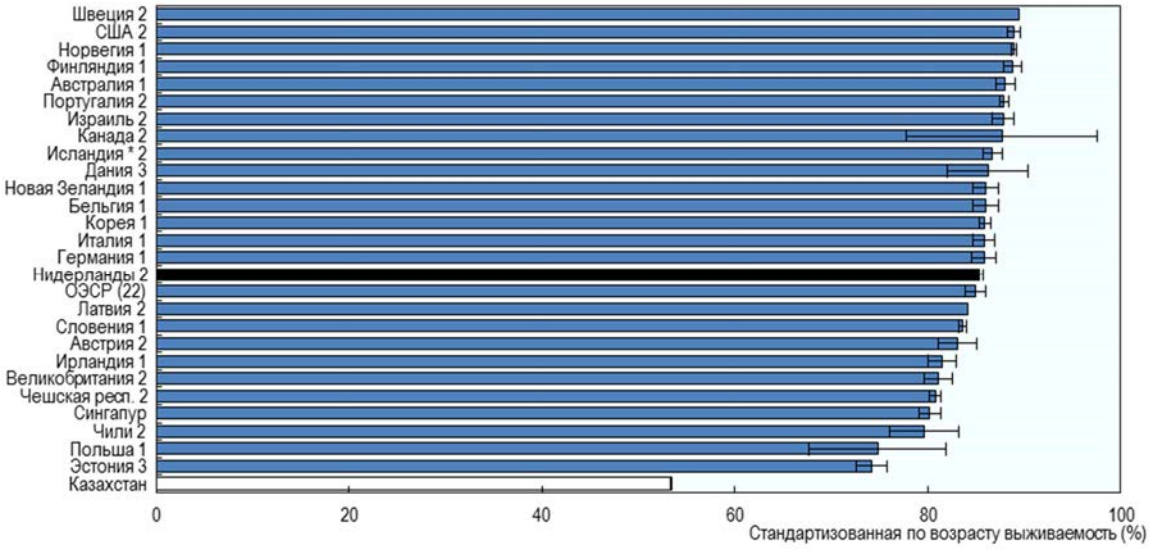
Диаграмма 1.37. Пятилетняя относительная выживаемость при раке шейки матки, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2010-2015 гг. (или ближайший период)



Примечание: 1. Анализ периодов, 2. Когортный анализ. 3. Различные методы анализа, используемые в разные годы. *Трёхпериодный средний показатель

Источник: Статистические данные ОЭСР по здравоохранению, 2015 год, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en ; Министерство здравоохранения, 2016 год.

Диаграмма 1.38. Пятилетняя относительная выживаемость при раке молочных желёз, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2010-2015 гг. (или ближайший период)

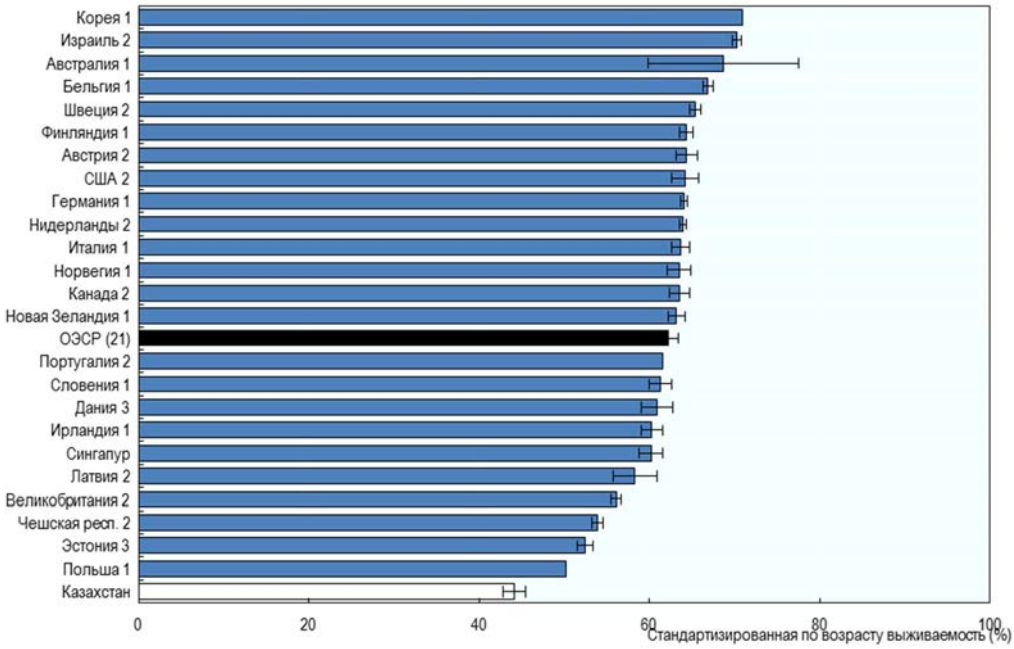


Примечание: 1. Анализ периодов, 2. Когортный анализ. 3. Различные методы анализа, используемые в разные годы. *Трёхпериодный средний показатель

Источник: Статистические данные ОЭСР по здравоохранению, 2015 год, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en ; МЗ, 2016 год.

Во всех странах-членах ОЭСР колоректальный рак является третьей наиболее часто диагностируемой формой рака после раковых заболеваний предстательной железы и лёгких у мужчин и вторым по распространённости раковым заболеванием после рака молочной железы у женщин (ОЭСР, 2015 год). Показатели колоректального скрининга особенно трудно сравнивать между странами, однако в Казахстане существует программа скрининга, в которой участвует около половины целевого населения. Как и в случае рака молочной железы, Казахстан с показателем выживаемости в 44% значительно уступает странам-членам ОЭСР с самыми низкими показателями и значение соответствующего показателя страны намного ниже среднего показателя по ОЭСР, который составляет 62% (Диаграмма 1.39).

Диаграмма 1.39. Пятилетняя относительная выживаемость при колоректальном раке, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2010-2015 гг. (или ближайший период)



Примечание: 1. 1. Анализ периодов, 2. Когортный анализ. 3. Различные методы анализа, используемые в разные годы. *Трёхпериодный средний показатель.

Источник: Статистические данные ОЭСР по здравоохранению, 2015 год, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en ; МЗ, 2016 год.

Казахстан предпринял значительные усилия для увеличения показателей скрининга и добился значимых результатов в этом направлении. Тем не менее, необходимо будет и далее улучшать эти показатели, а также доступность и качество лечения. В ОЭСР успехи в лечении, включая улучшенные хирургические методы, лучевую терапию и комбинированную химиотерапию, а также более широкая и своевременная доступность лечения значительно способствовали повышению уровня выживаемости за последние два десятилетия.

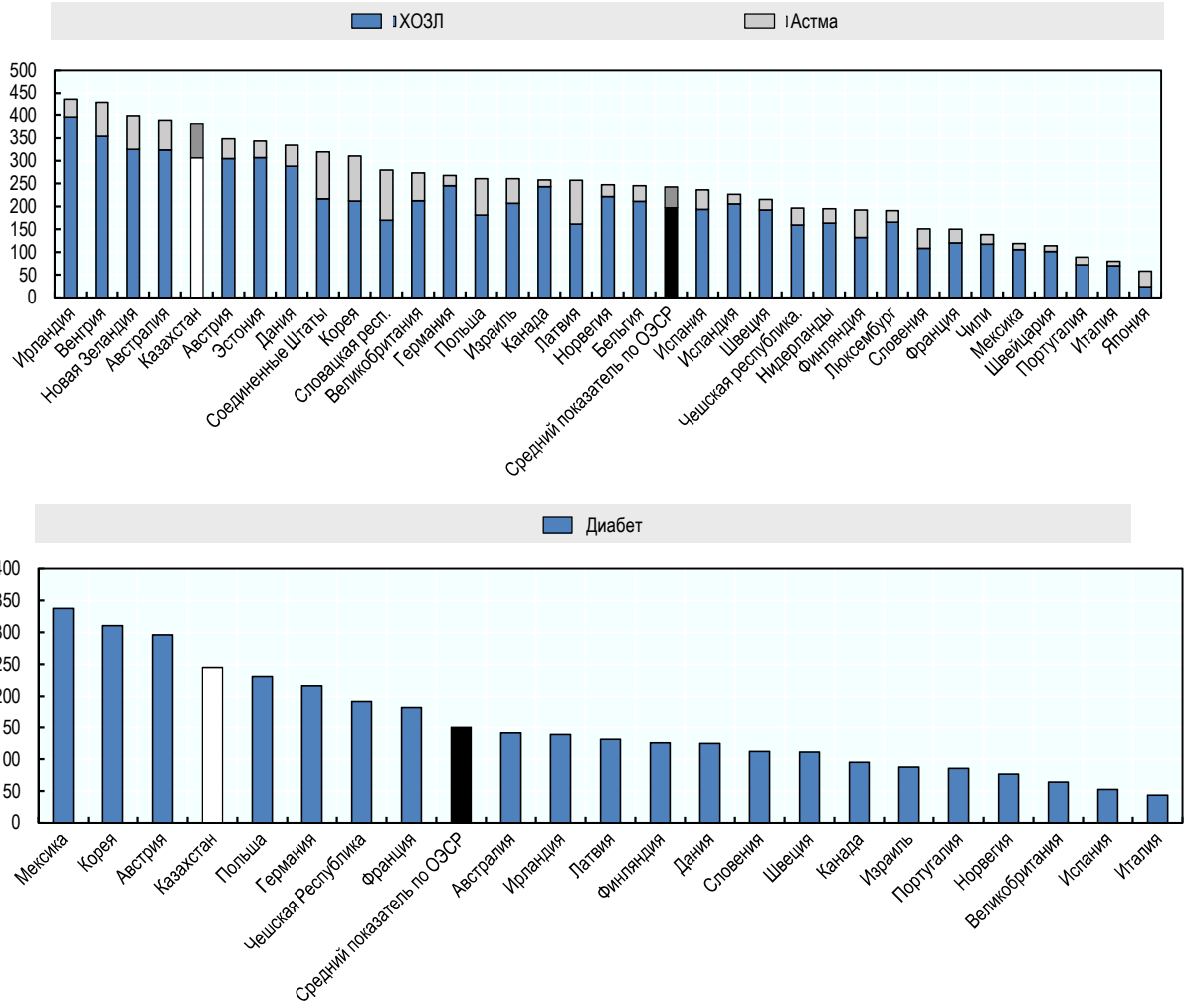
Возросло количество случаев предотвращения необходимости госпитализации по причине хронических заболеваний

Количество госпитализаций по причине наличия заболеваний, поддающихся лечению в амбулаторных условиях, является эффективным показателем качества первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Это имеет особое значение для Казахстана, если уделить особое внимание первичной медико-санитарной помощи. Заболевания, поддающиеся лечению в амбулаторных условиях, - это условия, для которых эффективная и доступная первичная медицинская помощь может вообще предотвратить необходимость госпитализации, или для которой раннее вмешательство может снизить риск осложнений или предотвратить более тяжёлое заболевание (Агентство исследований и качества здравоохранения, 2001 год). Диабет, хроническое обструктивное заболевание лёгких (ХОЗЛ) и астма[11], стенокардия, гипертония и застойная сердечная недостаточность (ЗСН), бактериальная пневмония, обезвоживание, педиатрический гастроэнтерит и низкий вес при рождении - все это заболевания, поддающиеся лечению в амбулаторных условиях, с подтверждёнными доказательствами того, что значительная часть

лечения, осуществляемого амбулаторно, на уровне первичной медицинской помощи или участкового врача. С помощью раннего и надлежащего лечения можно избежать острого ухудшения состояния людей с этими заболеваниями и последующей госпитализации.

Показатели госпитализации с заболеваниями, поддающимися лечению в амбулаторных условиях, ставят Казахстан среди стран-членов ОЭСР с неудовлетворительными показателями. В 2015 году из-за астмы или ХОЗЛ в Казахстане было госпитализировано более 500 человек на 100 тыс. населения. Это контрастирует с приблизительно 58 пациентами в Японии, 89 пациентами в Португалии или 150 пациентами во Франции. Аналогичная картина наблюдается при госпитализации в связи с диабетом. В 2015 году из-за этой хронической болезни в Казахстане было госпитализировано 41 751 человек, или 327 человек на 100 тыс. жителей, что значительно превышает средний показатель по странам-членам ОЭСР (Диаграмма 1.40).

Диаграмма 1.40. Госпитализация с астмой, хроническим обструктивным заболеванием лёгких и диабетом на 100 000 жителей, Казахстан и страны-члены ОЭСР, 2013 год (или ближайший год)

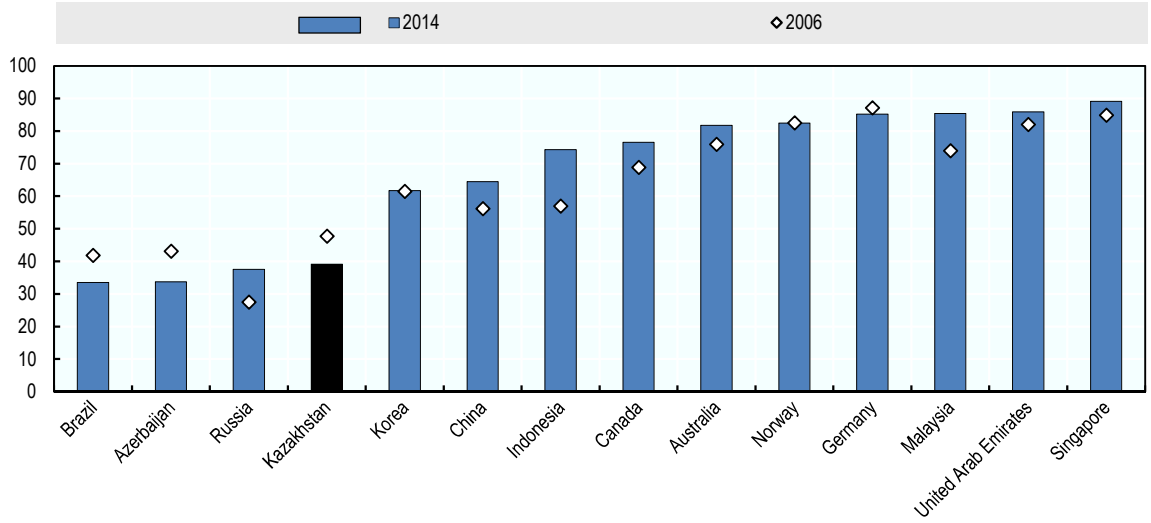


Источник: Статистические данные ОЭСР по здравоохранению, 2016 год, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en; Министерство здравоохранения, Казахстан, 2016 год.

Уровень удовлетворённости пациентов в Казахстане выше, чем в некоторых других постсоветских странах, но он снижается

Менее половины населения удовлетворено системой здравоохранения, и эта доля снижается со временем. При том, что различия в удовлетворённости могут отражать различия в ожиданиях в разных странах, но, тем не менее, дают некоторое представление о качестве систем здравоохранения. Исследования степени удовлетворённости пациентов, как правило, показывают, что население в целом более чем в нескольких других постсоветских странах, удовлетворено национальной системой здравоохранения. Исследование, проведённое Футманом и др. (2013 год), установило, что около 51% казахского населения выразило удовлетворённость системой здравоохранения. Хотя данный показатель и ниже уровня удовлетворённости в таких странах, как Азербайджан (56% удовлетворены), Армения (54%), Беларусь (52%), но гораздо выше по сравнению с Молдовой (32%), Россией (24%) и Украиной 17%). На Диаграмме 1.41 видно, что уровень удовлетворённости в 2016 году составляет менее 40 процентов, что на 8 процентных пунктов меньше, чем в 2006 году, но всё же выше, чем в России.

Диаграмма 1.41. Доля населения, удовлетворённого системой здравоохранения, 2006 год и 2016 год



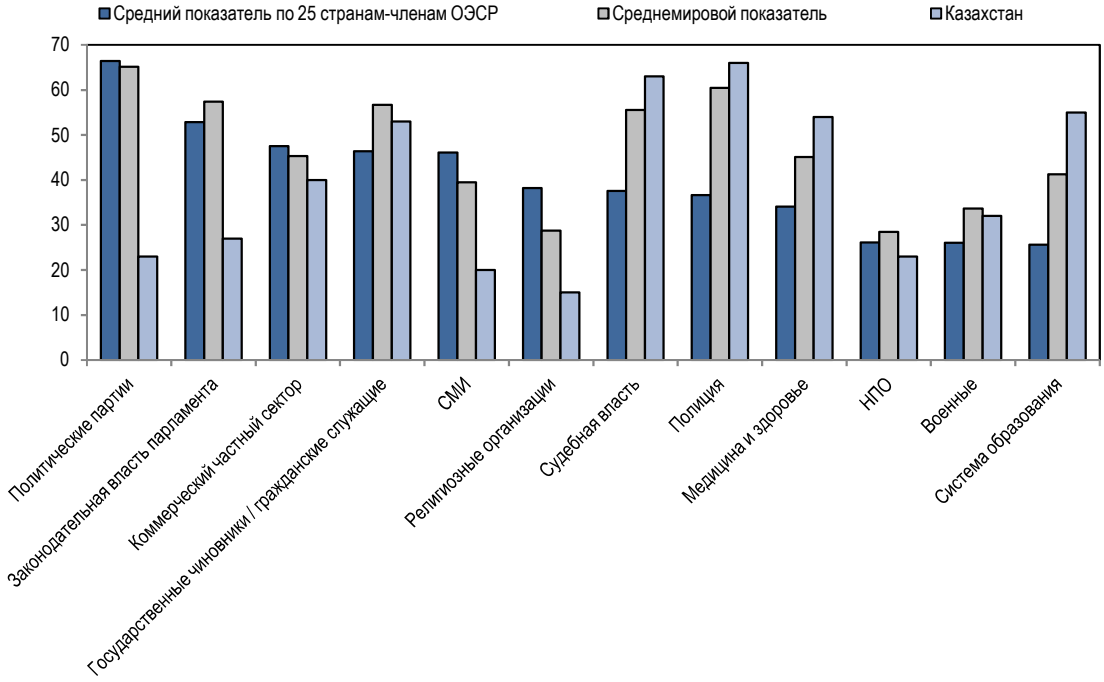
Примечание: доля респондентов, которые ответили «удовлетворены» на вопрос: «В городе или районе, где вы живете, вы удовлетворены или недовольны наличием качественной медицинской помощи?». Данные за период с 2014 года, за исключением Китая и Объединённых Арабских Эмиратов (2013 год), и с 2006 года, за исключением Австралии, Бразилии, Канады, Китая и Германии (2007 год).

Источник: Гэллап (2014 год), Мировой опрос Гэллап (база данных).

В рамках другого исследования, в котором использовался вопросник, содержащий пять качественных измерений (5 КИ)[12], было выявлено, что пациенты в Казахстане особенно недовольны базовыми ресурсами, которые необходимы для оказания медицинских услуг (например, внешний вид приёмного покоя и чистота в больнице), отношение персонала к стационарному лечению (например, вежливость медицинского персонала или ее отсутствие) и информация, финансовые или социальные обмены (например, время ожидания для получения возмещения или время, потраченное сотрудниками на понимание потребностей пациентов) (Зинелдин и др., 2011 год).

Население в Казахстане также считает, что сектор здравоохранения особенно подвержен коррупции. При подготовке Барометра глобальной коррупции ТИ проводился опрос респондентов, какие из 12 секторов или учреждений они считают коррупционными или крайне коррумпированными. Сравнение средних показателей по ОЭСР и по миру свидетельствует о том, что в странах-членах ОЭСР респонденты полагают, что коррупция менее распространена, особенно в сфере предоставления услуг, которые обычно финансируются или предоставляются государством, - таких, как полиция, судебная система, образование и здравоохранение. В странах-членах ОЭСР сектор здравоохранения входит в нижнюю треть коррумпированных учреждений. В Казахстане здравоохранение занимает четвёртое место среди наиболее коррумпированных секторов, а 54% респондентов считают этот сектор коррумпированным или крайне коррумпированным, что выше, чем среднемировой показатель, который составляет 45% (Диаграмма 1.42).

Диаграмма 1.42. Процент населения, который считает различные секторы коррумпированными или крайне коррумпированными в Казахстане, во всем мире и ОЭСР, 2013 год



Источник: «Трансперенси Интернешнл», Глобальный барометр коррупции (2013 год).

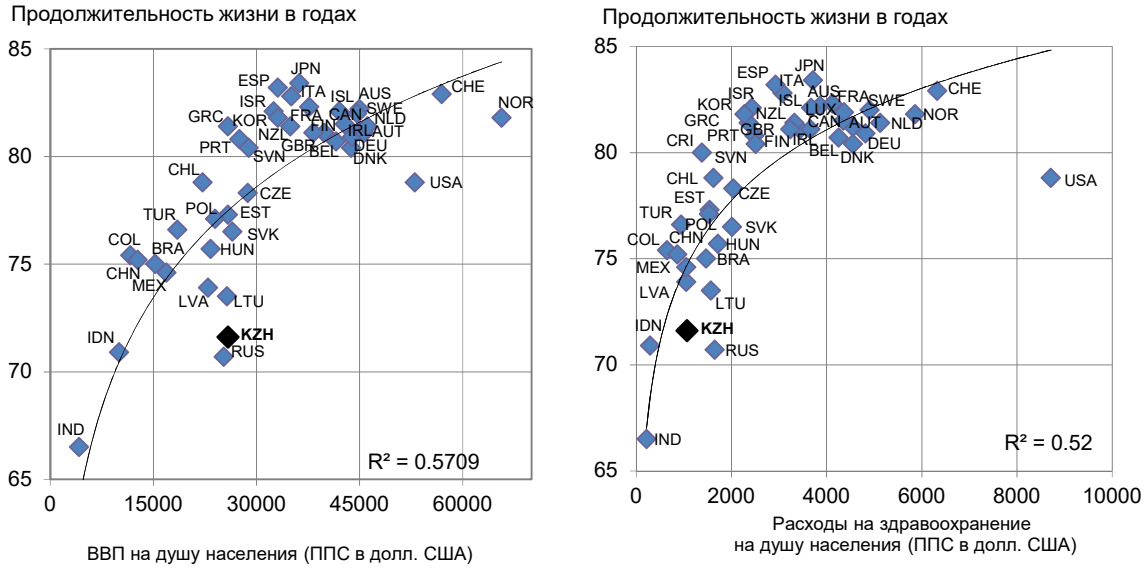
В целом, экономический прогресс не сопровождался соответствующим увеличением ожидаемой продолжительности жизни при рождении

Несмотря на быстрый экономический рост, увеличение как общего объёма расходов, так и объема расходов государственного бюджета на здравоохранение и прогресс в государственном обеспечении здравоохранения (с гарантированным объёмом бесплатной медицинской помощи), многие ключевые показатели здоровья остаются низкими. В целом, между странами существует хорошо прослеживаемая связь между более высоким уровнем национального дохода (понимаемого как ВВП

на душу населения) и показателями здоровья, (мерой измерения которого стала ожидаемая продолжительность жизни при рождении), хотя эти отношения менее заметны при более высоких уровнях национального дохода. Также наблюдается заметная взаимосвязь между ожидаемой продолжительностью жизни при рождении и расходами на здравоохранение на душу населения (без учёта капитальных вложений) (ОЭСР, 2015 год). При том, что разница в ожидаемой продолжительности жизни при рождении в межстрановом разрезе может, естественно, объясняться целым рядом факторов, помимо ВВП на душу населения и расходов на здравоохранение на душу населения вышеописанные связи широко признаны в качестве соответствующей отправного пункта обсуждения работы конкретной системы здравоохранения (ОЭСР, 2015 год).

По сравнению с другими странами со схожим уровнем ВВП на душу населения Казахстан продолжает отставать в части средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Как упоминалось выше, средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляла 71,9 года в 2015 году – это примерно на восемь лет меньше, чем в среднем по странам-членам ОЭСР (см. Диаграмму 1.6) (Комитет по статистике Республики Казахстан, 2015 год, ВОЗ, 2016 год). В странах Балтии, а также в странах Центральной Европы, в которых наблюдается примерно тот же уровень ВВП на душу населения, что и в Казахстане, средняя продолжительность жизни при рождении значительно выше. Есть страны с более низким уровнем ВВП на душу населения и гораздо более высокой ожидаемой продолжительностью жизни при рождении, чем в Казахстане (Диаграмма 1.43 – левая панель). Учитывая благоприятные для Казахстана экономические условия, можно задаться законным вопросом о том, является ли низкий уровень расходов страны на здравоохранение достаточным объяснением скромных результатов, достигнутых национальной системой здравоохранения. Многие страны со схожим уровнем расходов достигают более высокой ожидаемой продолжительности жизни при рождении (Диаграмма 1.43 – правая панель). Это свидетельствует о том, что, хотя для Казахстана опцией может стать вопрос о дальнейшем увеличении расходов на здравоохранение, решающее значение также будет иметь повышение эффективности национальной системы здравоохранения.

Диаграмма 1.43. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении и ВВП на душу населения (слева) и ожидаемая продолжительность жизни при рождении и расходы на здравоохранение на душу населения (справа), 2015 год (или наиболее поздний год)



Источники: Статистические данные ОЭСР в сфере здравоохранения, 2017 год, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en; База данных ВОЗ по глобальным расходам на здравоохранение (2016 год); данные Всемирного Банка по национальным счетам (2016 год); Министерство национальной экономики Республики Казахстан, Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстан (2015 год).

1.5. Итоговая оценка и стратегические направления

Краткое резюме

Экономический прогресс сопровождается усилиями по реформированию системы здравоохранения

С начала 2000-х годов экономический прогресс в Республике Казахстан был показательным, и в настоящее время ВВП страны на душу населения сравним с центрально-европейскими членами ОЭСР. По мере улучшения материальных условий приоритетным направлением в повестке политики стали другие аспекты благосостояния, такие как здоровье. В связи с этим Казахстан приступил к проведению ряда масштабных реформ в области здравоохранения, направленных на повышение доступности, принципа равенства и эффективности медицинских услуг, в частности путем:

- принятия пакета Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), предоставляемого бесплатно всему населению. ГОБМП был введен в действие с целью обеспечения равного доступа по всей стране и как средство, служащее основой для обеспечения финансовой устойчивости системы;

- перераспределения баланса оказания услуг путем развития первичной медико-санитарной помощи и реструктуризации больничного сектора в целях сокращения традиционной зависимости от стационарного обслуживания, с особым вниманием на взаимодействии между поставщиками медицинских услуг различного уровня по обслуживанию;
- стимулирования конкуренции за качество услуг, в частности, путем перехода от глобального бюджетирования к методам оплаты, которые больше поощряют работу и качество, повышения автономии государственных медицинских учреждений и предоставления пациентам возможности выбирать поставщиков услуг.

Данные реформы сопровождаются дополнительными инвестициями в здравоохранение. В реальном выражении общие расходы Казахстана на здравоохранение значительно возросли с середины 1990-х годов, но, тем не менее, остаются относительно низкими в доле ВВП страны. Они также весьма скромны по сравнению со странами ОЭСР аналогичного уровня экономического развития. Кроме того, чуть более половины общих расходов на здравоохранение финансируется из государственного бюджета, а платежи из собственных средств являются очень высокими по стандартам ОЭСР.

Результативность системы здравоохранения улучшилась, но разрыв со странами ОЭСР остается

В настоящей главе обзора представлены имеющиеся данные по основным величинам результативности системы здравоохранения с показателями, обобщенными ниже.

- За последнее десятилетие средняя продолжительность жизни при рождении стремительно возросла, однако сохраняется значительный потенциал для улучшения положения. Несмотря на прогресс, средняя продолжительность жизни в Казахстане при рождении намного ниже среднего показателя по ОЭСР. В частности, она по-прежнему отстает от стран ОЭСР с аналогичным уровнем ВВП на душу населения или расходов на здравоохранение на душу населения. В Казахстане продолжительность жизни также характеризуется одним из крупнейших гендерных разрывов - почти вдвое выше среднего гендерного разрыва в продолжительности жизни в странах ОЭСР.
- Прогресс в отношении других ключевых показателей в области здравоохранения отражает неоднозначную картину, причем в некоторых областях наряду с гораздо менее успешными примерами достигнуты заметные улучшения. За последние два десятилетия младенческая и материнская смертность сократились соответственно в четыре и шесть раз, что позволило Казахстану достичь соответствующих целей Декларации тысячелетия (ЦДТ) и приблизиться к средним показателям ОЭСР. В Казахстане также низкий уровень смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний, но туберкулез представляет собой тревожное исключение. Однако, большая часть смертей обусловлена хроническими условиями, и уровень смертности значительно превышает показатели в странах-членах ОЭСР по региону.
- На самом деле, среди условий, непосредственно поддающихся медицинскому вмешательству, сердечно-сосудистые и респираторные заболевания

объясняют большую часть избыточной смертности в Казахстане. Прежде всего, выделяются показатели смертности от цереброваскулярных заболеваний (инсульта) и хронических заболеваний нижних дыхательных путей, таких как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Уровень выживаемости от рака также низок, и рак является третьей ведущей причиной смерти. В Казахстане также отмечена относительно высокая смертность от болезней пищеварительной системы, в частности от заболеваний печени, связанных с алкоголем.

- Хотя в стране зафиксирован значительный прогресс в сокращении избыточной смертности, статистические данные по отдельным заболеваниям следует толковать с осторожностью. Средние национальные показатели маскируют поразительное неравенство в регионах, где в ряде регионов наблюдается ухудшение, а не прогресс по ключевым показателям в области здравоохранения, таким как материнская смертность. Кроме того, более пристальное изучение данных свидетельствует о том, что классификация причин смерти значительно изменилась в последнее десятилетие.
- Данные о распространенности поведенческих факторов риска на уровне населения свидетельствуют о том, что они совпадают со средними уровнями ОЭСР, однако статистические данные маскируют отмеченные гендерные различия. Данные, дезагрегированные по полу и другим социально-демографическим факторам, не всегда являются актуальными или отсутствуют, мужчины в Казахстане часто курят и чрезмерно употребляют алкоголь, в то время как женщины имеют склонность к ожирению.
- В среднем система обеспечивает приемлемый доступ к медицинскому обслуживанию, но географическое неравенство остается существенным. Использование амбулаторных и больничных услуг на душу населения аналогично среднему показателю по ОЭСР. Однако, по количеству контактов с системой здравоохранения существуют большие различия в региональной и сельской местности по сравнению с городом. Наиболее серьезные диспропорции происходят в отдаленных районах, где препятствием для доступа являются плохое транспортное обеспечение и продолжительность по времени, чтобы добраться до медицинских учреждений.
- Наконец, там, где имеются данные, они показывают, что эффективность и качество предоставления услуг по-прежнему значительно ниже, чем в большинстве стран ОЭСР. Например, показатели госпитализации при таких зависящих от амбулаторной помощи заболеваниях, как астма и диабет, чрезвычайно высоки, а показатели выживаемости от рака отстают.

В целом, несмотря на достигнутый на настоящий момент прогресс, результативность системы здравоохранения отстает от показателей стран ОЭСР. На самом деле, как отмечалось в конце предыдущего раздела, многие страны с аналогичным уровнем доходов опережают Казахстан по показателям в области здравоохранения.

Медленный прогресс, переживаемый Казахстаном, является типичным в Восточной Европе и Центральной Азии

Опыт Казахстана во многом аналогичен опыту многих стран региона Восточной Европы и Центральной Азии. Несмотря на сближение уровней доходов с Западной

Европой и ОЭСР, в странах региона за последнюю четверть века разрыв показателей в области здравоохранения увеличился (Смит и Нгуен, 2013). В то время как разрыв по продолжительности жизни между ЕС15 и Казахстаном в 1990 году составлял около 2 лет, сейчас он составляет около 5 лет.

Причины разрыва между ЕС15 и странами в более центральной части региона имеют глубокие корни и многочисленные факторы (Smith and Nguyen, 2013). Разрыв по продолжительности жизни в значительной степени обусловлен сочетанием масштаба сердечно-сосудистых заболеваний и избыточной смертности по внешним причинам, к которым зачастую применяются несоответствующие меры - от плохого контроля факторов риска до неспособности обеспечить надлежащее лечение. Избыточная зависимость от финансирования из собственных средств зачастую приводит к недостаточному доступу, особенно для наиболее уязвимых групп населения, в то время как государственное финансирование по-прежнему искажается в пользу больничных услуг. Наконец, более эффективные страны, как правило, организуют свои системы здравоохранения таким образом, где оплата поставщикам связана с их работой, им позволяют получать большую автономию, они в большей степени опираются на информацию и данные для принятия решений, объединяют ресурсы в масштабе всего населения и где ими руководят заинтересованные и надежные руководители.

Быстро развивающиеся реформы идут в правильном направлении, но мало что известно о том, насколько хорошо они претворяются в эффективные изменения и приносят результаты, имеющие значение на местах.

Казахстан добился прогресса по многим из этих направлений, в частности, в преобразовании и модернизации предоставления медицинского обслуживания. В двух ключевых главах данного обзора рассматриваются соответственно ПМСП и больницы. Их выводы не будут повторно излагаться здесь, но их включение в более широкий перспективный план системы здравоохранения подчеркивает, что:

- Несмотря на достигнутый прогресс, структура предоставления услуг остается ориентированной на больницы и не готова предоставлять высококачественные услуги повсюду. Количество больничных коек сократилось, однако совершенствование больничного сектора не является систематическим. Несмотря на быстрый рост числа специалистов ПМСП, медицинских работников остается слишком мало, чтобы обеспечить равный доступ к ПМСП для всех. Недостаточно развиты государственное здравоохранение, долгосрочная помощь и реабилитация. На всех уровнях системы, и особенно за пределами крупных городов, способность предоставлять услуги затрудняется плохой инфраструктурой и недостаточным оборудованием.
- Возросла автономия многих государственных поставщиков услуг, и механизмы оплаты больше учитывают их работу и качество, однако многое еще предстоит сделать, чтобы воспроизвести практику стран ОЭСР по заключению контрактов и платежам.
- Предпринимаются инициативы в поддержку повышения качества медицинского обслуживания, однако эти усилия необходимо активизировать. На самом деле, лечение хронических заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи, несмотря на то, что оно стимулируется и

регулируется руководящими принципами и протоколами лечения, не приводит к уменьшению числа госпитализаций. Процедуры, связанные с лечением сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний, выполняются очень редко. Таким образом, потенциал системы по устранению существующего уровня заболеваний требует дальнейшего укрепления.

Вопрос о том, в какой степени изменения и реформы внедряются в систему, остается открытым. Значительные усилия предпринимаются в целях осуществления реформ, решительно и зачастую ускоренными темпами. Как следствие, сегодня многие институциональные характеристики сформированы по аналогии с наиболее эффективными системами. Это, безусловно, замечательное достижение, но в ответ показатели не обязательно улучшаются. Это может быть отчасти вопрос времени. Однако, как это часто бывает, существует также вероятность того, что значительно меньше внимания уделяется фактическому осуществлению этих общесистемных преобразований. Отправной точкой является обеспечение наличия ресурсов, как финансовых, так и человеческих, для эффективного осуществления преобразований, что является сдерживающим фактором в любой среде, включая Казахстан, где ресурсы, выделяемые на здравоохранение, по-прежнему ограничены. Но управление изменениями также требует, среди прочего, обеспечения качества и согласованности политики на национальном и местном уровнях, создания условий для изменений, выявления лидеров на всех уровнях системы, которые заинтересованы и привержены изменениям, и развития новой организационной культуры (ВОЗ 2016). В Казахстане имеются четкие системы по мониторингу “достижения” различных реформ, количества людей, прошедших обучение, количество учреждений в новой схеме и т. д. Однако имеется очень мало информации о процессах осуществления реформы, проблемах и прогрессе в достижении намеченных результатов.

Это говорит о фундаментальной проблеме, на которую пытается пролить свет данный обзор: необходимость улучшения сбора и использования данных на всех уровнях системы. Запрос ОЭСР по данным был комплексным и нацеленным на сбор основных показателей, используемых для оценки результативности системы в большинстве стран ОЭСР. Несмотря на предпринятые усилия для получения ответа, данные оказались неполными. Анализ также выявил ряд несоответствий, вызывающих вопросы о качестве, полноте и достоверности данных. Диагностика первопричин разрыва в результативности системы здравоохранения требует не только измерения ключевых результатов на высоком уровне и промежуточных результатов, но и понимания того, реализуются ли процессы и имеются ли ресурсы на всех уровнях. В целом, нынешняя структура мониторинга в стране нуждается в дальнейшем развитии для отслеживания прогресса и результатов реализации политики (Оберманн, 2016). Модернизация информационной системы началась десять лет назад, но процесс оказался непредсказуемым. В целом, система не отражает современные стандарты и отстает от стран ОЭСР в той степени, в какой имеющиеся данные используются для систематического измерения, сравнения и повышения эффективности услуг здравоохранения. Существует также ограниченный обмен информацией между поставщиками услуг на различных уровнях, что является критическим препятствием на пути более глубокой интеграции и координации обслуживания. Наконец, не разработан независимый мониторинг реформ (Биртанов, 2016).

Стратегические направления развития системы здравоохранения в Казахстане

Для достижения Республикой Казахстан результатов в области здравоохранения, которые можно ожидать с учетом уровня экономического развития, необходимо продолжать усилия по реформе, углублять и лучше координировать. Казахстан стремительно модернизирует свою систему здравоохранения, но продолжает сталкиваться с серьезными проблемами в преодолении текущего уровня заболеваний. Некоторые из основных препятствий на пути дальнейшего улучшения ситуации являются результатом истории страны, включая постсоветское наследие недостаточного инвестирования в первичную медико-санитарную помощь и относительное внимание к лечению инфекционных заболеваний. Тем не менее, другие препятствия являются более современными, включая раздробленность отчетности и недостаточное внимание, уделяемое развитию услуг и программ, которые эффективно справляются с уровнем заболеваний.

Для завершения данной оценки высокого уровня системы здравоохранения Казахстана заключительный раздел посвящен общим стратегическим направлениям и приоритетам. Основное внимание обзора, как определено Министерством здравоохранения, обращено предоставлению услуг. Анализ, содержащийся в настоящем отчете, подчеркивает важность продолжения и даже активизации усилий по укреплению потенциала системы по преодолению уровня заболеваний, включая укрепление системы оказания услуг, но также указывает на необходимость активизации усилий в рамках повестки в области здравоохранения. Реформы в области финансирования здравоохранения, кратко обсуждаемые в конце этого раздела, должны быть направлены на достижение тех же целей и содействие развитию финансовых гарантий для нуждающихся.

Активизация усилий по преодолению уровня хронических заболеваний

По мере продолжения реформ их основная цель должна заключаться в преодолении уровня заболеваний, поддающихся медицинским мероприятиям, с тем чтобы сократить разрыв со странами ОЭСР по показателям в области здравоохранения. Учитывая данные о состоянии здоровья населения Казахстана, приоритетное внимание следует уделять лечению, контролю и целенаправленной профилактике хронических заболеваний. Для более эффективного улучшения состояния здоровья населения усилия должны быть направлены на анализ подгрупп населения и принятие уточненной сегментации на основе конкретных медицинских потребностей. Такой анализ способствовал бы выявлению и осуществлению высокоэффективных мероприятий. Например, в странах ОЭСР увеличение продолжительности жизни можно отнести к снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) - так называемой “сердечно-сосудистой революции” - которая произошла за последние три десятилетия. Эти положительные изменения можно объяснить целевыми широкомасштабными мероприятиями по лечению, контролю и профилактике ССЗ (см. Вставку 1.3).

Вставка 1.3. Объяснение снижения смертности от ССЗ в странах ОЭСР

Целевое расширение возможностей системы здравоохранения в области профилактики, лечения и контроля сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) сыграло важную роль в снижении уровня смертности и увеличении продолжительности жизни в странах ОЭСР. Внедрение и распространение в последние десятилетия новых технологий, таких как липид-снижающая терапия и антигипертензивные препараты, коронарная ангиопластика и тромболизис, оказали заметное влияние на качество медицинской помощи. Кроме того, профилактические мероприятия, такие как программы борьбы с табакокурением, также оказали реальное воздействие на ССЗ.

Ряд исследований оценил относительный вклад лечения и контроля факторов риска в улучшении ситуации со смертностью от ишемической болезни сердца (ИБС), являющейся одним из основных факторов общей смертности от ССЗ. В ряде стран использовали так называемую IMPACT модель для объяснения изменений у наблюдаемых из числа населения. Эта модель, разработанная учеными Ливерпульского университета, использует данные за продолжительный период по основным факторам риска населения (высокое систолическое кровяное давление, повышенный общий холестерин в сыворотке крови, диабет, ожирение, курение и физическая неактивность), а также по медицинским и хирургическим методам лечения с целью количественной оценки вклада, который внесли лечение и сокращение факторов риска для снижения смертности от ИБС.

Модель IMPACT неизменно показывает, что изменения как в методах лечения так и в факторах риска вносят существенный вклад в снижение смертности, связанной с ССЗ, хотя относительная важность этих двух факторов различается между странами. В рамках исследований на лечение приходится 41% общего уменьшения уровня смертности от ИБС, в то время как сокращение факторов риска, обусловленное как фармакологическими, так и консультационными мероприятиями, составило 49%.

Источники: ОЭСР (2015), Сердечно-сосудистые заболевания и диабет: Стратегии для совершенствования здравоохранения и качества медицинского обслуживания, Исследования ОЭСР по политике здравоохранения, Издательство ОЭСР, Париж. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en.

Продолжать и углублять круг реформ в сфере предоставления услуг

Для более эффективного устранения уровня заболеваний необходимо продолжать усилия по обеспечению сбалансированности и модернизации структуры оказания медицинских услуг. В целом, существует необходимость в обновлении и более четком видении будущей архитектуры системы здравоохранения. Любая дальнейшая структурная реорганизация выиграла бы от анализа существующих категорий медицинских учреждений с целью как уточнения, так и сокращения числа категорий, а также пересмотра объема услуг, предоставляемых в рамках каждой категории, с тем чтобы лучше отразить потребности для здоровья населения. На основе существующих планов, сети учреждений на всех уровнях должны быть реорганизованы таким образом, чтобы они соответствовали новым моделям предоставления услуг и соответствовали тенденциям в области народонаселения и формам доступа. Изменения в структуре предоставления медицинских услуг должны также учитывать особые проблемы, связанные с географией страны и низкой плотностью населения.

Хотя структурные реформы последовательно содействовали восстановлению баланса в области оказания медицинских услуг в пользу первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), по-прежнему требуется дальнейшее укрепление ее роли. Поскольку наличие койко-мест в больничном секторе все более отвечает потребностям, важно также обеспечить, чтобы использование больничных услуг ограничивалось специализированной помощью в сложных случаях и интенсивной

терапии, которые не могут быть предоставлены ни в одном другом учреждении. В частности, опыт стран ОЭСР свидетельствует о том, что во многих случаях хронического заболевания можно эффективно и экономически рентабельно лечить или проводить профилактику на уровне ПМСП. Таким образом, дальнейшая оптимизация больничных услуг и развитие ПМСП могут предложить реальные возможности для повышения эффективности системы. В главах 3 и 4 приводятся более подробные рекомендации по укреплению ПМСП и реорганизации больничных услуг в Казахстане.

Обеспечение качества системы на всех уровнях

Дальнейшая реструктуризация и развитие здравоохранения должны сопровождаться дополнительными усилиями по повышению качества. Помимо существующих инициатив в области качества, таких как использование клинических руководящих принципов, процессов аккредитации и путей оказания медицинской помощи, новые меры по повышению качества должны способствовать периодическому мониторингу показателей в области здравоохранения, например, путем создания стимулов для отчетности. Первоначально данные инициативы могут быть сосредоточены на ограниченном стандартизированном наборе показателей на основе существующих данных. Как только будут созданы надежные системы данных, механизмы оплаты по результатам могут строиться на совершенствовании этих показателей в области здравоохранения, а не на критериях эффективности лечения, или наступления или профилактики редких случаев. Инициативы по повышению качества должны также уделять приоритетное внимание дальнейшей модернизации информационных систем здравоохранения, в частности, заполнению электронной истории болезни, для того чтобы обобщать медицинские данные и способствовать непрерывности оказания медицинской помощи пациентам.

Представление отчетности и поощрение качества медицинской помощи, а не карательные меры, могут также способствовать расширению вовлеченности медицинских работников, и тем самым внедрять культуру гарантии качества. Например, данные, полученные от систем здравоохранения ОЭСР, свидетельствуют о том, что публичное представление данных на уровне поставщиков услуг о наиболее частых показателях в области здравоохранения повышает осведомленность о различиях между поставщиками услуг, стимулирует обсуждение путей повышения надежности данных и направляет усилия на улучшение показателей. Участие медицинских работников будет наиболее значительным в открытой, конструктивной среде. Это будет способствовать разработке усовершенствованных программ оплаты труда по результату и обеспечит их принятие поставщиками услуг.

Разработка мер по повышению качества может также способствовать более приоритетной контрактной системе, что особенно важно с учетом планов чаще предоставлять подряд независимым поставщикам. Сосредоточив внимание не только на стоимости, но и на четких критериях цена/качество, с указанием ожидаемых результатов в контрактах, конкурсный отбор наиболее эффективных поставщиков может повысить подотчетность поставщиков и будет способствовать повышению качества во всем секторе. Кроме того, необходимо далее развивать публичную отчетность об оценке поставщиков услуг, поскольку это способствует осознанному выбору пользователей.

Сосредоточить внимание на сокращении неравенства

В дополнение, следует продолжать добиваться существенного прогресса в отношении устранения неравенства между регионами в доступе к медицинскому обслуживанию, а также между городами и сельскими районами. Поскольку ПМСП является краеугольным камнем равного оказания медицинского обслуживания, опережающее развитие человеческих ресурсов для ПМСП должно оставаться приоритетной задачей. Кроме того, для улучшения доступа к медицинским услугам необходимо расширить функциональные обязанности медсестер. Как уже отмечалось выше, проблемы, связанные с географией страны и низкой плотностью населения, должны более эффективно учитываться при планировании оказания медицинского обслуживания.

Особенно интересный пример адаптации существующих медицинских учреждений для более эффективного удовлетворения местных потребностей в отдаленном районе, где внимание сосредоточено на максимально эффективном использовании ресурсов, можно привести из Норвегии (Вставка 1.4).

Вставка 1.4. Преобразование местных служб для удовлетворения потребностей населения в отдаленных районах с помощью комплексной модели обслуживания - Фосен, Норвегия

Полуостров Фосен в центральной Норвегии состоит из семи муниципалитетов с населением около 25 000 человек. Чтобы добраться до больницы, для жителей Фосена может занять от одного до трех часов на лодке или автомобиле,. Районный медицинский центр (РМЦ) Фосена - это пример сложной и комплексной модели обслуживания, который максимально использует имеющиеся ресурсы, адаптируя их к местным потребностям населения и решая проблемы, обусловленные географией. РМЦ Фосена предоставляет услуги в области укрепления здоровья, первичную медико-санитарную помощь (в том числе по вызову) и амбулаторные специализированные услуги, а также в отделении промежуточной медицинской помощи (обследование) и отделении реабилитации.

Ключом к успеху этой модели стало тесное сотрудничество с крупной больницей на материковой части Норвегии. Сотрудничество опирается на совместное использование данных; единые стандарты и протоколы, используемые в РМЦ и больнице; связь видеоконференции; программы дистанционного обучения, проводимые больницей для сотрудников в Фосене; и совместно используемый персонал. С дистанционной поддержкой из больницы РМЦ Фосена предоставляет комплексный пакет помощи ближе к месту проживания жителей, сводя к минимуму время поездки, обеспечивая ориентированное на пациента обслуживание, а также возможность избежать дорогостоящей госпитализации. Например, более трех четвертей пациентов, поступивших в отделение промежуточной медицинской помощи (обследование), были те пациенты, которые в противном случае обычно поступали бы в больницу. Кроме того, 63% всех пациентов, поступивших в отделение обследования, были выписаны максимум через 36 часов. Очень немногие из выписанных пациентов впоследствии вновь вернулись. Это отражает вклад РМЦ в профилактику госпитализации, эквивалентный 230 койко-дням в год. РМЦ также расширил услуги по реабилитации. Метод, по которому работает РМЦ также способствовал увеличению числа персонала и удовлетворенности пациентов.

Создание РМЦ в Фосене не потребовало строительства новых объектов, а вместо этого акцент был направлен на инновационное использование существующей инфраструктуры. Например, малоиспользуемый дом престарелых был преобразован для использования в качестве части РМЦ. Анализ демографической ситуации в регионе также привел к замене одного из родильных отделений региона в промежуточное отделение экстренной помощи, восстановления здоровья после выписки и реабилитации, для того чтобы лучше отвечать потребностям все более стареющего местного населения.

Источник: Обзоры ОЭСР по системам здравоохранения: Латвия (2016), DOI: http://dx.doi.org/10.1787/9789264262782-en/

Укрепление системы государственного здравоохранения

Наконец, роль общественного здравоохранения, хотя достаточно признаваемая, должна быть отражена в разработке и реализации более комплексной стратегии в области общественного здравоохранения, основанной на фактических данных. Решение проблем нездорового поведения, таких, как вредное употребление алкоголя и курение, особенно среди мужчин, необходимо для устранения разрыва со странами ОЭСР в показателях в области здравоохранения. Как уже обсуждалось ранее, в рамках ПМСП могут проводиться индивидуальные мероприятия, такие как консультирование по вопросам прекращения курения. Для сдерживания или профилактики нездорового поведения требуются дополнительные системные инициативы в области здравоохранения. К ним относятся: запрет на рекламу алкогольной или табачной продукции, законы в поддержку запрета курения в общественных местах, налоговое законодательство, поддерживающее совершенствование культуры питания и маркировку продуктов питания. Стратегии ОЭСР предлагают множество примеров комплексных программ по снижению поведенческих факторов риска – во Вставке 1.5 рассматриваются стратегии борьбы с табакокурением и их последствия в странах ОЭСР.

Вставка 1.5. Более жесткая политика борьбы с табакокурением дает результаты в странах ОЭСР

В странах ОЭСР реализуется широкий спектр стратегий в области общественного здравоохранения, направленных на улучшение образа жизни и снижение рискованного для здоровья поведения, таких как курение, потребление алкоголя, нездоровое питание и отсутствие физической активности. Что касается антитабачной политики, то страны ОЭСР, использующие наиболее строгий и всеобъемлющий комплекс антитабачной политики, были признаны более успешными в снижении показателей курения, при этом доля курильщиков уменьшалась на 15% в год по сравнению со странами с менее комплексной стратегией в отношении табакокурения. Классификация стран как имеющих более сильную или слабую политику в отношении табакокурения основывается на количестве и комплексности осуществляемых мер по борьбе с табакокурением, как описано Глобальной обсерваторией по вопросам здравоохранения ВОЗ. Существует семь отдельных мер по борьбе с табакокурением, которые оцениваются по шкале от одного до семи, где один - свидетельствует об отсутствии данных или отсутствии стратегии. Страны с менее комплексной стратегией имели три или ниже баллов.

1. Защита от табачного дыма - определяет степень, в которой была создана среда, свободная от курения, при этом все общественные места полностью без дыма набирают наибольший балл;
2. Предупреждения об опасности для здоровья - измеряет степень, в которой табачные изделия имеют предупреждения об опасности курения, при этом предупреждения, охватывающие более 50% поверхности упаковки, набирают наибольший балл;
3. Запрет на рекламу - измеряет статус реализации и описывает степень, в которой реклама табачных изделий подлежит регулированию, при этом запрет на все формы прямой и косвенной рекламы набирает наибольший балл;
4. Налог - описывает сумму налога, взимаемого с наиболее часто продаваемых табачных изделий, в процентах от конечной розничной цены, при этом наибольший балл дается, когда более 75% розничной цены является налогом;
5. Кампании в средствах массовой информации - оценивается интенсивность, эффективность и повторяемость кампаний, при этом наибольшее количество баллов указывает на то, что оценка результатов была проведена с целью оценки воздействия кампании;
6. Национальные программы борьбы с табакокурением - определяет, создано ли в стране национальное агентство по борьбе с табакокурением, а также его функции и ресурсы, при этом наибольший балл указывает на существование национального агентства и, по меньшей мере, с пятью сотрудниками;
7. Мониторинг -определяет, проводят ли страны активный мониторинг закономерностей курения среди населении, при этом наибольший балл указывает на наличие свежих репрезентативных и периодических данных как для взрослых, так и для молодежи.

Источники: ОЭСР (2015), Сердечно-сосудистые заболевания и диабет: Стратегии для совершенствования здравоохранения и качества медицинского обслуживания, Исследования ОЭСР по политике здравоохранения, Издательство ОЭСР, Париж. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en

Для устранения этого разрыва потребуются дополнительные инвестиции в здравоохранение с целью разработки и реализации стратегии общественного здравоохранения, учитывающей описанные выше факторы.

Обеспечить наличие услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и рассмотреть вопрос о расширении покрытия дополнительных экономичных социальных льгот

Для того чтобы быстрее получить улучшение результатов в области здравоохранения и устранить разрыв в ключевых показателях, вероятно, потребуется более существенное государственное финансирование. Например, соответствующий объем эффективных, с точки зрения затрат, мероприятий по борьбе с хроническими заболеваниями должен быть одинаково и своевременно доступен для всех, кто мог бы воспользоваться такой возможностью. Аналогично, любое переориентирование объема услуг медицинских учреждений должно сопровождаться адекватными инвестициями для покрытия необходимых материальных и человеческих ресурсов.

Для улучшения обеспечения медицинскими услугами и лекарственными препаратами, связанными с лечением приоритетных проблем здоровья, может потребоваться также определенное расширение ГОБМП. Вовлечение дополнительных льгот может устранить финансовые барьеры на пути получения требуемого обслуживания и способствовать достижению задач финансовой гарантии (минимизация риска критических расходов на здравоохранение). Страны-члены ОЭСР используют различные стратегии, чтобы определить диапазон товаров и услуг, которые будут финансироваться коллективно (Auraaen 2016). Многие системы, основанные на принципе проживания, не определяют однозначно охватываемый диапазон медицинских услуг. Скорее, они обращены к широким категориям льгот, например, “первичной медико-санитарной помощи”. В этих системах услуги, фактически предоставляемые в разных регионах, могут различаться в зависимости от способности местных органов власти или поставщиков услуг обеспечивать их предоставление. Страны с социальным медицинским страхованием, как правило, в большей степени опираются на четкие определения диапазона покрываемых льгот, предоставляя детализированный перечень товаров и услуг. В списке могут быть перечислены наименования, охваченные покрытием (позитивные списки), или наименования, исключенные из широкой категории льгот (негативные списки). При отсутствии позитивных списков страны часто предоставляют дополнительные руководящие указания в отношении покрытия как для поставщиков медицинских услуг, так и для пациентов. Данные усилия направлены на повышение прозрачности и обеспечение того, что диапазон льгот известен и однозначно трактуется по всей стране, предоставляя всем пациентам равный доступ. Преимущества и недостатки всех стратегий должны быть взвешены в контексте данной системы, где ни одна стратегия не превосходит никакую другую.

Любой конкретный пересмотр ГОБМП должен гарантировать обеспечение только тех мероприятий, которые являются рентабельными. В этом контексте в большинстве стран ОЭСР существует четко выраженный порядок принятия решений в отношении покрытия, в которые обычно вовлечен широкий круг заинтересованных сторон, включая экспертов (Auraaen, 2016). Страны-члены ОЭСР все чаще используют оценку технологий здравоохранения (ОТЗ), как минимум при принятии решений о покрытии лекарственных средств. Однако, ОТЗ все чаще используется для оценки нелекарственных технологий и услуг. Министерству здравоохранения

следует продолжать наращивать потенциал для проведения ОТЗ и изучения дополнительных возможностей по международному сотрудничеству в этой области. В странах ОЭСР, обладающих передовой практикой, органы, участвующие в ОТЗ, финансируются государством с целью обеспечения их независимости. Одна или несколько публикаций критериев оценки и принятия решений, обоснования в пользу каждого решения, протоколов обсуждений и окончательных решений о покрытии способствуют прозрачности решений.

Важное значение расширения покрытия и обеспечение наличия медицинских услуг должны сочетаться с расширением усилий по обеспечению надлежащего уровня медицинского обслуживания. Во всех системах недоиспользование и чрезмерное использование, как правило, сосуществуют, а низкая стоимость обслуживания или ненадлежащее использование лекарственных средств, анализов, снимков, скрининга или даже операций могут побуждаться системой оплаты или быть просто результатом ненадлежащей практики (ОЭСР 2017). Для того чтобы система оставалась устойчивой, важным условием является борьба с расточительными расходами на лечебную работу.

Внедрение обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) должно быть направлено на повышение результативности системы.

Повышение доходных статей в сфере здравоохранения, выделяемых на медицинскую помощь, и расширение ГОБМП входят в состав целей текущего повторного внедрения системы социального медицинского страхования. Хотя эти недавние изменения в финансировании здравоохранения не освещаются в настоящем обзоре, необходимо подчеркнуть важность извлечения уроков из предыдущих попыток внедрить ОСМС и принять все меры предосторожности во избежание повторения прошлых ошибок. В более широком плане, внедрение ОСМС следует рассматривать как средство усиления общей результативности системы, и оценивать соответствующим образом успех ее внедрения.

С точки зрения характерных особенностей и организационной структуры, всеобщее медицинское страхование и объединение средств на уровне всего населения являются одними из сильных сторон нынешней системы финансирования, которые необходимо сохранить. Привязка покрытия по ОСМС к возможности вносить средства в условиях широко распространенной неформальной занятости может не только еще больше стимулировать неформальную занятость, но и усугубить неравенство, поскольку те, кто не принимает участие собственными средствами, скорее всего, наименее обеспечены. Исключение из покрытия является риском того, что будет сокращен доступ к услугам и введена двухуровневая система, таким образом подрывая эффективность системы. Аналогично, внедрение ОСМС не должно увеличивать раздробленность финансирования. В идеале, ОСМС должно быть уполномочено стать единоличным плательщиком в системе. Оно должно обладать потенциалом для внедрения современных методов контрактации, использовать их для стимулирования большего взаимодействия и вовлечения поставщиков услуг и способствовать общей подотчетности за качество и стоимость. Кроме того, следует оценить влияние ОСМС на расширение доступа населения и финансовые гарантии.

В то время как Казахстан продолжает продвигаться по пути ко всеобщему медицинскому страхованию, следует принять во внимание как один из вариантов -

поощрение развития рынка дополнительного добровольного медицинского страхования (ДМС). В большинстве стран ОЭСР существуют рынки ДМС. За некоторым исключением, ДМС - это не альтернативный ресурс страхования, а выступает в качестве дополнения к финансируемому государством пакету. Оно может предложить доступ к лечению помимо социальной корзины или к более комфортным условиям, таким как отдельные палаты в больницах. В некоторых случаях оно, прежде всего, возмещает совместные платежи государственной системе. Роль ДМС остается незначительной в ОЭСР; в 2016 году по странам ОЭСР в среднем покрывалось 6% расходов на здравоохранение. За исключением нескольких стран с многолетней историей в этой области и специальными положениями, обеспечивающими широкий доступ (например, Франция), ДМС, как правило, приобретается небольшой и обеспеченной частью населения. Развитие дополнительного ДМС можно было бы рассматривать и в Казахстане, если бы потребители медицинского обслуживания считали важным наличие дополнительных услуг, а также при защите основных прав потребителей и разумном регулировании. Если роль частного страхования будет расширяться, потребуется дополнительное регулирование рынка, чтобы обеспечить равный доступ и лимитировать отбор рисков.

Прежде всего, расширение финансирования и любые дополнительные реформы должны сопровождаться укреплением механизмов, обеспечивающих подотчетность за результаты деятельности системы здравоохранения. Способность всех участников системы здравоохранения - специалистов в области здравоохранения, местных и национальных поставщиков услуг, местных и национальных органов власти - добиваться оптимальных результатов в решающей степени зависит от того, могут ли они нести ответственность за результаты своих действий. Таким образом, Министерству здравоохранения следует предпринять дополнительные усилия для расширения возможностей системы по оценке воздействия стратегий на всех уровнях реализации и пытаться выявлять причины успеха или их отсутствия.

Примечания

1 Однако рост реальной заработной платы нередко опережал темпы роста производительности труда, что указывает на слабую связь между производительностью труда и ростом реальной заработной платы. Это может иметь последствия для показателей рентабельности фирм и оказать влияние на безработицу и создание рабочих мест (Клейн, 2012 год).

2 Предварительная оценка за 2016 год – 72,4.

3 Общие показатели смертности (ОПС) рассчитываются как соотношение между количеством зарегистрированных смертей и численностью населения в середине года (из расчета на 100 000 человек). В ОПС учитываются различия в возрастной структуре населения различных стран. Европейское региональное Бюро ВОЗ рассчитывает ОПС с использованием прямого метода и стандартной европейской демографической структуры на основе данных о смертности в разбивке по причине / возрасту / полу и в разбивке по возрасту / полу в середине года, которые ежегодно доводятся до сведения ВОЗ государствами-членами ЕС.

4 Если не указано иное, данные по Казахстану взяты из Обзора ОЭСР Национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан, ОЭСР (2018 год).

5 Данный раздел основан на материалах ОЭСР (2018) и компании «Управление стратегическим развитием», ОПМ (Оксфорд, 2015).

6 Также в других публикациях по Казахстану упоминается как КОМУ (Комитет оплаты медицинских услуг).

7 Способы оплаты представлены в следующем разделе.

8 Включает медицинскую и социальную помощь лицам, страдающим туберкулезом, психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией и химическими зависимостями (включая помощь в центрах временной адаптации и детоксикации), а также медицинскую и социальную помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом, а также мероприятия по борьбе со СПИДом, за исключением медицинской и социальной помощи, предоставляемой республиканскими организациями.

9 Программы массового профилактического обследования населения охватывают следующие состояния: колоректальный рак, рак печени, рак молочной железы, рак шейки матки, рак пищевода и рак желудка, рак простаты

10 Перечень «социально значимых и опасных заболеваний» определен Постановлением правительства № 468 от 30 марта 2000 г.; в него включены наркомания, диабет, железодефицитная анемия, инфекционные заболевания (туберкулез, ВИЧ/СПИД и т. д.) или если пациент частью конкретной диагностической группы, такой как больные раком.

11. Астма и хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) являются болезнями, которые ограничивают способность людей дышать. Хотя астма представляет собой прерывистые симптомы, которые обратимы при лечении, ХОЗЛ является прогрессирующим заболеванием, которое затрагивает в основном курильщиков.

12 В.1: Объектно-техническое качество (что получают клиенты), которое позволяет измерить предоставляемое лечение; основная причина, по которой пациенты посещают больницы; В.2: Процессы – функциональное качество (как персонал в здравоохранении предоставляет основные услуги). Оно позволяет измерить, насколько успешно осуществляется медицинская деятельность; В.3: Инфраструктура – основные ресурсы, необходимые для оказания медицинских услуг; В.4: Взаимодействие – обмен информацией (например, процент пациентов, которым было сообщено, когда следует прийти на повторный приём, время, проведенное врачами или медсестрами для понимания потребностей пациентов), финансовый и социальный обмен; В.5: Атмосфера – взаимоотношения и процесс взаимодействия между сторонами зависит от конкретных условий, в которых они работают.

Список использованной литературы

Auraaen, A. et al. (2016), "How OECD health systems define the range of good and services to be financed collectively", *OECD Health Working Papers*, No. 90, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/5jlnb59ll80x-en.

Birtanov (2016), Kazakhstan gears up to launch social health insurance. *Bulletin of the World Health Organization*. 94:792-793, http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.031116.

Bredenkamp, C et al. (2012), *Health Equity and financial Protection Datasheet : Europe and Central Asia*. Health equity and financial protection datasheet compendium, World Bank Group, Washington, DC,

http://documents.worldbank.org/curated/en/711401468038087048/Health-equity-and-financial-protection-datasheet-Europe-and-Central-Asia.

Committee on Statistics, Ministry of National Economy of the Republic Kazakhstan (2016), *Socio-economic development of the Republic of Kazakhstan*, Astana.

Danilovich, N. and E. Yessaliyeva (2014), "Effects of Out-of-Pocket Payments on Access to Maternal Health Services in Almaty, Kazakhstan: A Qualitative Study", *Europe-Asia Studies*, 66, 578-589.

European Commission (2014), *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health*, 2014 Annual Report, Brussels.

Footman, K., et al. (2013), "Public Satisfaction as a Measure of Health System Performance: A Study of Nine Countries in the Former Soviet Union", *Health Policy,* Vol. 112, pp. 62-69.

Howie, P. and Z. Atakhanova (2014), "Resource Boom and Inequality: Kazakhstan as a Case Study", *Resources Policy,* Vol. 39, pp. 71-79.

IHME (2010), *GDB Profile: Kazakhstan*, Institute for Health Metrics and Evaluation.

IMF (2014), *Republic of Kazakhstan, Selected Issues*, IMF Country Report No. 14/243.

IMF (2017), World Economic Outlook Database.

IMF (2017b), Republic of Kazakhstan : 2017 Article IV Consultation- Press Release; and Staff Report. Country Report No. 17/108.

International Bank for Reconstruction and Development (2014), Assessment Report on Implementation Outcomes of the State Healthcare Development Programme"Salamatty Kazakhstan" for 2011-2015 (unpublished).

Katsaga, A. et al. (2012), *Health Systems in Transition – Kazakhstan: Health system review,* Vol. 14, No 4, European Observatory on Health Systems and Policies.

Kulkayeva, et al., (2012), "Cardiovascular Disease Risk Factors Among Rural Kazak Population", *Nagoya J Med Sci*., Vol. 74, No. 1-2, pp. 51-61.

MOH (2015), Population Health in the Republic of Kazakhstan and Activity of Health Care Organisations in 2014, Kazakhstan.

MOH (2016), Population Health in the Republic of Kazakhstan and Activity of Health Care Organisations in 2015, Kazakhstan.

MOH and WHO (forthcoming), Assessment of Human Resources for Health in Kazakhstan, WHO publishing.

Obermann K, et al. (2016). "Data for development in health: a case study and monitoring framework from Kazakhstan". *BMJ Global Health*, http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2015-000003.

OECD (2018), *National Health Accounts of Kazakhstan*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264289604-en.

OECD (2016a), *Health Workforce Policies in OECD countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en.

OECD (2016), *Multi-dimensional Review of Kazakhstan: Volume 1. Initial Assessment*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264246768-en.

OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.

Oxford Policy Management (2015), Support to second revision of the SGBP composition, based on actuarial work in 2015, (unpublished).

Smith, O and Nguyen, S. N (2013). *Getting Better: Improving Health System Outcomes in Europe and Central Asia*. Europe and Central Asia Reports. Washington, DC : World Bank Group,

http://documents.worldbank.org/curated/en/953751468250295078/Getting-better-improving-health-system-outcomes-in-Europe-and-Central-Asia

Suhrcke, M. et al. (2008), Socioeconomic differences in health, health behaviours and access to health care in Armenia, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, the Republic of Moldova, the Russian Federation and Ukraine, World Health Organization, Geneva.

UNDP (2010), *Millennium Development Goals in Kazakhstan*, United Nations Development Programme.

WHO (2011), Evaluation of the Organization and Provision of Primary Care in Kazakhstan – A survey-based project in the regions of Almaty and Zhambyl, World Health Organization, Geneva.

WHO (2016), Global Health Expenditure database, apps.who.int/nha/database

WHO Europe (2016) Health System Transformation: Making it Happen.

World Bank (2015) Kazakhstan: Adjusting to Lower Oil Prices; Challenging Times Ahead, Kazakhstan Economic Update No. 2, Fall 2015.

World Bank (2016), WDI – World Development indicators, http://data.worldbank.org/products/wdi.

World Obesity (2016), *World Map of Obesity*, http://www.worldobesity.org.

Zineldin, M., H. Camgöz-Akda, and V. Vasicheva, (2011), "Measuring, evaluating and improving hospital quality parameters/dimensions – an integrated healthcare quality approach", *International Journal of Health Care Quality Assurance,* Vol. 24 Issue 8, pp. 654-662.

Глава 2

Совершенствование системы первичной медико-санитарной помощи в Казахстане

За последние десять лет в Казахстане произошли существенные преобразования в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В этой области были проведены основные реформы, которые дали весомые результаты: для ПМСП были подготовлены специально обученные кадры, число которых быстро растет, медицинские учреждения ПМСП получили большую самостоятельность, были внедрены механизмы обеспечения качества медицинского обслуживания, организовано оказание новых видов услуг, позволяющих провести лечение болезней, усовершенствован механизм финансирования, что создает стимулы для повышения качества медицинских услуг.

Вместе с тем, несмотря на то, что система ПМСП была в числе очевидных приоритетных направлений реформ, весомых результатов пока добиться не удалось. Имеющиеся в настоящее время разрозненные услуги первичной медико-санитарной помощи не позволяют обеспечить эффективное и комплексное медицинское обслуживание людей, которые страдают хроническими заболеваниями и число которых увеличивается. Несмотря на внедрение программ массового профилактического обследования населения, остается неизвестным, насколько организовано адекватное последующее лечение выявленных заболеваний у пациентов. Там, где эти программы действуют, междисциплинарные команды медиков должны руководствоваться четкими стандартами, определяющими порядок организации эффективной совместной работы и сотрудничества различных специалистов в рамках оказания ПМСП и в других смежных сферах. Кроме того, недостатки в организации сбора информации о пациенте и обмена соответствующими данными не позволяют обеспечить высокое качество предоставляемых медицинских услуг. В целом, услуги по оказанию ПМСП должна стать более комплексными, а работу по оказанию первичных медицинской помощи нужно больше координировать с другими секторами системы здравоохранения. Необходимо принять новые решения, которые позволят обеспечить предоставление необходимых медицинских услуг всему населению, особенно в сельских районах.

Цель данной главы состоит в том, чтобы оказать Казахстану помощь в расширении доступа населения страны к первичным медико-санитарным услугам, повысить их эффективность и качество. Предлагаемые рекомендации основаны на опыте стран ОЭСР, которые столкнулись с аналогичными проблемами и добились успеха в разработке и внедрении инновационных решений.

Статистические данные по Израилю предоставлены со стороны и под ответственность соответствующих органов Израиля. Использование этих данных ОЭСР не затрагивает статус Голанских высот, Восточного Иерусалима и израильских поселений на Западном берегу реки Иордан в соответствии с принципами международного права.

2.1. Введение

Хорошо известна ключевая роль первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в снижении заболеваемости населения в условиях устойчиво работающей и ориентированной на потребности пациентов системы здравоохранения. Поскольку люди стареют и все больше подвержены влиянию многочисленных обстоятельств, которые могут привести к возникновению хронических заболеваний или к потере трудоспособности, появляется все больше и больше доказательств, подтверждающих роль ПМСП в обеспечении непрерывной, всесторонней и скоординированной медицинской помощи населению и в устранении социального неравенства в состоянии здоровья людей (ОЭСР 2016f). Больницы – не лучшее место для проведения профилактиких мер или для решения задач, связанных с потребностями ухода за пациентами, страдющими хроническими заболеваниями. Именно поэтому при организации системы здравоохранения имеет смысл и с клинической, и с экономической точки зрения в качестве приоритетного направления развивать первичную медико-санитарную помощь (ОЭСР, 2017b).

Для создания сильной системы первичной медико-санитарной помощи странам необходимо инвестировать в ключевые функции ПМСП, отказаться от дорогостоящих стационарных медицинских учреждений и развивать насыщенную информацией инфраструктуру, которая позволит им контролировать и улучшать качество медицинского обслуживания населения (ОЭСР, 2017b). На практике это означает создание медицинских учреждений, которые служат первой точкой контакта с системой здравоохранения и способны координировать комплексное лечение пациентов, а при необходимости – направлять пациентов для оказания им вторичной медицинской помощи. Современные системы ПМСП ориентированы на лечение человека (а не болезни) и поддерживают долгосрочные клинические отношения с пациентами.

Таким образом, важное значение, которое придается в Казахстане модернизации системы ПМСП, является оправданным, и это направление нужно поддерживать. Услуги ПМСП стали развиваться в Казахстане относительно недавно. Несмотря на то, что Казахстан – это страна, где была принята Алма-Атинская декларация 1978 г. (на первой крупной международной конференции, посвященной центральной роли первичной медико-санитарной помощи в сфере здравоохранения), первые шаги по внедрению системы первичной медико-санитарной помощи были сделаны только после провозглашения независимости. Эти шаги были последовательными, и ПМСП в Казахстане получила существенное развитие, но, как будет показано в этой главе, нужно больше внимания уделять конкретным результатам, а это уже другой вопрос.

Данная глава структурирована следующим образом: в разделе 2.2 представлена схема организации работы при оказании ПМСП в Казахстане; в разделе 2.3 кратко рассматриваются реформы, проведенные в последнее время и направленные на совершенствование услуг ПМСП; в разделе 2.4 проводится оценка работы системы ПМСП в Казахстане; в разделе 2.5 содержатся рекомендации по улучшению работы ПМСП на основе опыта функционирования системы ПМСП в странах ОЭСР.

2.2. Организация первичной медико-санитарной помощи

Определение услуг первичной медико-санитарной помощи достаточно широкое

Определение услуг ПМСП, как правило, отличается по странам, а в Казахстане это определение – достаточно широкое. Первичная медико-санитарная помощь включает в себя широкий спектр лечебных и оздоровительных мероприятий. Граница между ПМСП и другими медицинскими услугами, которые оказываются амбулаторно (например, консультативная и диагностическая помощь), прослеживается недостаточно четко. В результате получается так, что для определения одной и той же услуги могут использоваться различные термины (Oxford Policy Management, 2014). В соответствии с Постановлением № 796 в Казахстане на уровне ПМСП проводятся следующие мероприятия: (i) диагностика с целью выявления заболеваний на ранней стадии; (ii) амбулаторное лечение заболеваний; (iii) больничная помощь (то есть дневной стационар, больница на дому); (iv) медицинский осмотр для определения временной нетрудоспособности; (v) профилактический осмотр; (vi) вакцинация населения; (vii) пропаганда здорового образа жизни; (viii) рекомендации по рациональному и здоровому питанию; (ix) планирование семьи; (x) охрана материнства и родовспомогательные услуги и (xi) мониторинг состояния здоровья населения.

С 2008 г. учреждения ПМСП также отвечают за реализацию бесплатных программ массового профилактического обследования населения. Список неинфекционных заболеваний (НИЗ), по которым проводятся профилактические обследования, устанавливается Национальным центром по вопросам формирования здорового образа жизни на основе анализа потребностей населения. Центр также отвечает за проведение тренингов и за выполнение более широких функций в сфере государственной системы здравоохранения (см. Вставку 2.1).

Вставка 2.1. Роль Национального центра по вопросам формирования здорового образа жизни

В 2008 г. правительство Казахстана выделило средства на реализацию *Национальной программы массового профилактического обследования населения*, направленной на решение стратегических задач по борьбе с неинфекционными заболеваниями (НИЗ). Координатором и исполнительным органом, ответственным за профилактическое обследование населения, является *Национальный центр по вопросам формирования здорового образа жизни* (Минздрава), который в числе прочих функций занимается анализом, мониторингом, оценкой мероприятий и подготовкой отчетов по реализации этой программы.

Национальный центр был создан в 1997 г. в соответствии с Постановлением правительства для реализации комплексной стратегии развития *«Казахстан –2030»*. Этот центр призван разрабатывать и реализовывать национальную политику, направленную на формирование у населения страны здорового образа жизни. Некоторые основные направления деятельности Центра включают: (i) реализацию программ, связанных с формированием здорового образа жизни и с профилактикой заболеваний (и управление этими программами); (Ii) сотрудничество с министерствами, ведомствами и местными органами власти в реализации программ укрепления здоровья населения; (Iii) разработка и внедрение новых технологий для улучшения здоровья различных групп населения; (iv) обучение специалистов в области оказания первичной медицинской помощи и формирования здорового образа жизни, инструкторов по вопросам профилактики заболеваний, укрепления здоровья и здорового образа жизни населения; (v) сотрудничество с различными группами населения и СМИ для формирования и пропаганды принципов здорового образа жизни.

Источник: Национальный центр по вопросам формирования здорового образа жизни, 2016 г., Сайт Национального центра http://www.hls.kz/ (данные по состоянию на октябрь 2016 г.).

Медицинские услуги ПМСП предоставляются в соответствии со стандартами, установленными правительством, и являются частью гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). Чтобы иметь право на получение бесплатных услуг ПМСП, пациенты должны быть зарегистрированы в учреждении здравоохранения, которое оказывает первичную медико-санитарную помощь. До 2014 г. процесс регистрации проходил в медицинском учреждении при рождении. После введения Единой национальной системы здравоохранения пациенты имеют возможность выбирать врача и медицинское учреждение, которые предоставляют им медицинскую помощь. Для того, чтобы содействовать гражданам в принятии этого решения, Республиканский центр развития здравоохранения с 2015 г. проводит оценку качества услуг, предоставляемых учреждениями ПМСП, и публикует рейтинги этих учреждений. Однако, на момент составления настоящего отчета подобные оценки были доступны только для медицинских учреждений, расположенных в городских районах.

Оказание услуг ПМСП организовано в централизованном порядке, а управляется на местах

Основным государственным органом, ответственным за разработку политики в сфере ПМСП в Казахстане, является Департамент организации медицинского обслуживания Министерства здравоохранения (Минздрава). Помимо разработки политики и стратегии в сфере ПМСП, этот департамент также занимается мониторингом оказания ПМСП в Казахстане.

В Министерстве здравоохранения имеется еще несколько подразделений, которые оказывают поддержку в работе ПМСП. *Департамент стандартизации медицинских услуг* отвечает за разработку и координацию процесса внедрения медицинских протоколов и, в каком-то смысле, и за управление учреждениями ПМСП, например, за организацию обучения управленческого персонала в сфере здравоохранения. *Центр по кадровым ресурсам для системы здравоохранения* занимается разработкой кадровой политики в системе здравоохранения, и координирует реализацию этой политики по всей стране. *Национальный центр по вопросам формирования здорового образа жизни* отвечает за разработку и реализацию национальной политики, направленной на формирование здорового образа жизни в Казахстане, что в определенной мере входит в компетенцию учреждений ПМСП (см. Вставку 2.1). И, наконец, *Комитет по вопросам защиты здоровья населения* и *Департамент стратегического развития в области обеспечения здоровья населения* Минздрава с 2017 г. совместно руководят мероприятиями по отслеживанию различных инфекционных заболеваний. Местные органы здравоохранения реализуют государственную политику в области здравоохранения и организуют оказание медицинской помощи на местах. Они же отвечают за мониторинг работы медицинских учреждений.

Сеть медицинских учреждений ПМСП обширна, однако в какой-то степени фрагментарна и недостаточно оборудована

Первичная медицинская помощь, которую могут оказывать бригады врачей ПМСП, скорее всего, доступна примерно в 2000 учреждениях здравоохранения.

Согласно официальным данным первичную помощь оказывают через широкую сеть учреждений ПМСП. В 2015 г. Министерство здравоохранения составило список, в который вошло 6 276 учреждений ПМСП, 91% из которых расположены в сельской местности. В Таблице 2.1 приведено суммарное число и основные характеристики различных категорий учреждений ПМСП в соответствии с классификацией Министерства.

Таблица 2.1. Общее число медицинских учреждений ПМСП по типам и по географическому местоположению, Казахстан, 2015 г. (или ближайший год)

Тип медицинского учреждения	Услуги	Персонал	Оборудование	Общее число
		В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ (1)		
Медицинский пункт *В населенных пунктах с числом жителей от 50 чел. до 800 чел.*	Оказывает ПМСП амбулаторно или на дому следующие медицинские услуги: 1. Оказывает предварительную и экстренную медицинскую помощь; 2. Принимает профилактические меры в районах с высоким риском инфекционных заболеваний; 3. Проводит вакцинацию и реализует программы по массовому профилактическому обследованию населения; 4. Выписывает рецепты и обеспечивает лекарствами; 5. Осуществляет надзор за состоянием больных хроническими заболеваниями; 6. Осуществляет надзор за гражданами, входящими в группы риска; 7. Осуществляет функции социального работника и консультанта – психолога; 8. Пропагандирует здоровый образ жизни и ведет просветительскую работу по вопросам, связанным со здравоохранением, в т. ч. по проблемам безопасности при снабжении питьевой водой и по вопросам рационального питания; 9. Выписывает направления на получение квалифицированной медицинской помощи.	Фельдшер или медицинская сестра	• Медицинские весы (с приспособлением для измерения роста) • Приборы для измерения уровня гемоглобина и глюкозы в крови • Прибор для отбора проб для диагностики туберкулеза • Набор патронажной сестры • Прибор для измерения скорости оседания эритроцитов • Набор для оказания экстренной медицинской помощи • Бактерицидный облучатель • Стандартный набор врача - терапевта • Набор медицинской сестры • Стол для пеленания младенца • Переносная медицинская лампа • Электрический стерилизатор • Печь для сушки • Медицинский холодильник	3 194
Фельдшерско-акушерский пункты *В населенных пунктах с числом жителей от 800 чел. до 2 000 чел.*		Фельдшер или медицинская сестра, акушерка	• Весы для новорожденных • Кислородный ингалятор • Контейнер для хранения стерильного инструмента • Гинекологическое кресло • Набор для оказания экстренной помощи при родах • Акушерский набор • Фельдшерский набор	854
Терапевтическая амбулатория (которую также называют Семейным центром здоровья) При численности населения от 2 000 чел. до *10 000 чел.*	Оказывает амбулаторно, в форме дневного стационара или на дому ПМСП, которая включает (в дополнение к услугам, которые оказывает медицинский пункт): 1. Проводит лечение больных; 2. Направляет на госпитализацию, экстренную и плановую;	Врачи – терапевты общей практики / участковый терапевт / педиатр + акушеры –гинекологи; + акушерки; фельдшеры/ медицинские сестры	• Медицинские весы (с приспособлением для измерения роста) • Приборы для измерения уровня гемоглобина и глюкозы в крови • Прибор для отбора проб для диагностики туберкулеза • Набор патронажной сестры	1 364

Тип медицинского учреждения	Услуги	Персонал	Оборудование	Общее число
	3. Принимает меры по медицинской реабилитации; 4. Проводит диспансеризацию (или поддерживающую терапию для больных хроническими заболеваниями); 5. Оказывает медицинские услуги, перечень которых содержится в списке минимального набора услуг (перечень приведен после таблицы); 6. Проводит обследования для определения временной нетрудоспособности граждан и дает направление на экспертизу в соответствующие учреждения лиц с постоянной нетрудоспособностью		• Прибор для измерения скорости оседания эритроцитов • Набор для оказания экстренной медицинской помощи • Бактерицидный облучатель • Стандартный набор врача - терапевта • Набор медицинской сестры • Стол для пеленания младенца • Переносная медицинская лампа • Электрический стерилизатор • Печь для сушки • Медицинский холодильник	
Сельская поликлиника *В населенных пунктах с числом жителей > 10 000 чел.*	Оказывает специализированную медицинскую помощь амбулаторно в форме дневного стационара или на дому. Выполняет все функции по оказанию амбулаторной терапевтической помощи плюс: 1. Оказывает специализированную медицинскую помощь (в т. ч. проводит консультации врачей – специалистов и оказывает хирурги-ческую помощь амбулаторно); 2. Оказывает лабораторные услуги и проводит диагностику заболеваний; 3. Проводит медицинский осмотр и лечение пациентов; 4. Проводит обследования для определения временной нетрудоспособности граждан	Все перечисленное выше + Группа врачей – специалистов и помощников лаборантов Медицинский персонал для выполнения функций по обслуживанию оборудования, перечисленного в «Списке оборудования»	• Все перечисленное выше • Кабинет лучевой диагнос-тики (рентген, флюорогра-фия, ультразвуковая диагностика), кабинет функциональной диагностики, кабинет эндоскопии, кабинет физиотерапии, лаборатория. • Все остальные учреждения (перечислены ниже) имеют то же оборудование. Кроме того, если они расположены в городах и у них достаточно средств, они могут иметь оборудование для МРТ, КТ и пр.	11
Районная поликлиника	Дополнительно к функциям сельских поликлиник она также оказывает консультативно – диагностическую помощь.	То же + дополнительные врачи – специалисты, проводящие лечение амбулаторно		39
Диспансеры, оказывающие амбулаторную помощь (в районном центре)	Диспансеры обычно проводят только специализированное амбулаторное лечение и не оказывают универсальную медицинскую помощь	Врачи – специалисты, проводящие лечение амбулаторно		22
Прочие медицинские учреждения (2)				220
Общее число учреждений ПМСП в сельской местности				**5 704**

Тип медицинского учреждения	Услуги	Персонал	Оборудование	Общее число
		В ГОРОДАХ		
Медицинская амбулатория (которую также называют Семейными центрами здоровья) При численности населения < *30 000 чел.*	Оказывает амбулаторно, в форме дневного стационара или на дому ПМСП (подробнее см. Информацию по терапевтической амбулатории)	Врачи – терапевты общей практики / участковый терапевт / педиатр + акушеры –гинекологи; + акушерки; фельдшеры/ медицинские сестры	Оборудование то же, что и для терапевтической амбулатории	79
Городская поликли-ника (в городах, где имеются районы с числом жителей более 30 000 чел., но не менее 1 поликли-ники в городе)	Аналогична районной поликлинике, предоставляет первичную и специализированную медицинскую помощь, а также проводит диагностику заболеваний	То же, что перечислено выше + лаборанты и специалисты по диагностике	См. выше информацию по районной поликлинике	162
Консультативно – диагностический центр (только в столице и в городах республиканского значения, таких как Астана и Алматы)	Оказывает услуги по диагностике заболеваний и по амбулаторному лечению	То же, что и в поликлинике, но без врачей – терапевтов общей практики и с более узкими специалистами (например, детский врач – проктолог)		13
Диспансеры, оказывающие медицинскую помощь амбулаторно *При численности на-селения > 300 000 чел.*	Главным образом, оказывают амбулаторно медицинскую помощь и не предлагают универсальные медицинские услуги	Врачи – специалисты, оказывающие амбулаторно медицинскую помощь, и соответствующий персонал		107
Многопрофильные больницы, оказывающие амбулаторно медицинскую помощь	Оказывает ту же медицинскую помощь, что и консультативно – диагностические центры, но при больницах	Врачи- специалисты, оказывающие амбулаторно медицинскую помощь, и соответствующий персонал		85
Стоматологическая поликлиника (только в столице и в городах республиканского значения, таких как Астана и Алматы)	Зубоврачебная помощь	Врачи – стоматологи, медицинские сестры, физиотерапевты		35
Прочие медицинские учреждения (3)				91
Общее число городских медицинских учреждений оказывающих ПМСП				**572**
Общее число медицинских учреждений в Казахстане, оказывающих ПМСП				**6 276**

Примечания:

(1) Все медицинские амбулаторные учреждения, расположенные в сельской местности, являются либо отделениями городских или районных поликлиник, либо самостоятельными медицинскими учреждениями;

(2) Включают отделения по оказанию амбулаторной медицинской помощи при различного вида больницах – общего профиля или специализированных (например, туберкулезной больницы), в частности – 116 районных больниц и 16 медицинских станций, не имеющих собственного помещения;

(3) Включают отделения по оказанию амбулаторной медицинской помощи при различного рода больницах (например, инфекционной взрослой и детской больницы, перинатальных центров, родильного дома, офтальмологической больницы, психиатрической больницы) а также несколько сельских медицинских учреждений (13 медицинских станций).

Источник: Министерство здравоохранения (Минздрав) Казахстана, 2016 г.

Приведенная классификация отражает не только раздробленность системы ПМСП, но также свидетельствует о том, что понятие «первичная медико-санитарная помощь» в Казахстане трактуется очень широко.

- Классификация учреждений ПМСП не отражает реальную конфигурацию сферы медицинских услуг. Как и в случае с больницами, официальная исторически сложившаяся классификация объектов включает очень большое количество категорий (34 категории, некоторые из которых были сгруппированы в Таблице под названием «другие»). Есть явные признаки того, что данная классификация в настоящее время не может полностью соответствовать реальности предоставления медицинских услуг. Например, отделения районных больниц можно найти списке учреждений, расположенных как в сельской местности, так и в городах, а некоторые сельские медицинские пункты перечислены в списке городских учреждений. Кроме того, статус медицинского учреждения в приведенной классификации не совпадает с их статусом в разных базах данных. Например, в базе данных, которая содержит информацию о финансировании учреждений здравоохранения по итогам их деятельности, упоминается, что 188 сельских районных поликлиник применяют подобную схему финансирования, тогда как по данным Таблицы 2.1 в стране работает только 39 подобных медицинских учреждений.

- Более простая, тщательно выверенная и системно применяемая классификация окажет помощь в эффективном управлении системой. Новая классификация должна объединить медицинские учреждения, которые призваны оказывать одинаковый набор услуг и имеют такие существенные отличия от других медицинских учреждений, которые позволяют проводить корректное сравнение их работы по другим параметрам (используемые ресурсы, род деятельности, результаты работы) в рамках выбранной группы и между группами медицинских учреждений. Указанная упрощенная классификация (например, до 5 категорий) должная быть единой и последовательно использоваться во всех базах данных с установлением связей между этими базами данных, что позволит проводить значимые постоянные сопоставления результатов работы отдельных медицинских учреждений в рамках соответствующих категорий и между этими категориями – то, что в настоящее время не представляется возможным в рамках действующей классификации. В конечном счете, это позволит получить более четкую картину системы первичной медико-санитарной помощи и сети амбулаторных учреждений и поможет обеспечить более системное развитие этой сферы здравоохранения. В качестве примера – учреждения ПМСП в Португалии можно отнести к системе первичной медико-санитарной помощи (обычно – это клиники, в которых сосредоточены большее или меньшее число врачей – терапевтов общей практики, которые оказывают медицинские услуги согласно имеющемуся списку пациентов) или причислить их к системе Семейных центров здоровья (учреждения по оказанию первичной медико-санитарной помощи, в которых работает 3-8 врачей общей практики, такое же количество семейных медицинских сестер, а также административные работники; эти центры обеспечивают междисциплинарное взаимодействие докторов, медсестер и административных работников) (OECD, 2015).

- Другая проблема состоит в том, что в действующей классификации не содержится четкой информации относительно того, какие учреждения действительно оказывают первичную медико-санитарную помощь. Многие учреждения, которые оказывают «первичную медико-санитарную помощь» и

распределены по разным категориям в Таблице 2.1, предоставляют также специализированную амбулаторную помощь (например, поликлиники). На самом деле довольно большое количество учреждений предоставляет специализированную помощь (например, диспансеры, особенно те, которые расположены в специализированных больницах). Это, очевидно, не проблема с точки зрения предоставления услуг: в большинстве стран имеются медицинские учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь и предоставляющие – параллельно с этим или отдельно – последующие медицинские услуги. Однако при отсутствии дополнительной информации классификация не может использоваться для формирования четкого представления о том, как организована сеть первичной медицинской помощи или насколько эффективно она работает.

- Оказывается, что ряд учреждений оказывает базовую медицинскую помощь людям, страдающим конкретными заболеваниями, такими как туберкулез (Рабочая группа высококвалифицированных специалистов по лечению туберкулеза, Национальный противотуберкулезный центр с его отделениями в учреждениях здравоохранения пенитенциарной системы) и организации по борьбе с ВИЧ – СПИД (Национальный координационный комитет по СПИДу, Национальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом, областные и городские центры по профилактике и борьбе со СПИДом, а также центры доверия по СПИДу) (Oxford Policy Management, 2015). Подобные модели предоставления медицинских услуг – оказание специализированной первичной помощи – плохо согласуются с современным подходом к первичной медико-санитарной помощи, в котором пациенты, независимо от того, в каком состоянии находится их болезнь (болезни), должны иметь возможность обратиться в одно медицинское учреждение, которое определит меры для комплексного лечения.
- Число базовых учреждений здравоохранения, в которых работают фельдшеры, остается высоким в сельских районах (около 4000, к которым следует добавить некоторые «медицинские пункты, не располагающие помещениями»). Эта модель предоставления услуг исторически оправдывалась рассредоточением сельского населения на очень большой территории и наличием плохой транспортной инфраструктуры. Недавно проведенный анализ сети ПМСП показал, что хотя обеспечение доступа к медицинскому обслуживанию жителей в некоторых отдаленных районах с использованием базовых медицинских учреждений оправданно, число этих учреждений, тем не менее, может быть сокращено примерно наполовину (Sanigest International, 2014).

Анализ работы в рамках действующей классификации медицинских учреждений показывает, что бригады врачей ПМСП, вероятно, оказывают услуги в менее чем 2000 медицинских учреждениях. Насколько это возможно, в этой главе необходимо сосредоточиться на анализе тех учреждений здравоохранения, которые являются для населения первой точкой соприкосновения с медицинской сферой и которые предоставляют услуги неспециализированного характера (предполагается, что эти учреждения выделены серым в таблице). Они включают в себя базовые учреждения здравоохранения (например, медицинские пункты, имеющие помещения или не имеющие таковых, а также фельдшерско-акушерские посты), терапевтические амбулатории (где обычно можно попасть на прием к врачу, акушеру или гинекологу, либо к менее квалифицированному медицинскому работнику), а также поликлиники,

которые помимо первичной помощи предлагают более широкий спектр медицинских услуг. Если исключить медицинские и фельдшерские пункты, то это составит около 1900 учреждений здравоохранения, которые потенциально могут предоставлять первичную медико-санитарную помощь. Подобное предположение о реальном размере сети подтверждается тем фактом, что база данных, содержащая данные об оказании первичной медико-санитарной помощи, включает 1870 учреждений здравоохранения (Министерство здравоохранения, 2015 г., с. 154).

Учреждениям ПМСП не оказывают поддержку на постоянной основе, они не всегда имеют необходимое оборудование, значительные различия наблюдаются в «возрасте» инфраструктуры

Несмотря на то, что сеть учреждений ПМСП имеет всеохватывающий характер, имеются основания полагать, что эти учреждения, особенно в сельской местности, в целом, недостаточно оснащены, а имеющееся оборудование – недостаточно высокого качества. В 2009 г. ВОЗ провела обследование состояния медицинского обслуживания в Алматинской и Жамбылской областях, где среди прочих рассматривался вопрос о том, насколько врачи ПМСП имеют доступ к базовому медицинскому оборудованию. Результаты показали, что из перечня оборудования, в который были включены 30 основных позиций, лишь около 30% позиций были доступны почти всем врачам общей практики в этих регионах. В том же докладе было отмечено, что около 25% врачей ПМСП сообщили, что у них нет набора лекарственных средств, инструментов и принадлежностей для оказания первой медико-санитарной помощи или материалов для наложения швов на раны. Врачи из обоих регионов упомянули, что обычно они должны отправлять анализы мочи и крови для получения результатов за пределы территории, которую они обслуживают, а также направлять пациентов для ультразвуковой диагностики в другие медицинские учреждения. В том же докладе говорится, что более 50% врачей общей практики и 33% участковых терапевтов не имеют доступа к рентгеновскому диагностическому оборудованию в своей поликлинике или амбулатории. Те, кто имеет доступ к этому оборудованию, обычно работают в городах (WHO, 2011 г.).

Совсем недавно, в 2014 г., комплексная оценка сети ПМСП в Казахстане показала, что учреждения первичной медико-санитарной помощи обеспечены функционирующим медицинским оборудованием лишь немногим более чем наполовину – на 56% от нормы, предусмотренной национальными стандартами. Было также обнаружено, что эти учреждения здравоохранения содержатся в плохом состоянии и не приспособлены к потребностям для оказания ПМСП, при этом почти 50% тех, кто оказывает первичную медико-санитарную помощь, считают, что инфраструктура и оборудование рассматриваемых учреждений здравоохранения устарели (Sanigest International, 2014).

Уровень оборудования должен соответствовать типу услуг по диагностике и лечению заболеваний, которые должно оказывать медицинское учреждение согласно установленному пакету гарантированного объема бесплатной медицинской помощи с учетом тяжести заболеваний и окружающей обстановки (например, наличие поблизости современного медицинского учреждения), а также степени, в какой обеспечен доступ к необходимым вспомогательным услугам (например, к диагностическим).

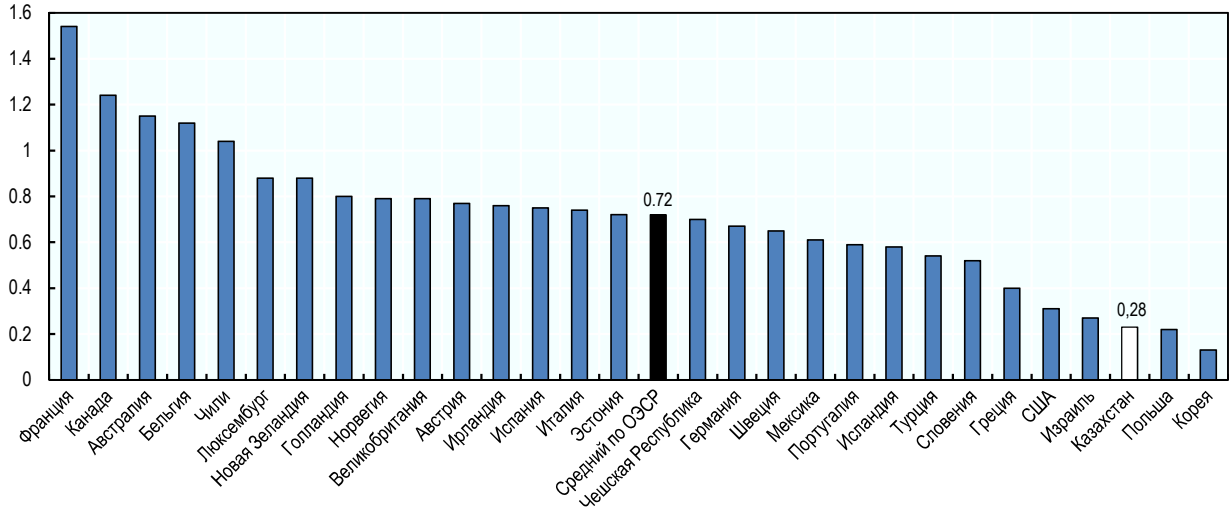
По данным Минздрава Казахстана инфраструктура ПМСП – относительно старая, при этом имеются существенные различия в состоянии элементов

инфраструктуры между сельскими и городскими районами, а также между отдельными регионами страны. Так, городские поликлиники в среднем были введены в эксплуатацию 28 лет назад, тогда как в сельской местности они были построены 37 лет назад. Если в городах Алматы и Астаны учреждениям ПМСП около 30 лет, то в шести областях (Акмолинская, Алматинская, Восточно-Казахстанская, Жамбылская, Карагандинская и Костанайская) их средний возраст с момента ввода в эксплуатацию составляет от 35 до 42 лет. Медицинские пункты и фельдшерско-акушерские пункты (на долю которых приходится 80% учреждений, которые оказывают ПМСП в сельской местности) были введены в эксплуатацию, в среднем, 33 года назад.

Количество работников здравоохранения, которые занимаются оказанием ПМСП

В Казахстане относительно мало врачей, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь. До 2005 г., когда понятие общей практики было официально введено в систему здравоохранения Казахстана, медицинские услуги на уровне ПМСП, в основном, предоставляли участковые терапевты или педиатры. Недавно к группе «врачей ПМСП» присоединились вновь обученные специалисты широкого профиля, но их число еще невелико. Фактически в Казахстане всего 0,28 врача общей практики на 1000 чел. населения, что ниже, чем в ОЭСР (Диаграмма 2.1). Даже если включить в их число участковых педиатров и терапевтов, этот показатель (0,46 врача) по-прежнему отстает от среднего показателя 0,72 врача общей практики на 1000 чел. населения в странах ОЭСР.

Диаграмма 2.1. Число врачей общей практики на 1 000 чел. населения, страны ОЭСР и Казахстан, 2015 г. (или ближайшие годы)



Источники: Статистика по здравоохранению ОЭСР, 2016 г. http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en; Данные Министерства здравоохранения Казахстана, 2016 г.

Врачи общей практики, участковые терапевты и участковые педиатры несут главную ответственность за оказание медицинской помощи пациенту. Они выявляют заболевание на ранней стадии, предоставляют квалифицированные услуги по диагностике заболевания, по лечению и реабилитации пациента, а также координируют предоставление других медицинских и реабилитационных услуг

(Oxford Policy Management, 2014). На самом деле считается, что врачи общей практики должны выполнять функции диспетчера, который координирует лечение пациента. Это соответствует лучшим примерам из международной практики. Совершенно очевидно, что эффективность медицинской помощи и качество обслуживания пациента повышаются, когда врачи общей практики становятся первой инстанцией для пациентов, при необходимости направляя к специалистам для продолжения лечения. В таких странах, как Австралия, Великобритания и Голландия, роль врача общей практики особенно заметна (OECD, 2016b).

Помимо врачей в оказании ПМСП принимают участие следующие специалисты:

- Медицинские сестры ПМСП, которые обычно работают с врачом. Их главные обязанности состоят в том, что они обеспечивают уход за пациентами в медицинских учреждениях или на дому, а также оценивают состояние здоровья пациента. Медицинские сестры, работающие в сфере первичной медико-санитарной помощи, отвечают также за профилактику заболеваний и за социальную помощь.
- Акушерки, которые решают как клинические, так и административные задачи, такие как ведение истории болезни, подтверждение факта беременности, патронаж беременных женщин, выявление беременных женщин, находящихся в зоне риска, а также оказание помощи при родах.
- Фельдшеры – это средний медицинский персонал, типичный для бывших советских республик. Фельдшеры оказывают неотложную медицинскую помощь в сельских учреждениях здравоохранения, но могут также проводить консультации на дому или в учреждениях ПМСП, а также готовить пациентов к медицинским обследованиям (Oxford Policy Management, 2014). В 2015 г. в Казахстане насчитывалось 4 830 фельдшеров, из которых 76% оказывали услуги в сельской местности.
- Начиная с 2011 г. социальные работники и психологи также принимают участие в оказании первичной медико-санитарной помощи. Они, в основном, отвечают за профилактику заболеваний, но также оказывают социальную и психологическую поддержку в амбулаторных условиях и на дому (Oxford Policy Management, 2014).

Официально учреждения ПМСП открыты и предоставляют услуги 12 часов в день в течение недели. В дополнение к этим рабочим часам, врачи ПМСП обязаны посещать пациентов во внеурочное время один раз в неделю по вечерам и один раз в месяц в выходные. Хотя предполагалось, что в результате введения консультаций во внеурочное время можно будет сократить число направлений на госпитализацию, проведенная ВОЗ оценка показала, что около 50% посещений на дому являются ненужными. Эта же оценка показала, что приведенный показатель может достигать 80%, когда речь идет о педиатрах (WHO, 2015).

Начиная с 2013 г. с целью добиться сокращения перегруженного графика врачей общей практики в 550 региональных органах здравоохранения были созданы диспетчерские центры. Количество звонков растет – в течение первой половины 2017 г. в диспетчерские центры поступило 267 тыс. звонков – на 50% больше, чем за предшествующий год (данные предоставлены Минздравом, 2017 г.). В то же время, если представить себе, что диспетчерские центры открыты 5 дней в неделю, это означает менее 4 звонков в день на каждый диспетчерский пункт. Если эта инициатива даст весомый результат и окажется эффективной с точки зрения затрат,

Минздраву и региональным органам здравоохранения нужно будет приложить больше усилий, чтобы повысить степень информированности населения о наличии подобной услуги.

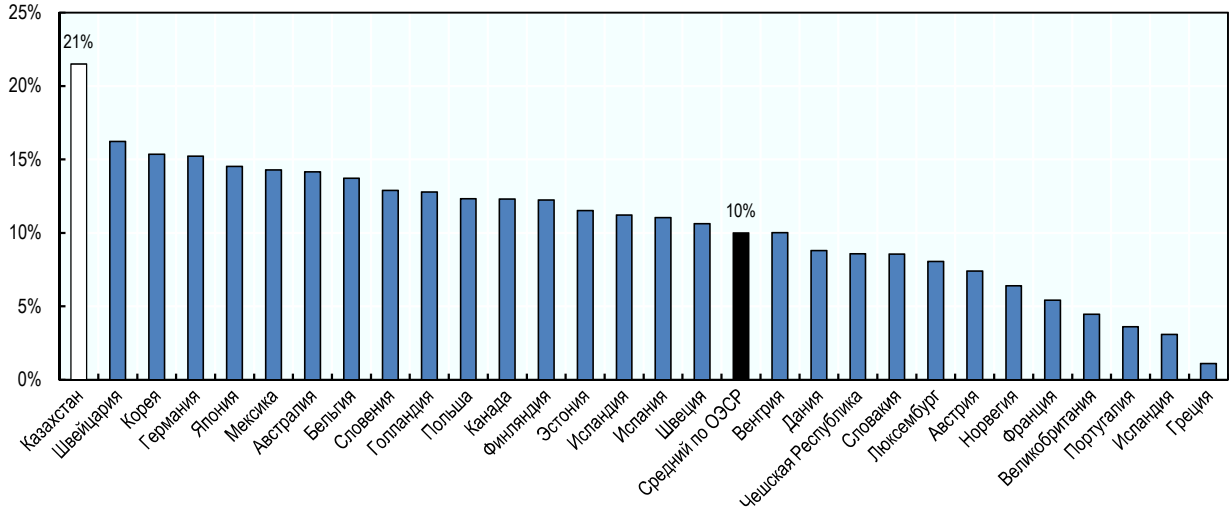
Для оказания ПМСП выделяются значительные финансовые ресурсы, хотя весомую часть расходов оплачивают сами пациенты

Несмотря на сложности при проведении сопоставлений, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в Казахстане финансирование первичной медико-санитарной помощи является важным приоритетом. Как упоминалось ранее, границы между первичной и другими формами амбулаторной помощи варьируют в зависимости от страны. Соответственно, уровень первичной медико-санитарной помощи в рассматриваемых странах может существенно различаться в силу того, что конкретные услуги в разных системах классификации могут быть определены и учтены в качестве первичной или специализированной помощи, или потому, что система учета не позволяет произвести сколько-нибудь значимую разбивку данных. Сравнения на более агрегированном уровне – например, на уровне амбулаторного лечения – как правило, более надежны.[1]

Доля средств, выделяемых на оказание первичной медико-санитарной помощи в Казахстане в общем финансировании системы здравоохранения, значительно выше, чем в любой из стран ОЭСР. Согласно данным Минздрава на первичную медико-санитарную помощь в Казахстане в 2014 г. приходилось 21% текущих расходов на здравоохранение (ТРЗ). Это включает (i) общую амбулаторную лечебную помощь, (ii) прочую амбулаторную лечебную помощь, не связанную с лечением зубов или оказанием специализированной медицинской помощи, и (iii) оказание вспомогательных услуг, таких как диагностическая визуализация и транспортировка пациентов, предоставляемые амбулаторными учреждениями[2]. Используя то же определение для служб первичной медико-санитарной помощи, на Диаграмме 2.2 сравнивается доля расходов на первичную помощь в странах ОЭСР и в Казахстане. 28 стран ОЭСР, по которым имеются данные, тратят в среднем 10% финансовых ресурсов на услуги первичной медико-санитарной помощи, что примерно в два раза меньше, чем в Казахстане.

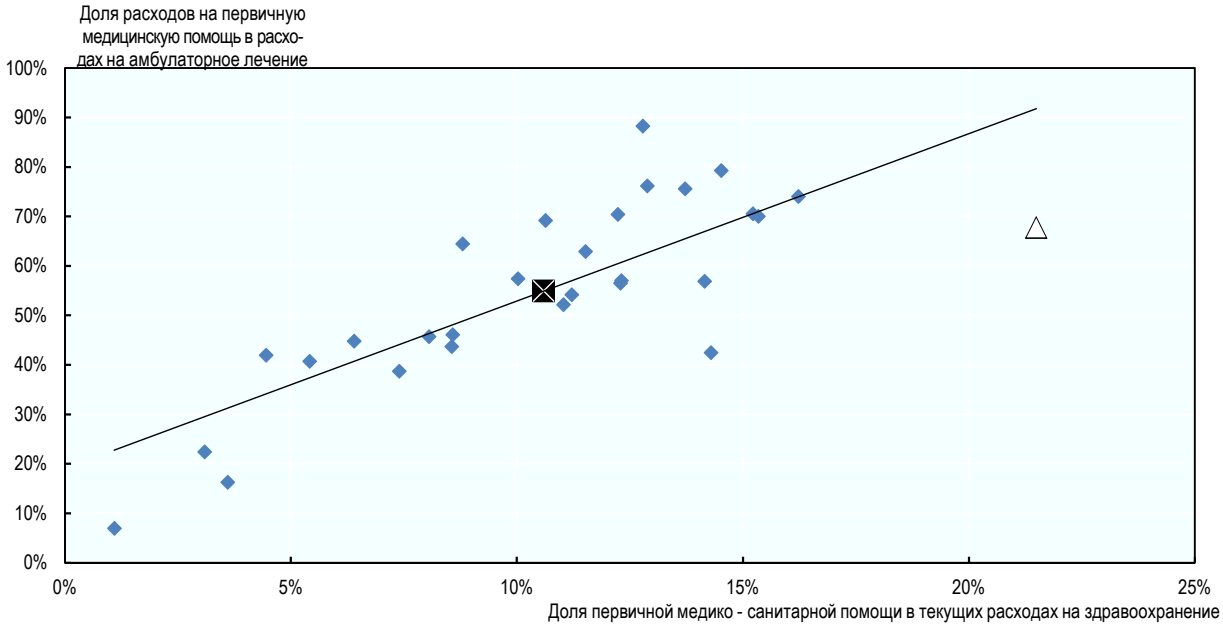
Вместе с тем, большие расходы на первичную медико-санитарную помощь в Казахстане в какой-то степени, вероятно, отражают различия в определении и учете медицинских услуг (как это имеет место в странах, которые отражают в статистике большие расходы на ПМСП). И, действительно, данные по странам ОЭСР показывают сильную корреляцию между долей первичной помощи в общих расходах и долей амбулаторной помощи в общем объеме медицинских услуг (см. Диаграмму 2.3). В Казахстане, где определение первичной медико-санитарной помощи является широким, цифры могут не дать возможности провести четкую границу между специализированной и общей медицинской помощью, предоставляемой в амбулаторных условиях. Таким образом, вероятно, этот показатель меньше чем тот, который показан на Диаграмме 2.2 и который резко отличается от остальных. Тем не менее, в целом, по сравнению со странами ОЭСР Казахстан действительно тратит относительно больше на амбулаторное лечение, чем страны ОЭСР, имея в виду важность, которую придают в стране развитию этой сферы здравоохранения.

Диаграмма 2.2. Первичная медико-санитарная помощь в процентах от суммы текущих расходов на здравоохранение, страны ОЭСР и Казахстан, 2014 г. (или ближайший год)



Источники: Статистика по здравоохранению ОЭСР, 2016 г. http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en; Министерство здравоохранения, 2016 г.

Диаграмма 2.3. Доля расходов на первичную медико-санитарную помощь в общих расходах на здравоохранение и в расходах на амбулаторное лечение, Казахстан и страны ОЭСР, 2014 г.



Источники: Статистика по здравоохранению ОЭСР, 2016 г. http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en; Министерство здравоохранения, 2016 г.

Участие государства в финансировании первичной медико-санитарной помощи в Казахстане достаточно активно, но высокая стоимость лекарств может отрицательно сказаться на его эффективности. Около 74% стоимости услуг первичной медицинской помощи оплачивается из средств государственного бюджета, а 26% – из внебюджетных средств (16% – за счет пациентов и 10% – за счет добровольных схем). В то же время доля расходов государства на оплату стоимости лекарств, которые используются при амбулаторном лечении и являются ключевым элементом в арсенале ПМСП, очень низка. Как отмечалось в Главе 1, в странах ОЭСР пациенты оплачивают в среднем 40% стоимости фармацевтических средств из своего кармана. В Казахстане этот показатель составляет 84%.

Лекарства, назначаемые при оказании первичной медико-санитарной помощи, как правило, оплачиваются пациентом и предоставляются бесплатно только в том случае, если пациенты страдают определенными заболеваниями. Перечень «социально значимых и опасных заболеваний» определен Постановлением правительства № 468 от 30 марта 2000 г.; в него включены наркомания, диабет, железодефицитная анемия, инфекционные заболевания (туберкулез, ВИЧ/СПИД и т. д.). И, наоборот, при лечении в стационаре все лекарства предоставляются бесплатно. Эксперты сходятся во мнении, что этим можно объяснить тот факт, что пациент предпочитает обращаться в больницу вместо того, чтобы получать лечение в учреждениях ПМСП. В целях облегчения бремени расходов на лекарства для пациентов первичной медико-санитарной помощи правительство постепенно расширяет пакет льгот по амбулаторным лекарственным средствам с момента их введения в 2005 г. Например, в Казахстане расширили льготы по приобретению лекарств при амбулаторном лечении для детей, подростков и женщин детородного возраста (Canadian Society for International Health, 2013).

2.3. Основные реформы, проводимые в последнее время в сфере первичной медико-санитарной помощи

После провозглашения независимости Казахстана правительство страны разработало и провело многочисленные реформы, направленные на улучшение работы системы здравоохранения. Наиболее значимые из них – *Национальная программа реформирования и развития здравоохранения* (2005 – 2010 гг.) и *Государственная программа развития здравоохранения*, или так называемая *Программа Саламатты* (2011 – 2015 гг.). Проведение этих реформ поддержал проект Всемирного банка, на реализацию которого в период с 2008 г. по 2016 г. было выделено 300 млн. долларов США.

Обе реформы были направлены на улучшение работы системы здравоохранения в Казахстане, в том числе, среди прочего, на совершенствование системы предоставления услуг первичной медико-санитарной помощи. В частности, в *Национальной программе реформирования и развития здравоохранения* были предложены меры, предусматривающие приоритетное развитие ПМСП и профилактики заболеваний, внесение изменений в систему финансирования ПМСП и передачу функций оказания этих услуг в ведение областных структур. В *Программе Саламатты* также были предусмотрены различные меры, направленные на совершенствование работы по профилактике заболеваний и массового профилактического обследования населения, на улучшение диагностики и лечения основных социально значимых заболеваний, на расширение штата работников

первичной медико-санитарной помощи и дальнейшее оснащение оборудованием учреждений ПМСП.

Не вызывает сомнения, что сфера ПМСП в Казахстане за последнее десятилетие достигла важных рубежей. В последующих разделах доклада будут представлены основные сферы, в которых произошли значительные изменения: в подготовке и повышении квалификации сотрудников ПМСП, в расширении самостоятельности государственных медицинских учреждений, в повышении качества медицинских услуг и разработке новых услуг и схем финансирования. Будет проведен также анализ планов на будущее в этой сфере.

Число занятых оказанием ПМСП растет высокими темпами

Реформы последнего десятилетия коренным образом изменили персонал, занятый оказанием ПМСП. Была введено понятие общей практики как полноценной медицинской квалификации, планируется также повысить роль медицинских сестер. Были установлены новые стандарты для бригады медицинских работников, занятых оказанием ПМСП, и в настоящее время работа бригад специалистов различного профиля, по крайней мере, теоретически является краеугольным камнем при оказании услуг первичной медико-санитарной помощи.

Общая практика стала специализацией в профессии медицинского работника

В 2005 г. в системе здравоохранения Казахстана официально была введена функция врача общей практики. До этого медицинские услуги ПМСП предоставлялись, главным образом, участковыми терапевтами или педиатрами. В 2005 г. медицинский персонал, занятый в сфере ПМСП, насчитывал около 4 000 участковых терапевтов и педиатров, работающих как в сельских районах, так и в городах. В 2005 г. в учебных заведениях медицинского профиля был введен новый учебный курс для медицинского персонала общей практики (данные Минздрава Казахстана и ВОЗ, готовятся к публикации).

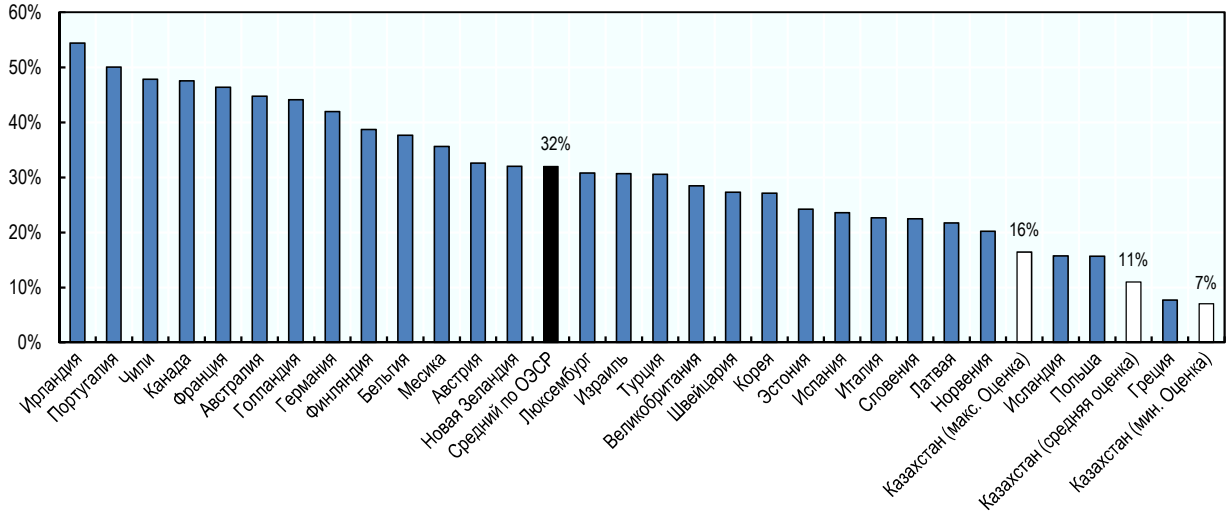
Для увеличения числа врачей общей практики, число которых в 2016 г. достигло примерно 5000, была задействована система подготовки и переподготовки медицинского персонала. Некоторые терапевты и педиатры прошли переподготовку, чтобы стать врачами общей практики. Например, в период 2014 – 2015 гг. 1799 врачей прошли переподготовку (636 участковых врачей, 648 педиатров и 515 врачей других специальностей). Параллельно увеличилось число выпускников медицинских учебных заведений, которые пришли на работу в систему ПМСП. В целом, число врачей общей практики в 2006 г. увеличилось до 920 человек, в 2010 г. их число составило - 2 233 чел., а в 2016 г. достигло 5 071 чел. (см. Диаграмму 2.5, приведенную ниже).

Для достижения этих показателей значительно увеличилось число мест в учебных заведениях и на курсах переподготовки медицинского персонала. Однако это произошло без необходимого в таких случаях укрепления возможностей организовать учебный процесс и оснастить его соответствующим оборудованием. Согласно сообщениям Минздрава в сфере подготовки медицинских работников существует серьезная проблема, которая связана с дефицитом высококвалифицированных преподавателей. Кроме того, с 2003 г. по 2014 г. число государственных медицинских ВУЗов оставалось относительно стабильным (26 ВУЗов в 2003 г. и 27 – в 2013 г.), тогда как число негосударственных медицинских

ВУЗов выросло более, чем в два раза (15 ВУЗов в 2003 г. и 36 – в 2015 г). Учитывая, что стандарты аккредитации для негосударственных учебных заведений менее строги, чем для государственных, эта тенденция может способствовать снижению качества медицинского образования и, следовательно, может представлять угрозу для предоставления медицинских услуг (данные Минздрава Казахстана и ВОЗ, готовятся к публикации).

Несмотря на увеличение числа врачей-терапевтов ПМСП, они по-прежнему недостаточно представлены в медицинской профессии. В абсолютных цифрах, Министерство здравоохранения представило данные по состоянию на 2015 год о работавших 4 014 врачах ОП, 2 066 районных терапевтах и 1 910 районных педиатрах. В 2016 году врачи ОП представляли 9,5% от всех врачей, работавших в учреждениях Министерства здравоохранения. На Диаграмме 2.4 представлены три оценки доли врачей ПМСП в общей численности медицинских работников в Казахстане и их сравнение с показателями ОЭСР. Средняя оценка за 2015 год показывает, что 11% казахстанского медицинского персонала работает в качестве врачей ПМСП, тогда как в странах ОЭСР этот показатель составляет в среднем 32%.

Диаграмма 2.4. Доля врачей общей практики в общем числе медицинских работников, Казахстан и страны ОЭСР, 2015 г. (или ближайший год)



Источник: Казахстан – Минимальная оценка: основана на числе врачей общей практики, равном 4014 (по данным Минздрава за 2015 г.). Средняя оценка: основана на базе данных HFA-DB (по данным этого источника число врачей общей практики составляет 6243 чел., что примерно соответствует суммарному количеству врачей общей практики и участковых врачей-терапевтов – 6080 чел. (по данным Минздрава). Эта средняя оценка, вероятнее всего, в наибольшей степени сопоставима с данными по ОЭСР. Максимальная оценка сделана на основе данных Минздрава, согласно которым общее число терапевтов, оказывающих первичную помощь населению, составляет 9043 чел. Эта последняя цифра превосходит суммарное количество врачей общей практики, участковых врачей-терапевтов и педиатров (7990 чел.) и, вероятно, включает также и терапевтов, которые не задействованы непосредственно в оказание первичной помощи населению. В знаменателе – полученное из базы данных HFA «число физических лиц, имеющих специальность доктора». По странам ОЭСР: Статистика по здравоохранению ОЭСР, 2016 г. (OECD health statistics, 2016), http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

Как и в большинстве стран ОЭСР, специальность врача общей практики, скорее всего, остается наименее привлекательной профессией среди выпускников

медицинских ВУЗов. Удельный вес выпускников медицинских ВУЗов, которые выбрали в качестве специализации профессию врача общей практики, колеблется из года в год с тех пор, как в 2009 г. эта специализация была введена. По состоянию на 2015 г., примерно 23% выпускников медицинских ВУЗов в Казахстане решили выбрать специальность врача общей практики (по данным Минздрава). Доля студентов, которые хотели бы получать знания по этой специализации, продолжает оставаться самой низкой по сравнению с другими медицинскими профессиями (Таблица 2.2).

Таблица 2.2. Число желающих получить грант на обучение по медицинским специальностям[1]

	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Сестринское дело	17.7	22.9	20.0	33.2	41.4
Общественное здравоохранение	19.4	22.4	18.9	47.1	66.8
Фармацевтическое дело	13.5	11.1	7.8	10.4	21.5
Медицинская помощь и профилактическое лечение	33.4	43.8	26.5	41.2	66.2
Общая практика	*5.4*	*7.2*	*4.9*	*5.5*	*4.9*
Зубоврачебное дело	40.6	42.1	22.5	38.8	29.3
Все прочие специальности	10.1	12.4	8.9	10.9	8.8

Примечание: 1. Отношение общего числа заявок для зачисления на обучение по определенной специальности к общему числу грантов

Источник: данные Минздрава Казахстана и ВОЗ (готовятся к публикации).

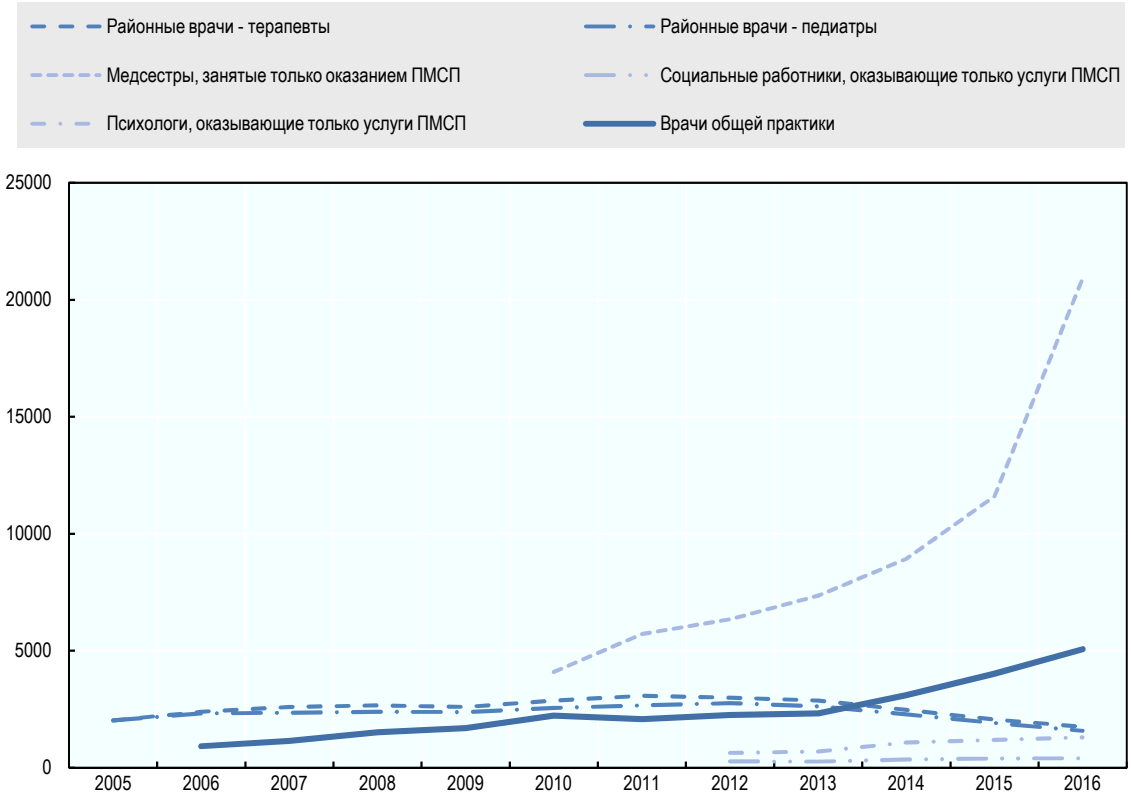
Численность персонала, занятого в сфере ПМСП, быстро выросла

За последние 10 лет общее количество медицинских работников, занимающихся оказанием медицинских услуг в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, увеличилось в шесть раз. На Диаграмме 2.5 показано, что персонал, занятый в сфере ПМСП, увеличился примерно на 27 000 специалистов. По состоянию на 2016 г. персонал учреждений ПМСП включал 5 071 врачей общей практики, 1 749 участковых терапевтов, 1 579 участковых педиатров, 20 910 медицинских сестер ПМСП, 402 социальных работника и 1 299 психологов. Эти цифры – впечатляющее достижение в направлении расширения доступа населения к услугам ПМСП.

Стандарты здравоохранения, утвержденные Министерством здравоохранения, определяют уровень квалификации, которой должны обладать медицинские работники ПМСП, и четко требуют того, чтобы указанные медицинские услуги предоставлялись бригадами специалистов различного профиля. Внедрены нормативные требования к кадрам, которые позволяют обеспечить, чтобы задействованный в ПМСП персонал соответствовал потребностям общества. Согласно недавно принятой норме к каждому участковому терапевту прикрепляется 2 200 взрослых; к каждому участковому педиатру – 900 детей; и к каждому врачу общей практики – 2000 взрослых и детей. Кроме того, каждый участковый терапевт или педиатр должен работать с двумя медсестрами, а каждый врач общей практики – с тремя медсестрами. Кадровые нормы также определяют, что в бригаду по оказанию ПМСП должны на неполный рабочий день включаться

квалифицированные социальные работники и психолог, также занятый неполный рабочий день. За назначение этих специалистов и за управление их работой отвечает руководитель медицинского учреждения (Oxford Policy Management, 2014).

Диаграмма 2.5. Динамика численности персонала, занятого предоставлением услуг ПМСП, Казахстан, 2010 – 2015 гг.



Источник: Министерство здравоохранения Казахстана, 2016 г.

Укрепилась автономия учреждений ПМСП

За последние пятнадцать лет в Казахстане повысилась роль и самостоятельность учреждений ПМСП в результате различных изменений в их правовом статусе.

Первый шаг в этом направлении был сделан в 2000-х гг. Городские поликлиники были юридически и финансово отделены от больниц, в результате чего они получили большую независимость с точки зрения управления ресурсами. Что касается учреждений здравоохранения ПМСП в сельской местности (таких как ФАПы и САПы), они оставались административно частью центральных районных больниц. Начиная с 2009 г. постепенно вносились изменения, которые касались юридического статуса учреждений ПМСП и были направлены на дальнейшее укрепление их независимости, а также, как можно было надеяться, их эффективности. Таким образом, начиная с 2015 г. учреждения по оказанию ПМСП в Казахстане можно разделить на пять категорий: *государственные учреждения, государственные предприятия, государственные предприятия с правом хозяйственного ведения*

(ПХВ), частные предприятия или акционерные общества. Государственные учреждения по оказанию ПМСП:

- *Государственные учреждения*. Эти учреждения здравоохранения не обладают самостоятельностью с точки зрения управления своим собственным бюджетом или основными фондами: для каждой категории расходов фиксированная сумма устанавливается Минздравом или местным органом здравоохранения (МОЗ). Учреждения, имеющие этот правовой статус, отвечают за предоставление услуг, определенных правительством.
- *Государственные предприятия*. Эти учреждения здравоохранения обладают самостоятельностью в вопросах управления собственным бюджетом, хотя и с некоторыми ограничениями. Например, цены на услуги и вознаграждение персонала (например, заработная плата и бонусы) определяются Минздравом или МОЗ.
- *Государственные предприятия с правом хозяйственного ведения* (т. е. государственные хозяйственные предприятия). Эти учреждения являются наиболее самостоятельными из числа государственных учреждений здравоохранения, оказывающих ПМСП. Помимо того, что эти учреждения самостоятельно управляют собственным бюджетом, они могут открывать филиалы и представительства, а также определять цены на предоставляемые услуги (с разрешения Минздрава или МОЗ). Доходами от продажи товаров и услуг эти учреждения распоряжаются самостоятельно, хотя часть чистого дохода должна перечисляться государству. Хотя верхний предел заработной платы сотрудников определяется Минздравом либо МОЗ, штатное расписание, заработная плата сотрудников и выплата бонусов определяются медицинским учреждением самостоятельно (за исключением заработной платы генерального директора, его заместителей и главного бухгалтера, которая устанавливается Минздравом или МОЗ).
- В городах также можно встретить небольшое число частных учреждений ПМСП и акционерных компаний, которые оказывают услуги ПМСП в рамках ГОБМП.

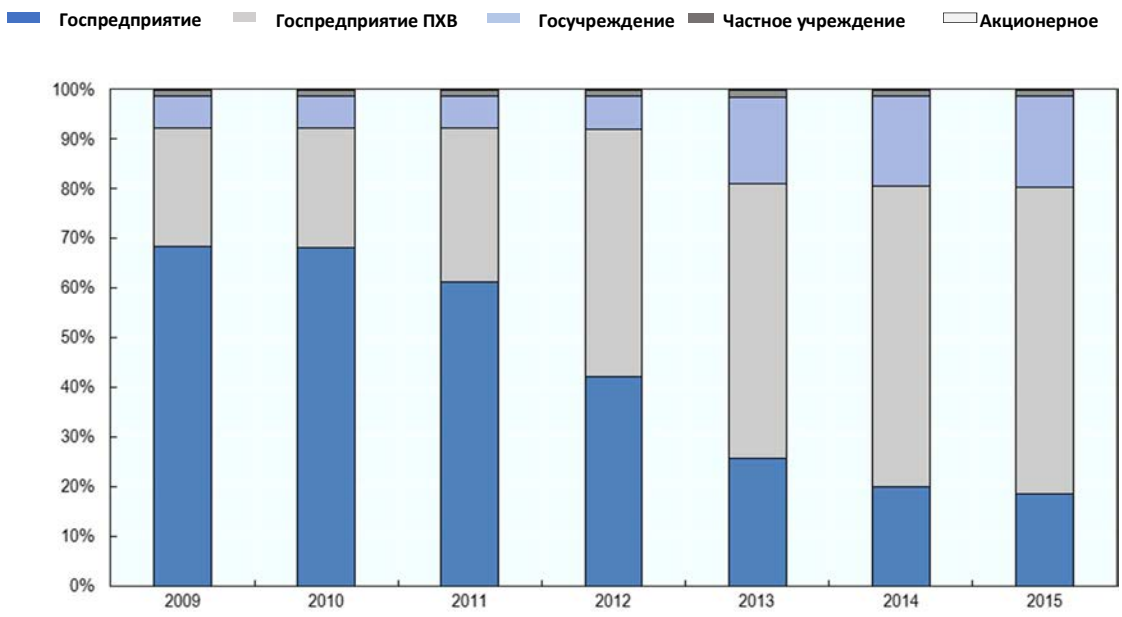
По состоянию на 2015 г. структура учреждений ПМСП распределялась следующим образом: 62% – это государственные предприятия с правом хозяйственного ведения, 19% – государственные предприятия, 18% – государственные учреждения, 1% – частные учреждения, предоставляющих медицинскую помощь в рамках ГОБМП, и 0,1% – акционерные общества (8 учреждений – в городах и только одно в сельских районах) (Диаграмма 2.6). Вопрос о том, какие медицинские учреждения остаются государственными и финансируются из бюджетных средств, а какие должны быть реорганизованы в государственные предприятия с правом хозяйственного ведения, решается областными органами здравоохранения.

Повышение качества обслуживания стало приоритетным направлением

Для повышения качества услуг ПМСП были приняты некоторые меры. Существенными среди них были аккредитация высших учебных заведений и учреждений ПМСП, внедрение клинических рекомендаций и протоколов, разработка показателей качества оказываемых услуг.

Для высших учебных заведений медицинского профиля требуется лицензия, которая предоставляет им право осуществлять свою деятельность (так называемая *институциональная лицензия*). Для каждой специальности выдается конкретная лицензия (*специализированная аккредитация*). Лицензии для государственных учебных заведений выдаются раз в два года *Комитетом по контролю за образованием и наукой*, который входит в состав Министерства образования и науки. Что касается частных учебных заведений, то они, в отличие от государственных, получают лицензию на право осуществления своей деятельности только один раз, и выдают эту лицензию независимые агентства, занимающиеся официальной регистрацией (данные Минздрава Казахстана и ВОЗ, готовятся к публикации).

Диаграмма 2.6. Изменение юридического статуса учреждений ПСМП в Казахстане, 2009 – 2015 гг.



Источник: Министерство здравоохранения Казахстана, 2016 г.

Национальные стандарты аккредитации медицинских учреждений были введены в 2009 г. в ходе проведения *«Реформы Саламатты»*. Эти стандарты определяют основные параметры, по которым проверяют учреждения здравоохранения. К этим параметрам относятся: (i) руководство (сфера полномочий организации, управление, стратегическое и оперативное планирование, общее управление, управление рисками и меры по повышению качества услуг); ii) управление ресурсами (управление информацией и управление персоналом); iii) обеспечение безопасности (безопасность деятельности медицинского учреждения, соблюдение техники безопасности при использовании оборудования, безопасная среда для работы и инфекционный контроль) и (iv) отношение к пациентам (соблюдение прав пациента, обеспечение доступа к медицинским услугам, прием пациентов и планирование лечения), обеспечение лекарственными средствами и качество лечения. Данные об общем числе аккредитованных амбулаторных учреждений не были представлены.

Разработка клинических рекомендаций и протоколов началось более десяти лет назад в качестве средства для более широкого использования доказательной медицины. По состоянию на 2015 г. в Республиканском центре было разработано около 500 клинических рекомендаций и протоколов по лечению различных заболеваний, включая заболевания, чувствительные к амбулаторному лечению.

Ежемесячно проводятся внутренние проверки качества предоставляемых услуг. В Минздраве подготовлен список из примерно 100 показателей качества услуг, которые оказывают в учреждениях ПМСП и в стационарах. Медицинские учреждения должны выбрать десять показателей, по которым их работу будут оценивать на ежемесячной основе специалисты по внутреннему аудиту. Результаты этого внутреннего аудита представляются на рассмотрение Комитета по контролю качества в Министерстве здравоохранения, после чего он доводится до сведения Комитета по медицинскому обслуживанию и оплате услуг, который занимается финансированием расходов на первичную медико-санитарную помощь (WHO, 2015).

Недавно опубликованный доклад ВОЗ показал, что, несмотря на определенные улучшения, существует ряд причин, которые препятствуют повышению качества предоставления услуг ПМСП. Среди этих причин – необходимость дальнейшего совершенствования учебных планов в учебных заведениях медицинского профиля и повышения квалификации преподавательских кадров; введение более жесткой процедуры аккредитации для частных высших учебных заведений, особенно учитывая их растущее значение за последнее десятилетие (данные Минздрава и ВОЗ, готовятся к публикации).

Кроме того, хотя медицинские работники ПМСП докладывают, что они часто используют клинические рекомендации и протоколы, они также высказывают критические замечания, которые касаются отсутствия ясности в описании процедур, которые не всегда понятны, и, следовательно, требуют дополнительных разъяснений относительно того, как их использовать (WHO, 2015).

Меры по адаптации объема и характера услуг к специфике заболевания

Были приняты конкретные инициативы, направленные на повышение роли ПМСП в борьбе с НОЗ, в частности, реализуются программы массового профилактического обследования населения и пилотный проект по борьбе с заболеваниями (ПБЗ). Ожидается, что бригады специалистов ПМСП также будут координировать оказание медицинской помощи пациентам.

Программа массового профилактического обследования населения

Медицинские учреждения ПМСП отвечают за реализацию введенной в 2008 г. программы массового профилактического обследования прикрепленного к ним населения. Перечень диагностических процедур и норм представлен в Таблице 2.3. Медицинские учреждения занимаются информированием целевых групп населения о важности участия в различных диагностических процедурах, обеспечивают проведение этих процедур, сообщают пациентам их результаты и, если это необходимо, координируют последующее лечение с другими медицинскими учреждениями. Медицинские учреждения ПМСП отвечают также и за внесение пациента в электронную базу данных, которая предоставляется медицинскому региональному информационно – аналитическому центру (Баттакова с соавт., 2015).

Когда впервые ввели программу массового профилактического обследования населения, основной проблемой стала слабая осведомленность населения. Для решения этой проблемы правительство провело серию информационных кампаний, направленных на привлечение внимания целевых групп населения к проводимым мероприятиям. Были выпущены аудио- и видеоролики с участием известных в стране лиц, а также информационные и учебные плакаты. И тогда данные показали впечатляющий рост числа взрослых участников обследования – с примерно 2 млн. чел. в 2008 г. до 7 млн. чел. в 2013 г. (Баттакова, 2015 г.).

Таблица 2.3. Основные характеристики программ массового профилактического обследования населения в Казахстане

Заболевание	Целевая группа населения	Профилактическое обследование	Назначение дополнительных исследований, консультаций
Гипертония, ишемическая болезнь сердца	Граждане обоих полов в возрасте от 25 до 70 лет, один раз в пять лет в возрасте до 50 лет и каждые два года после 50-ти	Измерение кровяного давления и анализ крови на холестерин	Электрокардиограмма, кардиолог
Сахарный диабет	Граждане обоих полов в возрасте от 25 до 70 лет, один раз в пять лет в возрасте до 50 лет и каждые два года после 50-ти	Анализ крови на сахар	Эндокринолог
Глаукома	Граждане обоих полов в возрасте от 25 до 70 лет, каждые два года	Измерение внутриглазного давления	Офтальмолог
Скрининг тесты на рак шейки матки	Женщины в возрасте от 30 до 60 лет; один тест каждые пять лет.	Мазок Папаниколау	Кольпоскопия, биопсия, гинеколог
Скрининг тесты на рак груди	Женщины в возрасте от 50 до 60 лет; один тест каждые пять лет.	Маммография	Ультразвук, биопсия маммолог
Скрининг тесты на рак прямой кишки	Граждане обоих полов в возрасте от 50 до 70 лет, один тест каждые два года	Анализ кала на скрытую кровь	Эндоскопическое обследование толстой кишки, колопроктолог
Скрининг тесты на рак пищево-да и желудка	Граждане обоих полов в возрасте от 50 до 60 лет, один тест каждые два года	Эндоскопическое обследование пищевода и желудка	Гастроэнтеролог, онколог
Скрининг тесты на рак предстательной железы	Мужчины в возрасте от 50 до 60 лет; один тест каждые четыре года	Тест на простатоспецифи-ческий антиген (ПСА), индекс здорового состояния простаты (PHI)	Пункционная биопсия простаты, уролог
Скрининг тесты на рак печени	Граждане обоих полов, страдающие циррозом печени	Определение АФП и ультразвук печени каждые три месяца, при невирусной этиологии цирроза – каждые 6 мес. Проводится в 11 регионах.	КТ и МРТ печени, онколог

Источники: Баттакова с соавт. (2015); Министерство, здравоохранения Казахстана, 2106 г.

Борьба с заболеваниями

В Казахстане было также проведено пилотное тестирование программ борьбы с заболеваниями (ПБЗ). При поддержке Канадского общества международного здравоохранения (КОМЗ) были разработаны ПБЗ, которые прошли испытания в течение года. Эти программы включали в себя пакет рекомендаций по клинической практике, модель медицинской помощи при хронических заболеваниях, «модель для совершенствования» (т. е. адаптация модели медицинской помощи к местным условиям при хронических заболеваниях) и метод, который гарантирует, что навыки, необходимые для решения предыдущих трех тестов, были усвоены. Результаты тестирования рассматриваются в разделе 4.2.

Хотя учреждения ПМСП отвечают за координацию медицинской помощи, эта функция на практике реализуется слабо.

Приняты определенные меры направленные на то, чтобы стимулировать учреждения ПМСП к выполнению координирующей функции при оказании медицинской помощи. Для этого созданы бригады врачей различных специальностей, разработаны варианты проведения лечения, используется схема курирования лечения. Эти меры соответствуют лучшим образцам мировой практики, хотя пока еще собрано не очень много фактов, свидетельствующих об их влиянии на организацию лечения. Например, сотрудники учреждений ПМСП отметили, что они не всегда могут понять стандарты и рекомендации по проведению лечения, которые к тому же периодически меняются. Пациенты с хроническим заболеванием упоминали о том, что терапевты редко имеют доступ к их истории болезни и не учитывают содержащиеся в них сведения даже тогда, когда располагают этими документами. Проведенная недавно независимая оценка показывает, что ключевым вопросом в системе здравоохранения Казахстана является отсутствие эффективной координации действий врачей в процессе лечения пациента. В частности, в докладе указывается на отсутствие данных о том, как программы массового профилактического обследования сопрягаются с последующим лечением тех, у кого выявлены заболевания (International Bank for Reconstruction and Development, 2014).

Главным препятствием на пути более глубокой интеграции усилий врачей и координации медицинской помощи является ограниченный обмен информацией между учреждениями здравоохранения разных уровней. Уже несколько лет продолжается разработка Единой информационной системы здравоохранения. До 2010 года компоненты разрабатывались под «толстой клиентской парадигмой». С 2010 года начались инвестиции, направленные на разработку веб-приложений, таких как Электронный реестр стационарных больных и Реестр зарегистрированного населения, наряду с другими, действующими на всей территории страны. По данным Министерства, охват медицинскими информационными системами достиг 48% всех медицинских учреждений. На данный момент многие учреждения ПМСП в сельских районах продолжают представлять неполные данные и передавать их вручную, что препятствует эффективному контролю за их эффективностью (например, в настоящее время рейтинги ПМСП учитывают только работу медицинских учреждений в городах). Всё же государственные органы признают необходимость поддержания темпов внедрения региональных медицинских информационных систем и их интеграции на национальном уровне.

Для повышения качества услуг была изменена система финансирования ПМСП

После обретения независимости система финансирования учреждений здравоохранения в Казахстане претерпела существенные изменения – от простого выделения средств одной строкой в бюджете до сложной двухкомпонентной схемы финансирования в зависимости от количества обслуживаемых пациентов. Изначально учреждения первичной медико-санитарной помощи финансировали просто путем выделения средств, предусмотренных строкой в бюджете. В конце 90-х гг. была введена система «подушевого» финансирования, выделялись также определенные средства для покрытия расходов на проводимые амбулаторно консультации и оказание услуг по диагностике заболеваний. Вначале изменения в системе финансирования не сопровождались ростом финансовой самостоятельности

медицинских учреждений, что сдерживало влияние нововведений на объем и качество оказываемых услуг. (Katsaga et al., 2012). Примерно в 2010 г. учреждениям здравоохранения предоставили самостоятельность в управлении финансами, и в большинстве своем (с некоторыми вариантами в зависимости от их фактического правового статуса) они могут более или менее свободно распоряжаться финансовыми средствами. К средствам в рамках «подушевого» финансирования дополнительно была выделена определенная сумма, рассчитанная в соответствии с показателями деятельности медицинских учреждений.

Финансирование ПМСП в настоящее время является прерогативой центральных органов государственного управления. Там определяют общую сумму финансирования сферы здравоохранения в расчете на душу населения и направляют средства местным органам здравоохранения, которые, в свою очередь, распределяют их в соответствии с установленными правилами. В настоящее время ответственным за финансирование медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи является Комитет по закупкам медицинских услуг (КЗМУ), который входит в систему Минздрава.

В 2015 г. финансирование первичной медико-санитарной помощи было основано на сложной «подушевой» норме. Эта норма включала фиксированную часть, которая корректировалась в зависимости от региона (с учетом климата, демографической ситуации и других факторов), плюс бонус. Когда только ввели бонусную систему, для каждого региона была установлена фиксированная сумма на душу населения, которая подлежала распределению среди учреждений здравоохранения. Сегодня эта сумма устанавливается на общенациональном уровне, а средства распределяются между учреждениями здравоохранения и врачами общей практики в соответствии с достигнутыми результатами их деятельности согласно перечню заранее определенных показателей. Целевые установки по каждому показателю определяются либо каждым из 16 местных органов здравоохранения, либо центральными органами государственного управления. Перечень показателей и соответствующие целевые установки представлены в таблице 2.4.

Таблица 2.4. Перечень показателей и целевых установок, используемых для расчета финансирования по итогам деятельности учреждений ПМСП, в целом по Казахстану, 2015 г.

Показатели	Целевые установки на 2015 г.
Материнская смертность при родах, которую можно предотвратить на уровне ПМСП, *количество случаев*	0
Детская смертность в возрасте от 7 дней до 5 лет, которую можно предотвратить на уровне ПМСП, *количество случаев*	0
Вовремя поставленный диагноз туберкулеза легких, *минимальный процент выявленных случаев*	69.96
Новые случаи появления злокачественных опухолей, выявленных на 1-й и 2-й стадиях (для опухолей, которые могут быть определены визуально)	71.40
Уровень госпитализации пациентов с осложнениями по болезням системы кровообращения	50.40
Количество жалоб	0

Источник: Министерство здравоохранения, 2015 г.

Система «подушевого» финансирования, которую используют для покрытия расходов на амбулаторное лечение, дополняется функцией, при которой учреждения ПМСП выступают распорядителями части средств. Учреждения ПМСП получают средства для оплаты любых специализированных амбулаторных услуг (например, диагностических процедур, лабораторных анализов, консультаций), а затем на условиях субподряда привлекают к работе соответствующие медицинские учреждения (ОЭСР, 2018). Кроме того, в целях стимулирования учреждений ПМСП к инвестированию в повышение квалификации своих сотрудников, при организации финансирования выделяются средства на покрытие расходов, связанных с обучением персонала. Структурно схема финансирования первичной медико-санитарной помощи в Казахстане не сильно отличается от аналогичной системы в большинстве стран ОЭСР. В 80% стран ОЭСР финансирование первичной медико-санитарной помощи является смешанным, т. е. объединяются средства, направляемые на компенсацию расходов по разным критериям. В двух третях стран ОЭСР финансирование по «подушевому» принципу является основным компонентом компенсации расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи, и, по меньшей мере, в 13 странах совмещают «подушевую» систему с выплатами по итогам работы учреждений здравоохранения (ОЭСР, 2016a).

В то же время схема финансирования по итогам работы учреждений здравоохранения в Казахстане существенно отличается от той, которая обычно применяется в странах ОЭСР. Выделение средств с учетом эффективности работы медицинских учреждений в странах ОЭСР часто опирается на сочетание показателей самого процесса лечения и промежуточных его результатов, а это позволяет стимулировать оказание медицинской помощи, что соответствует основополагающим принципам наилучшей практики. Обычно финансирование обсуждается с учреждениями здравоохранения, которые считают, что они могут непосредственно влиять на этот процесс. В Казахстане – наоборот, такие показатели, как материнская смертность при родах и детская смертность, а также процент госпитализации людей с осложнениями заболеваний системы кровообращения, являются свидетельством результатов работы на высоком уровне. Другими словами, хотя перечисленные показатели относятся только к событиям, «которые можно предотвратить на уровне ПМСП», они:

- часто имеют несколько взаимосвязанных причин, многие из которых связаны с социально – экономическими условиями жизни пациентов. Это означает, что причисление того или иного события к результатам работы одного учреждения здравоохранения, вероятно, является спорным. Кроме того, характер рисков, связанных со структурой населения, которое приписано к данному учреждению, скорее всего, сильно отличается в зависимости от региона. Поэтому медицинское учреждение может быть в большей или меньшей степени подвержено риску недофинансирования или может получить дополнительные средства просто за счет разной структуры пациентов.
- статистически очень редко встречаются. Другими словами, они практически случайны на уровне данных учреждений здравоохранения, но также не позволяют очень точно определять разницу в показателях работы медицинских учреждений, особенно если их измерять на ежеквартальной основе (Smith et al., 2009).

Другие показатели, такие как ранняя диагностика туберкулеза или некоторых опухолей, более тесно связаны с деятельностью и результатами работы учреждений здравоохранения, но по тем же техническим причинам типичная страна ОЭСР не обязательно будет их использовать.

В более широком смысле неясно, в какой мере текущий набор показателей допускает различия между медицинскими учреждениями. В представленных Минздравом данных различают только 3 уровня выполнения целевых установок (<80% поставленных задач, между 80% и 99% и 100% и более). В 2015 г. почти 97% оцениваемых учреждений ПМСП по показателю выполнения целевых установок относились к средней категории 80% – 99% (3% и 0,4% были отнесены, соответственно, к самой низкой и наивысшей категориям). Если не принимать во внимание сомнения относительно качества отобранных показателей и если допустить, что данные показатели все-таки используются, в этом случае они не адекватно отражают различия в качестве услуг, предоставляемых отдельными учреждениями здравоохранения, а всего лишь позволяют обнаружить факт вознаграждения (или санкции) в отношении тех из них, которые выбиваются из общей средней массы. Это значительно снижает полезность данной системы финансирования.

В целом, схема финансирования ПМСП в Казахстане с учетом результатов работы учреждений здравоохранения имеет мало общего с программами, которые были успешно реализованы в странах ОЭСР. Это ставит под сомнение способность этой схемы реально влиять на их деятельность в долгосрочной перспективе.

Предоставленные Минздравом данные свидетельствуют о том, что в любом случае реализация на практике схемы финансирования с учетом результатов работы учреждений здравоохранения является неполной. Действительно, сегодня бонусная система реализуется всего в 442 учреждениях по всему Казахстану, 199 из которых расположены в сельской местности (данные Минздрава). Без учета медицинских и фельдшерских станций это составляет около 10 процентов медицинских учреждений в сельской местности. Среди сельских учреждений здравоохранения, зарегистрированных в бонусной программе ПМСП, подавляющее большинство фактически работает в городских условиях (и в списке перечислены как районные поликлиники[3]). В рассмотренную схему финансирования включено всего лишь 11 сельских медицинских амбулаторий, главным образом, из-за отсутствия

инфраструктуры ИТ в сельских медицинских учреждениях. В городах зарегистрировано 243 объекта, что примерно соответствует количеству городских амбулаторий и поликлиник. Это свидетельствует о том, что для этой группы медицинских учреждений программа является практически универсальной.

Движение вперед – принят амбициозный стратегический план действий на 2016 – 2019 гг. – Национальная программа развития здравоохранения в Казахстане «Денсаулык»

Нынешний стратегический план действий на 2016 – 2019 гг. предусматривает проведение целой серии комплексных реформ, которые связаны с оказанием первичной медико-санитарной помощи и направлены на решение ряда оставшихся проблем. Помимо прочего, новая государственная программа развития направлена на укрепление ПМСП путем:

- признания необходимости усиления профилактической деятельности;
- ускорения приватизации учреждений здравоохранения как средства повышения их эффективности;
- принятия мер, направленных на то, чтобы врачи общей практики полностью отвечали за координацию медицинской помощи, а также контролировали качество услуг;
- увеличения к 2017 г. доли (должным образом подготовленных) врачей общей практики до 54% от общего числа врачей первичной медико-санитарной помощи; сокращения числа пациентов, закрепленных за одним врачом общей практики с норматива «1 врач на 2000 чел.» до норматива «1 врач на 1 500 чел.»;
- введения комплексной схемы финансирования;
- увеличения финансирования ПМСП до 40% от общих затрат на здравоохранение;
- делегирования некоторых функций врача общей практики медсестрам и повышения уровня квалификации обоих категорий медицинских работников;

В целом, усилия по дальнейшему совершенствованию ПМСП полностью соответствуют основной задаче правительства по приоритетному развитию первичной медико-санитарной помощи. Однако проведенная на месте оценка показала, что специалисты, занимающиеся разработкой, предоставлением и оценкой услуг первичной медико-санитарной помощи, по-прежнему приспосабливаются к изменениям, которые произошли за последние десять лет серьезной реорганизации. Поэтому успех новой эры амбициозных реформ во многом будет зависеть от достигнутого прогресса, то есть от того, насколько адекватно предыдущие реформы вписались в систему здравоохранения.

2.4. Показатели работы системы первичной медико-санитарной помощи

Реформы последнего десятилетия были направлены, помимо прочего, на придание официального статуса услуг ПМСП в Казахстане. Однако, до сих пор не проведена тщательная оценка последствий этих всеобъемлющих изменений с точки зрения доступа населения к ПМСП, качества и эффективности услуг первичной

медико-санитарной помощи. Одна из потенциальных причин этого может быть связана с нехваткой данных из-за отсутствия полноценной информационной системы в области здравоохранения.

Первоначальные данные показывают, что реформы в различных регионах проходили разными темпами. В некоторых районах страны бригады ПМСП функционируют в полном объеме, в то время как в других районах первичную медицинскую помощь по-прежнему оказывают участковые терапевты или участковые педиатры (данные Минздрава и ВОЗ, готовятся к публикации). Нынешнее разнообразие учреждений ПМСП также способствовало увеличению различий в доступности первой помощи, а также в квалификации персонала и качестве инфраструктуры.

Какой-то единой, согласованной на международном уровне системы оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи не существует. Как указано в разделе 3.4 главы о лечении в стационаре, эффективность ПМСП может быть измерена в контексте ее вклада в достижение всеобъемлющих системных целей по улучшению здоровья населения как меры, предпринятой в связи с обеспечением финансовой защиты граждан. В этом контексте оценка эффективности работы по необходимости будет многомерной, но на уровне первичной медицинской помощи, как правило, больше внимания уделяется доступу населения к ПМСП и качеству предоставляемых услуг (включая эффективность, сбалансированность и интегрированность) (Smith et al., 2009). На клиническом уровне роль первичной медико-санитарной помощи в профилактике, базовой неотложной помощи и лечении хронических болезней имеет особое значение. Хотя данные по структуре первичной медико-санитарной помощи содержатся, в основном, в первом разделе, далее в этом разделе основное внимание будет уделяться более тщательному анализу потребляемых ресурсов, процессов, объема выполненной работы, а также промежуточных или конечных результатов лечения, если таковые имеются. Насколько позволяют данные, анализ выявит по ряду ключевых показателей различия между отдельными регионами, между городскими и сельскими учреждениями здравоохранения, а также будет проведен сравнительный анализ ключевых показателей по Казахстану и по странам ОЭСР.

Доступ населения к услугам ПМСП

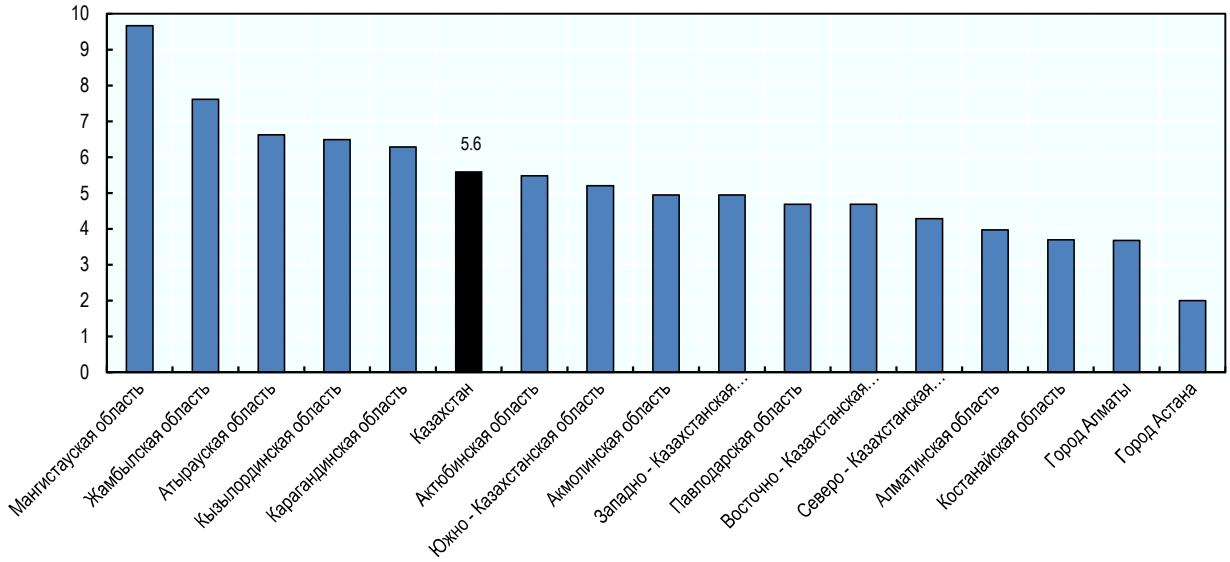
Обеспечение доступности медицинских услуг для населения, которая, в свою очередь, зависит от сбалансированного и скоординированного распределения ресурсов, является важным показателем работы системы здравоохранения. Доступность означает, что пациенты могут позволить себе необходимую для них медицинскую помощь, что существующая инфраструктура адаптирована к потребностям целевых групп населения, а медицинский персонал имеется в достаточных количествах, обладает достаточным набором навыков и эффективно распределен по территории.

Казахстан прошел долгий путь в направлении улучшения доступа населения к услугам здравоохранения. Тем не менее, анализ показывает, что доступ граждан к услугам ПМСП по-прежнему затруднен вследствие недостаточного числа специалистов, чрезмерной нагрузки и неравномерным распределением медицинского персонала.

Количество случаев оказания ПМСП в расчете на душу населения представляется достаточно большим, но при ближайшем рассмотрении возникает вопрос о том, насколько широко охвачено население услугами на самом деле

Данные свидетельствуют о том, что доступ населения к медико-санитарной помощи в Казахстане в среднем неплохой. Предоставленная Минздравом информация о числе посещений учреждений ПМСП свидетельствует о том, что в Казахстане в течение года фиксируется в среднем 5,6 случаев контакта с персоналом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (в ОЭСР число контактов с амбулаторными врачами составляет 6,6 посещений, включая посещения врачей – специалистов). Однако, за этим средним для всей страны показателем скрываются большие различия по регионам: число посещений пациентами медицинского персонала колеблется от 2 раз в Астане до удивительно высоких 9,7 раза в Мангистауской области (Диаграмма 2.7). Более подробные данные показывают большие различия, и вполне можно предположить, что при анализе ситуации по более мелким территориально – административным единицам различия могут быть еще большими. По крайней мере некоторая часть населения, скорее всего, имеет очень ограниченный доступ к первичной медико-санитарной помощи. Полученные в ходе исследований данные помогут понять, какие социально-экономические факторы могут объяснить эти различия.

Диаграмма 2.7. Среднее число контактов пациентов с персоналом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в расчете на душу населения, Казахстан, 2015 г.



Примечание: Данные включают ежедневные консультации и еженедельные посещения пациентов на дому, которые проводят врачи общей практики, участковые врачи – терапевты и участковые педиатры.

Источник: Министерство здравоохранения Казахстана, 2016 г.

Оказывается, что около 17% населения не зарегистрировано ни в одном из учреждений первичной медико-санитарной помощи. Минздрав предоставил данные о числе врачей ПМСП и о среднем числе пациентов, зарегистрированных по каждой категории специалистов (врач общей практики, участковый терапевт или педиатр). Если перемножить эти две цифры, то мы получим, что в учреждениях МПСП

зарегистрировано около 14,5 млн. жителей Казахстана. При отсутствии дополнительной информации, например, о географическом или социально-экономическом распределении людей, которые не регистрируются для получения ПМСП, невозможно понять, удовлетворяются ли потребности в первичной медико-санитарной помощи этих 17% населения и каким образом это происходит. Более того, среднее количество контактов с медицинским персоналом на душу населения (Диаграмма 2.7) рассчитывается путем деления количества посещений на все население. Если мы предположим, что 17% не зарегистрированных граждан не обращаются за помощью в медицинские учреждения, это означает, что зарегистрированные пациенты имеют ежегодно в среднем 6,9 контактов с медицинским персоналом ПМСП.

Более тщательный анализ данных показывает, что показатель числа контактов характеризует доступ к учреждениям первичной медико-санитарной помощи, а не к медицинскому персоналу, который оказывает первичную медико-санитарную помощь. Другими словами, контакты включают визиты к врачам – специалистам, работающим в учреждениях ПМСП. Таким образом, степень доступа пациентов к врачам и бригадам ПМСП не регистрируется.

О том, что показатели числа посещений не отражают контактов с врачами ПМСП, свидетельствует еще два обстоятельства:

- Во-первых, цифры указывают, что врачи – специалисты в поликлиниках работают очень мало. Согласно предоставленным данным в 2015 г. среднее число посещений пациентами врачей поликлиник в Казахстане составило 6,1 (данные Минздрава). Если учесть, что жители страны посещают врача первичной медико-санитарной помощи 5,6 в год, это означает, что казахи посещают врача – специалиста в поликлинике менее 1 раза в год (6,1 – 5,6). Параллельно с этим, согласно данным Минздрава (см. пояснения после Диаграммы 2.4) в стране насчитывается 7 990 терапевтов первичной медико-санитарной помощи (врачей общей практики, участковых терапевтов и педиатров), а общее число врачей, работающих в «учреждениях первичной медико-санитарной помощи» (данные приведены в Таблице 2.1) в 2015 г. составляет 26 201 человек. Если вычесть число врачей ПМСП из общего числа врачей, работающих в учреждениях ПМСП, это означает, что в поликлиниках работает 18 400 врачей. Другими словами, хотя их число более чем в два раза превышает число врачей ПМСП, 18,4 тыс. медиков, по-видимому, все вместе имеют рабочую нагрузку, которая составляет одну шестую (17%) часть рабочей нагрузки врачей ПМСП. Некоторые из них предоставляют лабораторные услуги и не контактируют с пациентами. Однако более вероятно, что контакты, представленные на Диаграмме 2.7, включают контакты с медицинскими работниками, которые не являются врачами, или со специалистами, которые работают в учреждениях ПМСП.
- Во-вторых, имеется несоответствие между количеством посещений пациентами учреждений ПМСП и количеством посещений в расчете на одного врача. Данные, представленные на Диаграмме 2.7, относятся к «базовым» учреждениям ПМСП, число которых упоминалось ранее и составляет 1870 учреждений. Общее количество посещений в 2014 г. составило около 92 млн. Предполагая, что каждый из 7790 врачей ПМСП работает 265 дней в году, это означает, что они принимают более 32 пациентов каждый день. Это не соответствует данным Минздрава, которые

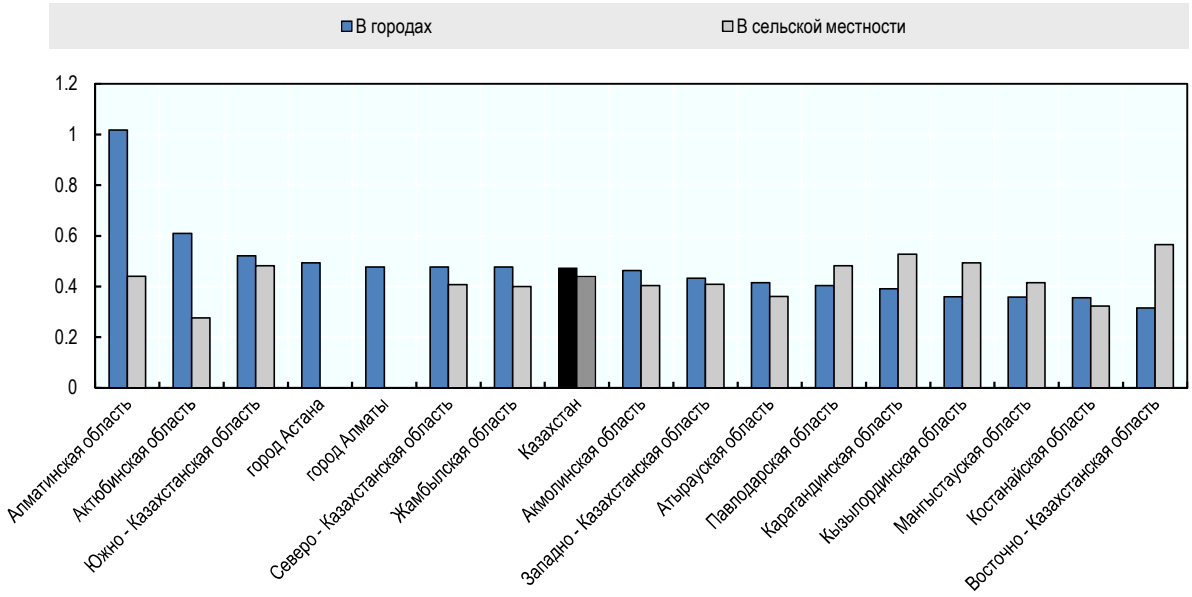
показывают, что эти специалисты в среднем принимают около 20 пациентов в день.

Поэтому наиболее вероятный вывод состоит в том, что приведенные выше цифры представляют собой посещения пациентами учреждений ПМСП, а не прием у врача ПМСП. Если дальнейшие данные отсутствуют, это означает, что степень, в которой население имеет доступ к врачам ПМСП, или, по сути, «члены команды» ПМСП, не известны. Учитывая важность реформ, это вызывает беспокойство.

Число медицинских работников ПМСП по-прежнему недостаточно, и они распределены неравномерно

Несмотря на быстрый рост числа врачей общей практики, кадровых ресурсов в здравоохранении по-прежнему недостаточно для удовлетворения потребностей населения Казахстана, особенно в некоторых районах страны, где число терапевтов на душу населения очень низкое. Как показано на Диаграмме 2.4, в среднем число врачей общей практики или, если брать шире, специалистов, оказывающих услуги ПМСП, является низким по международным стандартам. На Диаграмме 2.8 показано, что ситуация не одинакова по регионам. В городе Алматы, на удивление, число врачей ПМСП на душу населения находится на уровне 4 стран ОЭСР с преобладанием врачей общей практики. Но даже если исключить это резкое отклонение от нормы, число врачей на душу населения варьирует в пределах 220% по отдельным сельским районам и городам, упомянутым ниже. Ряду регионов все же удалось обеспечить приоритетное предоставление медицинских услуг в сельской местности: в сельских районах Южно-Казахстанской, Павлодарской, Карагандинской, Кызылординской, Восточно-Казахстанской областях количество врачей ПМСП на душу населения выше, чем в среднем по стране.

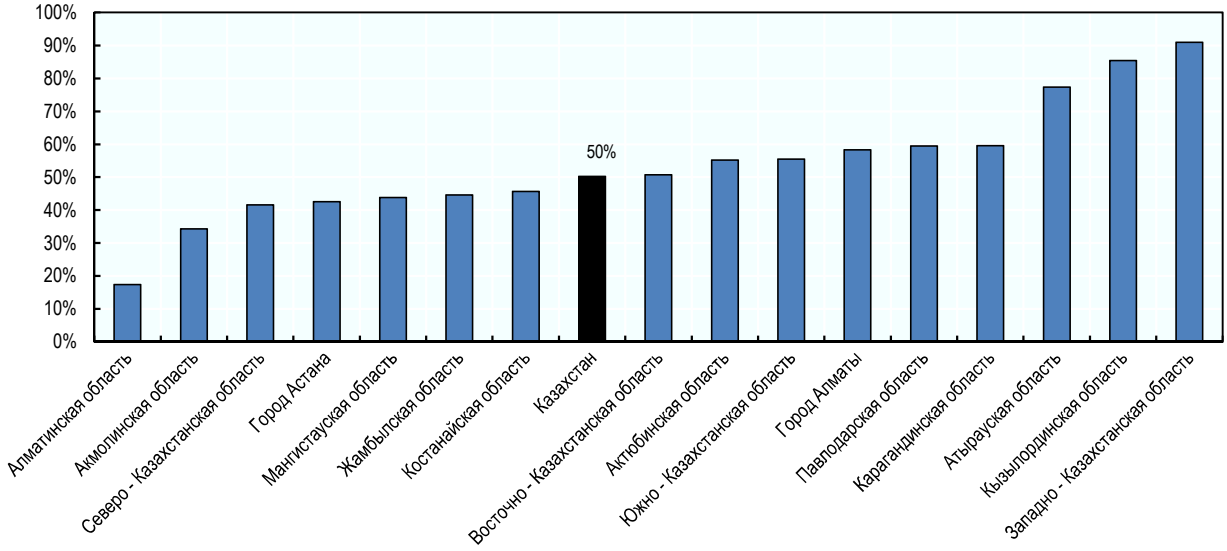
Диаграмма 2.8. Число врачей ПМСП на 1000 чел. населения в сельских и городских районах, по регионам, Казахстан, 2015 г.



Источник: Министерство здравоохранения Казахстана, 2016 г.

Доля специально обученных врачей общей практики в составе медицинского персонала сильно варьирует по регионам. Подготовленные в последнее время или прошедшие переподготовку врачи общей практики в настоящее время составляют 50% врачей–терапевтов ПМСП, остальные врачи – это практически равное количество участковых терапевтов и педиатров (Диаграмма 2.9). Однако их распределение по регионам очень неравномерно. В среднем в сельских районах врачи общей практики составляют 60% врачей ПМСП и лишь 40% – в городских районах. В действительности различия между регионами более значительны: в Алматинской области – самый низкий удельный вес врачей общей практики (нет ни одного специально подготовленного врача общей практики в городах Алматинской области). И наоборот, в Западно-Казахстанской области почти все врачи ПМСП – это врачи общей практики.

Диаграмма 2.9. Доля врачей общей практики в общей численности врачей ПМСП, Казахстан, 2015 г.



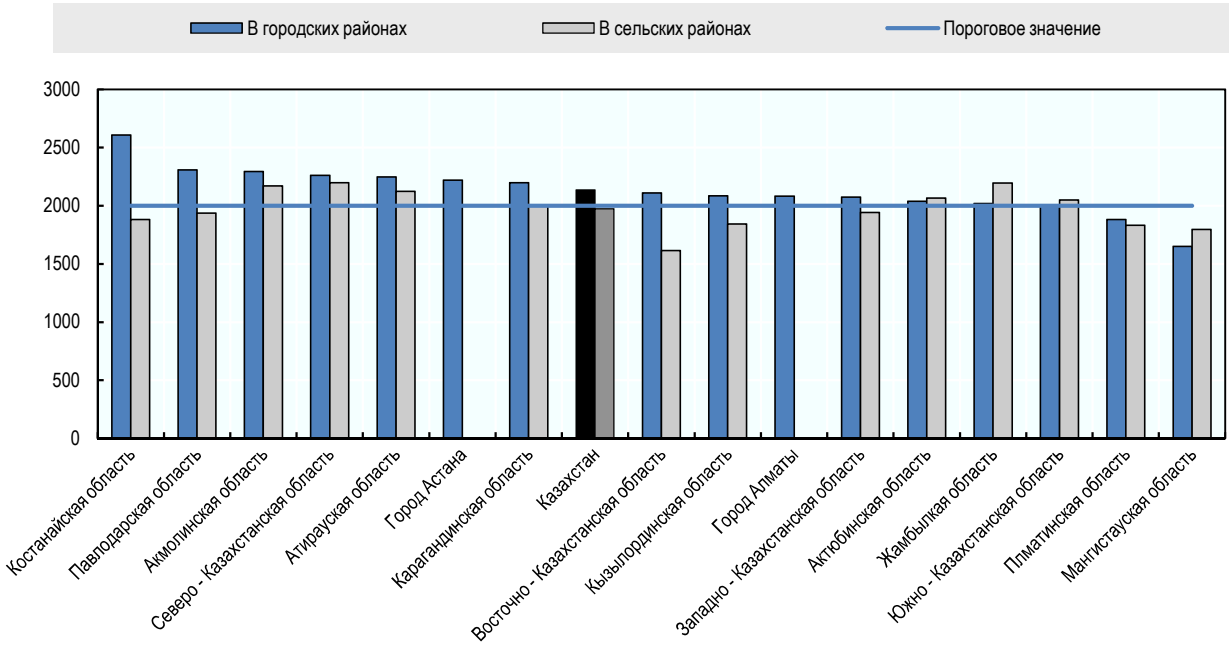
Источник: Министерство здравоохранения Казахстана, 2016 г.

Число пациентов, прикрепленных для получения медицинских услуг, в большинстве регионов Казахстана превышает действующие в стране стандарты занятости медицинских работников. Эти стандарты определяют максимальное число пациентов, которые должны быть зарегистрированы у врача ПМСП: до 2 000 взрослых на одного врача общей практики, 2 200 взрослых на участкового терапевта и 900 детей на одного участкового педиатра. Фактическая нагрузка врачей ПМСП для Казахстана и регионов, сельских и городских районов представлена на Диаграммах 2.10 – 2.12. В целом, количество пациентов, зарегистрированных у различных видов провайдеров, довольно близко к стандарту. Однако существуют региональные различия. В общем, в сельских районах зарегистрировано меньше пациентов в расчете на одного врача ПМСП, но это как раз те места, где очень большие расстояния, а население рассеяно по большой территории. Поэтому эти цифры не следует интерпретировать в том смысле, что в сельских районах охват медицинскими услугами населения значительно лучше, чем в городе.

Целевые показатели охвата населения медицинскими услугами, установленные Правительством для медицинских работников ПМСП, потребуют очень быстрого увеличения числа врачей ОП. Текущий порог в 2 000 пациентов на одного врача ОП

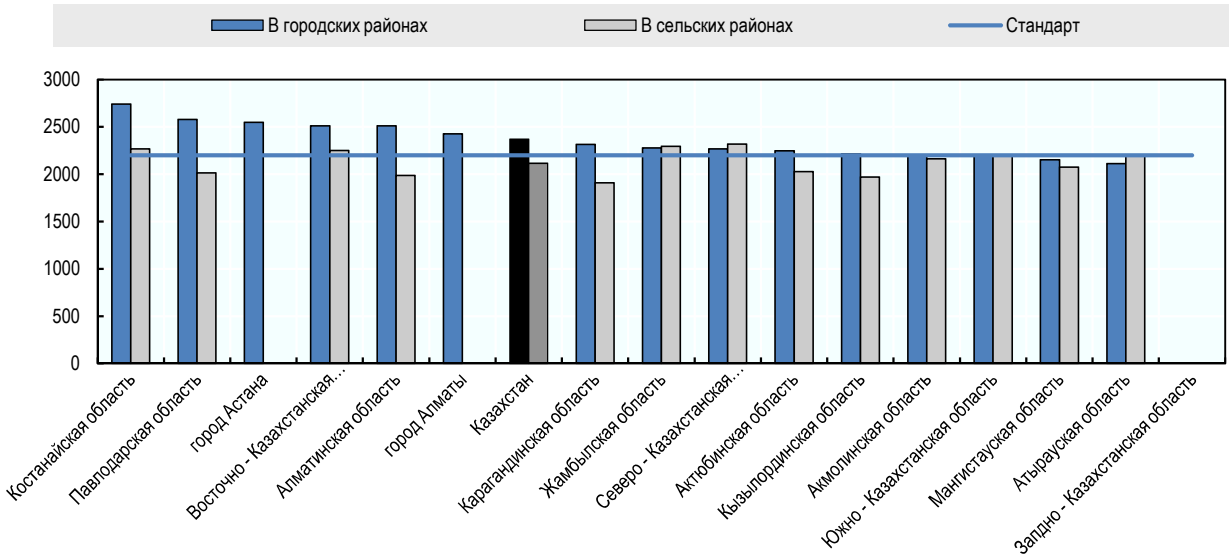
ПМСП подразумевает, что для охвата всего населения потребуется около 8 700 врачей ОП, что более чем в два раза превышает нынешнее количество (4 014 врачей ОП). Кроме того, Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016 – 2019 гг. устанавливает целевые показатели 1500 пациентов на одного врача общей практики.

Диаграмма 2.10. Среднее число пациентов, прикрепленных к одному врачу общей практики, Казахстан, 2015 г.



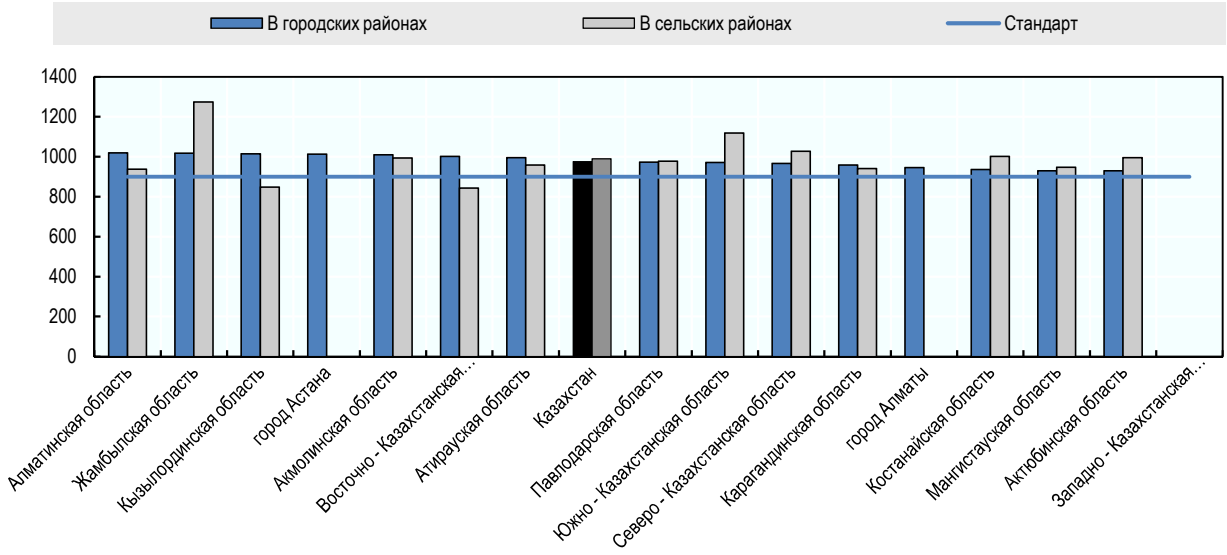
Источник: Министерство здравоохранения Казахстана, 2016 г.

Диаграмма 2.11. Среднее число пациентов, прикрепленных к одному участковому врачу-терапевту, Казахстан, 2015 г.



Источник: Министерство здравоохранения Казахстана, 2016 г.

Диаграмма 2.12. Среднее число пациентов, прикрепленных к одному участковому педиатру, Казахстан, 2015 г.



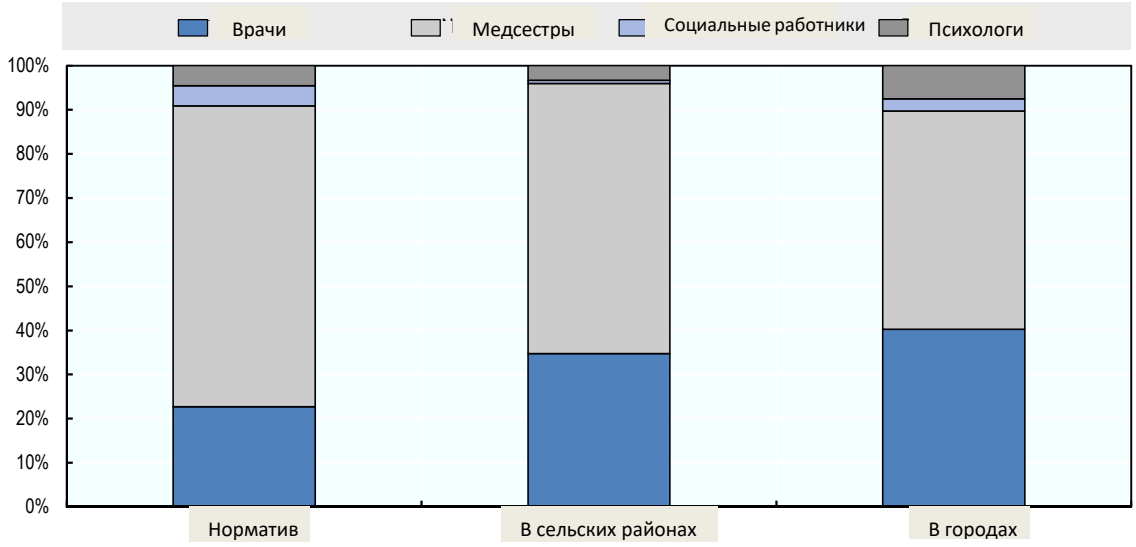
Примечание: В Западно-Казахстанской области имеется настолько мало участковых врачей–терапевтов и педиатров, что их количество не значимо для данного случая.

Источник: Министерство здравоохранения Казахстана, 2016 г.

Доступ населения ко всем специалистам, входящим в бригаду по оказанию ПМСП остается ограниченным, особенно в сельских районах. Теоретически каждый врач ПМСП должен работать с 3 медсестрами, социальным работником и психологом, занятым неполный рабочий день (20%). На Диаграмме 2.13 эта норма

представлена первым столбцом. Цифра показывает, что в среднем, несмотря на то, что численность медицинского персонала ПМСП быстро увеличивается, стандарты кадрового наполнения совершенно не соблюдаются. На одного врача приходится меньше медсестер, чем нужно. На самом деле, в сельской местности медсестер первичной медицинской помощи меньше, чем это предусмотрено стандартами, не полностью соблюдаются и нормативы наполнения бригад ПМСП врачами – специалистами различного профиля. В городах доля врачей ПМСП в бригадах первой медико-санитарной помощи выше, чем в сельских районах и выше того, что предусмотрено нормативами. Кроме того, в медицинских учреждениях также работают от десяти до двадцати различных специалистов, здесь оказывают также полный набор диагностических и лабораторных услуг (WHO, 2015). Иными словами, доступ населения к полностью укомплектованным бригадам ПМСП в соответствии с принятыми стандартами не обеспечивается, особенно в сельской местности.

Диаграмма 2.13. Состав бригад ПМС П, Казахстан (по нормативу, в сельских районах и в городах, 2015 г.



Источник: Министерство здравоохранения Казахстана, 2016 г.

Выглядит несколько парадоксальным, но при наборе на вакантные должности не возникает больших проблем. В 2015 г. необходимо было заполнить приблизительно 1 669 вакантных должностей для персонала ПМСП. Таким образом, число вакансий для основных сотрудников бригад ПМСП составляет в среднем 5% (см. Таблицу 2.5), и вакансии чаще встречаются в городах. Вместе с тем данные по штатному расписанию свидетельствуют о том, что врачи ПМСП в среднем заполняют 1,2 позиции. Если бы речь шла о работе на полный рабочий день, тогда это указывало бы на чрезмерную нагрузку для врачей первичной медико-санитарной помощи. Однако, если для некоторых должностей предусмотрен неполный рабочий день, это может просто свидетельствовать о том, что некоторые врачи работают более чем на одну ставку, что менее вероятно, учитывая общее понимание того, что врачей ПМСП не хватает. В целом, нужно проявлять осторожность при интерпретации этих цифр, поскольку приведенные данные относятся к вакансиям, заявленным медицинскими учреждениями, а не являются результатом оценок потребностей в рамках всей системы здравоохранения.

Таблица 2.5. Вакантные должности (оценка) и заполненные штатные единицы, а также численность работающих в ПМСП, Казахстан, 2015 г.

	Вакантные должности			Заполненные штатные единицы	Численность работающих	Соотно-шение
	Итого	В сельской местности	В городах			
Врачи ПМСП	6%	5%	6%	11258	9343	1.205
Медсестры ПМСП	3%	2%	4%	25685	25319	1.014
Социальные работники	5%	4%	5%	2023	2019	1.002
Психологи	7%	5%	8%	1184	1052	1.126

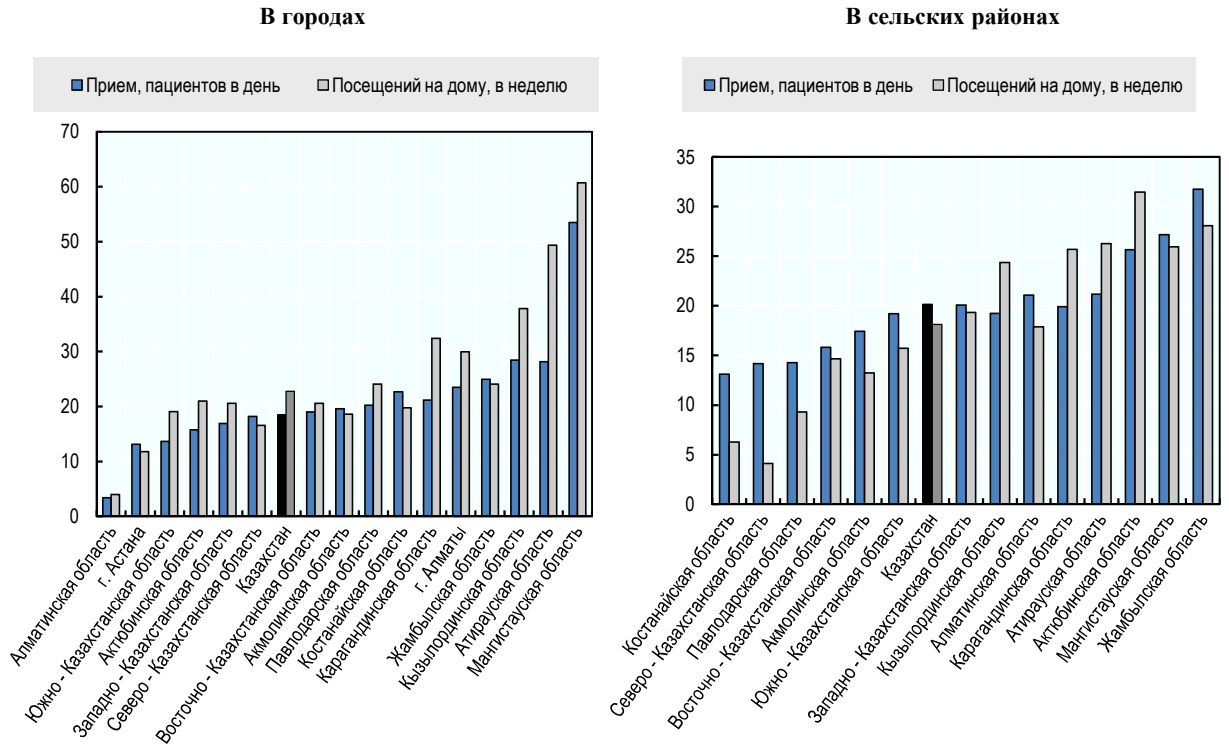
Источник: Министерство здравоохранения Казахстана, 2016 г.

Стремясь решить проблему получения и обработки информации о кадровых ресурсах и планирования медицинского персонала, в структуре Республиканского центра развития здравоохранения был создан *Центр кадровых ресурсов для здравоохранения.* В задачу этого центра входит совершенствование порядка сбора статистических данных и мониторинга ситуации с кадрами в сфере здравоохранения. Центр призван также разработать эффективную систему планирования и прогнозирования обеспеченности медицинским персоналом. При поддержке ВОЗ была разработана модель такой системы.

У некоторых терапевтов – очень большая нагрузка

Многие врачи ПМСП имеют слишком большую нагрузку, что не способствует эффективному лечению пациентов. В среднем, рабочая нагрузка врача ПМСП составляет около 20 пациентов в день и 20 посещений на дому в неделю (23 в городских и 18 в сельских районах). Однако здесь опять-таки есть большие различия между регионами. Например, согласно имеющимся данным, врачи ПСМП в городах Алматинской области принимают трех пациентов в день и посещают на дому четырех пациентов в неделю, что свидетельствует об очень слабой нагрузке. В то же время на другом конце спектра, по крайней мере, в трех сельских и одном городском регионе, в среднем врачи принимают более 25 пациентов в день и посещают на дому 5 пациентов в день, что, возможно, не способствует наилучшему качеству медицинского обслуживания.

Диаграмма 2.14. Нагрузка врача – терапевта ПМСП, 2015 г.



Источник: Министерство здравоохранения Казахстана, 2016. Данные по регионам приведены по степени возрастания показателей нагрузки в неделю (5* приемов в день + число посещений на дому).

Качество услуг по оказанию ПМСП

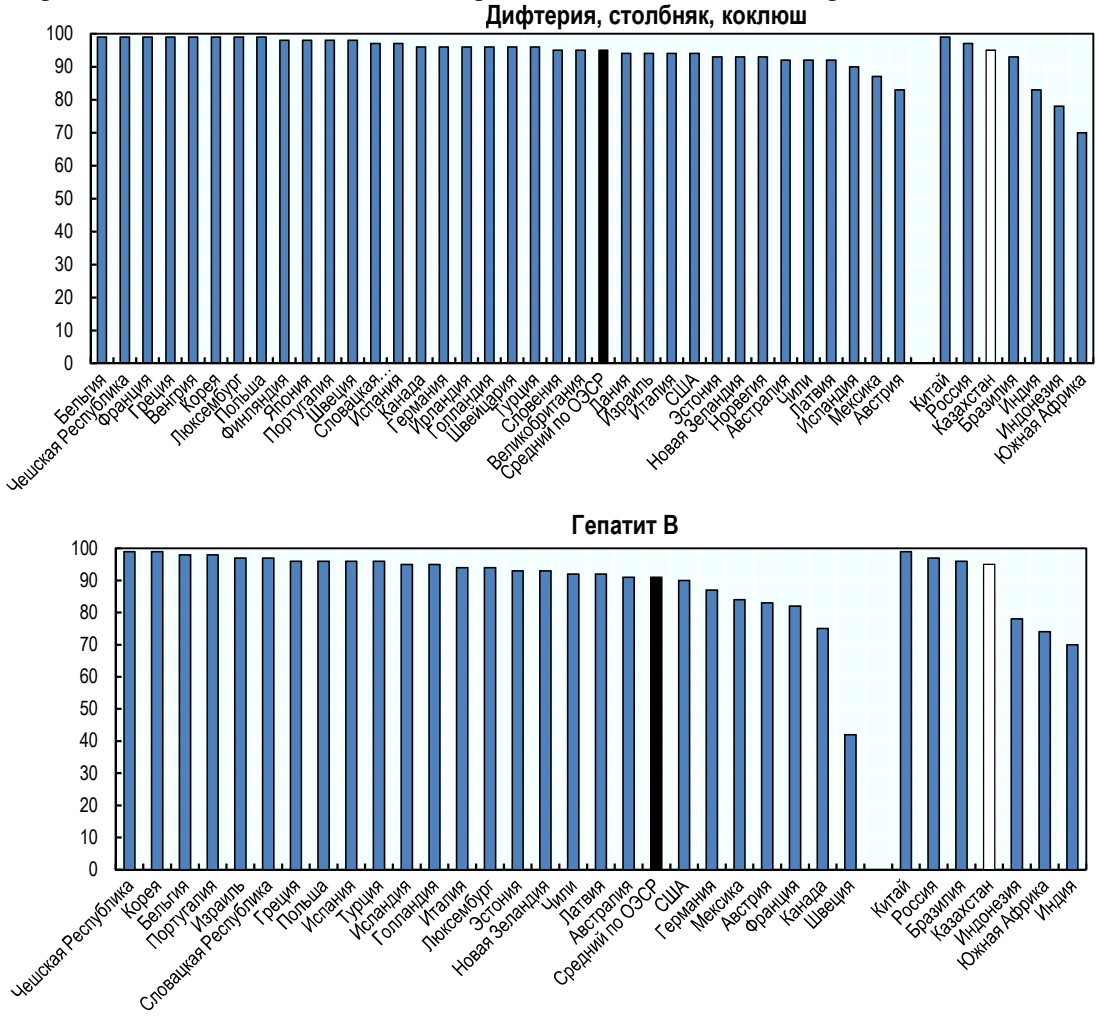
Для достижения высокого качества медицинского обслуживания необходимо создать учреждения здравоохранения, которые будут контролировать и процесс оказания медицинской помощи, и качество самого медицинского персонала. На институциональном уровне это означает, что обеспечивается соблюдение стандартов качества, а также то, что пациенты получают необходимую им помощь быстро и эффективно, и к ним относятся с уважительно. Для медицинского персонала это означает необходимость поддержания профессиональных знаний и навыков на высоком уровне. Качество также означает обеспечение надлежащей координации медицинской помощи, с тем чтобы процесс предоставления медицинских услуг должным образом отслеживался, и пациент получал необходимую поддержку по мере того, как он проходит через различные этапы лечения. Для учреждений здравоохранения это требует совершенствования системы контроля качества обслуживания и создания условий для того, чтобы пациенты были удовлетворены полученным медицинским обслуживанием.

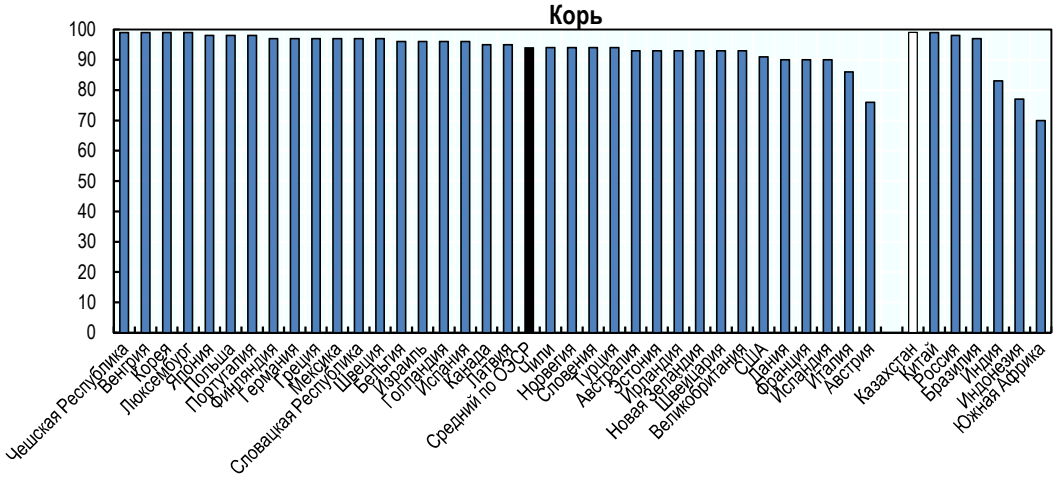
Качество определяется по разным параметрам, которые можно измерить непосредственно, однако, принимая во внимание наличие имеющихся данных, в следующем разделе будет проведена оценка того, в какой степени состояние здоровья населения можно учитывать при обеспечении доступа к эффективной первичной медико-санитарной помощи. Также обсудим данные о том, насколько граждане удовлетворены качеством ПМСП.

Процент вакцинации населения по-прежнему высок

Процент вакцинации населения в Казахстане достаточно высокий. Вакцины обеспечивают безопасную и эффективную защиту от таких заболеваний, как дифтерия, столбняк и коклюш (ДСК), гепатит В и корь. Таким образом, процент детей, которым сделаны прививки от этих заболеваний, является приемлемым показателем качества медицинской помощи на уровне ПМСП. Общий процент вакцинации детей от ДСК в Казахстане составляет около 95%, и в Казахстане этот показатель находится на том же уровне, что и средний показатель по странам ОЭСР и превышает аналогичный показатель по странам БРИКС (за исключением Китая и России). Что касается вакцинации против гепатита В и кори, то в Казахстане этот показатель превышает средний показатель по странам ОЭСР с уровнем вакцинации от 95 до 99%. Системы здравоохранения, основанные на советской науке, последовательно демонстрировали свою способность обеспечивать вакцинацию подавляющего большинства детей. Казахстан придерживается этой традиции (Диаграмма 2.15).

Диаграмма 2.15. Вакцинация детей в возрасте до 1 года, Казахстан, страны ОЭСР и БРИКС, 2015 г.





Источник: *Статистика ОЭСР по здравоохранению 2016, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en; Министерство здравоохранения Казахстана, 2015 г.*

Программы массового профилактического обследования населения дают неоднозначные результаты

Другим показателем работы ПМСП является способность раннего выявления заболеваний.

Влияние программ массовых профилактических обследований на процент выявления заболеваний внушает оптимизм, однако он неодинаков. Данные Министерства здравоохранения показывают, что в 2015 г. на предмет выявления рака шейки матки было обследовано около 51% женщин, входящих в целевые группы (54% в городских районах и 48% в сельских районах). Это достаточно низкий показатель в сравнении со средним показателем по ОЭСР, который в 2013 г. составил около 61,6%. В Швеции, Новой Зеландии и Ирландии, например, этот процент был выше 76%. Что касается рака молочной железы, то в 2015 г. в Казахстане на предмет выявления этого заболевания было обследовано около 69% населения, входящего в целевые группы (75% в городских районах против 63% в сельской местности), что является относительно высоким показателем по сравнению со странами ОЭСР (58,5%). Однако следует отметить, что руководящие принципы ЕС определяют, что профилактическим обследованием должно быть охвачено 75% целевого населения (Европейская комиссия, 2016 г.).

С 2008 г. по 2010 г. массовые профилактические обследования, направленные на выявление сердечно-сосудистых заболеваний, выявили 509591 случай ишемической болезни сердца и гипертонии, приблизительно у 10% обследуемого населения. За тот же период профилактическое обследование на выявление рака шейки матки и молочной железы выявило 83349 и 124052 случая, соответственно, что эквивалентно примерно 5% и 10% численности населения, входящего в исследуемые целевые группы. В 2011 г. список заболеваний, по которым нужно проводить массовые профилактические обследования, был расширен – в него были включены диабет, глаукома и рак толстой и прямой кишки. С 2011 г. по 2013 г. эти заболевания были выявлены примерно у 0,7% населения (Баттакова, 2015 и данные Таблицы 2.6).

Таблица 2.6. Процент выявленных неинфекционных заболеваний, выявленных по итогам реализации Программы проведения массовых профилактических обследований (2008 – 2013 гг.)

	Сердечно – сосудистые заболевания (включает коронарную болезнь сердца и гипертонию)	**Рак шейки матки** (включает предопухолевое состояние и заболевание раком)	**Рак груди** (включает предопухолевое состояние и заболевание раком)	**Сахарный диабет**	**Глаукома**	**Рак толстой и прямой кишки** (включает предопухолевое состояние и заболевание раком)
2008 г.	9.3	4.3	7	н / д	н / д	н / д
2009 г.	10.5	6.1	11.3	н / д	н / д	н / д
2010 г.	10.4	5.3	11.8	н / д	н / д	н / д
2011 г.	7.7	4.5	8.8	0.3	0.2	0.05
2012 г.	8.1	4.9	10.8	0.3	0.3	0.1
2013 г.	8.2	4.5	12	0.4	0.3	0.1

Источник: На основе данных, приведенных в «Баттакова с соавт.» (2015).

Несмотря на впечатляющие результаты внедрения и расширения программ массового профилактического обследования населения, проблемы остаются. Во-первых, по данным Министерства здравоохранения в 2015 г. на наличие рака шейки матки, молочной железы, толстой и прямой кишки, пищевода, желудка и простаты было обследовано 2 032 913 чел., входящих в целевые группы для проведения профилактического обследования. Это соответствует примерно 54% соответствующей целевой аудитории, что ниже требуемых 70%.

Во-вторых, главное ограничение в этой области – постоянное отсутствие координации между результатами профилактического обследования и терапевтической работой. Несмотря на то, что факт внедрения и расширения программ массового профилактического обследования населения оценивается очень высоко, остается не ясным, получают ли пациенты, у которых выявлены болезни, адекватную реакцию на итоги проведения обследования. Еще предстоит выяснить, что может быть причиной этого: отсутствие инициативы со стороны врачей или пациентов, перегруженность работой медицинских учреждений или ограниченные возможности для лечения выявленных новых случаев заболевания (Международный банк реконструкции и развития, 2015 г.).

Удельный вес случаев, когда можно было бы избежать госпитализации, в том числе, при хронических заболеваниях, остается заметно высоким.

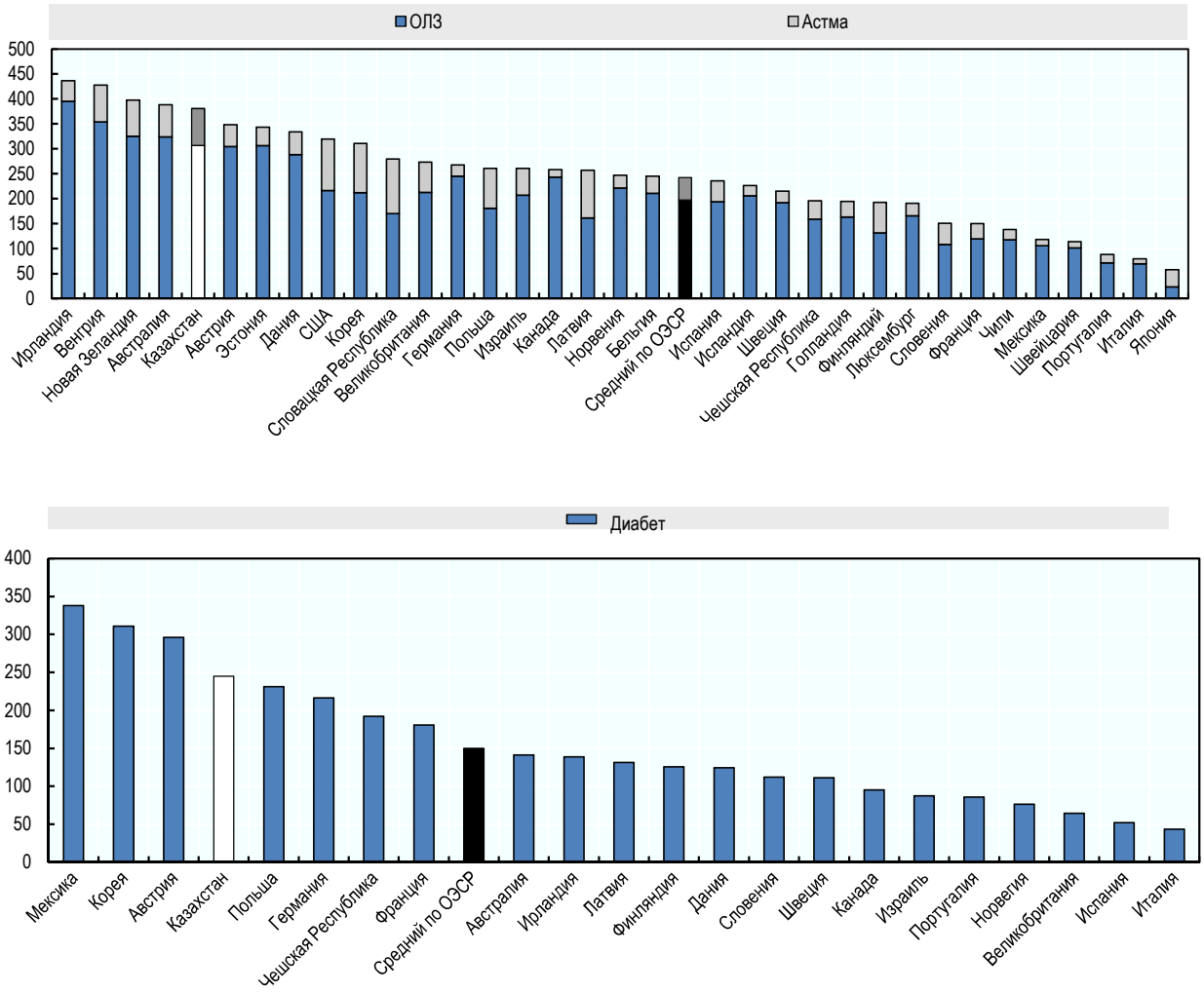
Несмотря на важность улучшения ситуации с ранним выявлением неинфекционных заболеваний (НИЗ), в настоящее время следует обратить внимание также на то, насколько эффективной является первичная медико-санитарная помощь в лечении и координации лечебных мероприятий пациентов с диагнозом НИЗ.

Количество случаев госпитализации с диагнозом заболеваний, чувствительных к условиям амбулаторного лечения (ЧУАЛ) является серьезным – при высоком проценте госпитализации – показателем качества ПМСП. ЧУАЛ – это условия, при которых эффективная и доступная первичная медико-санитарная помощь может вообще устранить необходимость госпитализации или при которых оказание медицинской помощи на ранней стадии может снизить риск осложнений и предотвратить более тяжелое заболевание (Agency for Healthcare Research and Quality, 2001). Диабет, хроническое обструктивное легочное заболевание (ХОЛЗ) и астма[4], стенокардия, гипертония и хроническая сердечная недостаточность (ХСН), бактериальная пневмония, обезвоживание, педиатрический гастроэнтерит и низкий вес при рождении – это все заболевания, чувствительные к условиям амбулаторного лечения, по которым

имеется признанная доказательная база, свидетельствующая о том, что большую часть лечения можно проводить амбулаторно на уровне первичной медико-санитарной помощи или силами участковых врачей. При раннем и правильно проведенном лечении можно сократить случаи сильного ухудшения состояния людей в связи с этими заболеваниями и последующей госпитализации.

Показатель госпитализации в Казахстане – высокий по сравнению со странами ОЭСР. В 2015 г. в Казахстане на 100 000 человек с диагнозом астма или ХОЛЗ было госпитализировано примерно 509 взрослых в возрасте старше 15 лет. Эта цифра сильно отличается от примерно 58 человек в Японии, 89 – в Португалии и 150 – во Франции. Похожая картина складывается и по госпитализации с диагнозом диабет: примерно 41751 пациент в возрасте старше 15 лет был госпитализирован в Казахстане, что составляет 327 случаев на 100 000 человек населения. Это намного выше среднего показателя по странам ОЭСР (Диаграмма 2.16). Укрепление системы оказания услуг на уровне ПМСП и совершенствование системы управления должно оставаться приоритетным направлением в области медицинского обслуживания населения.

Диаграмма 2.16. Количество случаев госпитализации с диагнозами астма, ХОЛЗ и диабет в расчете на 100 000 человек, Казахстан и страны ОЭСР, 2013 г. (или ближайший год)



Источники: Статистика по здравоохранению ОЭСР, 2016 г. (OECD Health Statistics, 2016), http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en; Цифры по Казахстану основаны на данных, предоставленных Министерством здравоохранения Казахстана, 2016 г., и на оценках численности населения в возрасте старше 15 лет.

Необходим прогресс в проведении эффективного лечения – и он возможен

Если пациентов с диагнозом заболевания ЧУАЛ не направляют на госпитализацию, то это делается при условия, что будет обеспечен мониторинг состояния их здоровья и проводиться необходимое лечение. Порядок оказания медицинской помощи этим пациентам описан в существующих протоколах, однако не производится какого-либо систематического сбора показателей, характеризующих состояние пациентов на промежуточных этапах лечения, что позволило бы оценить, насколько эти эти протоколы соблюдаются и дают желаемый эффект.

В ранее упомянутой пилотной Программе по борьбе с заболеваниями (ПБЗ), принятой в 2015 г., подчеркнута необходимость более четкого соблюдения методических рекомендаций и продвижения в этом направлении работы. Пилотная программа была опробована в семи поликлиниках, расположенных в двух городах (Павлодар и Петропавловск). Для оценки эффективности проекта были отобраны три заболевания: гипертония, диабет и хроническая сердечная недостаточность, учитывая распространенность этих заболеваний в Казахстане. Была сделана попытка собрать данные и сравнить процесс лечения (например, % пациентов с высоким артериальным давлением, зарегистрированных при последнем посещении клиники, или % пациентов, больных диабетом, проходящих ежегодно обследование у офтальмолога) и данных о результатах до и после прохождения лечения (например, % пациентов с диагнозом хроническая сердечная недостаточность, госпитализированных за последние 12 месяцев, или % пациентов, страдающих диабетом, с показателем HbA1c <7). Хотя результаты не были статистически значимыми, диапазон значений показателей наглядно показывает что лечение проводилось не должным образом. В одном медицинском учреждении до начала пилотной программы только 7% пациентов с диабетом прошли обследование у офтальмолога в предшествующем году; по итогам реализации программы в другом медицинском учреждении этот показатель составлял 92%. Аналогичным образом, в одном медицинском учреждении только 8% пациентов с диабетом прошли тест на содержание мочевого альбумина в течение 12 месяцев, предшествующих началу реализации программы, тогда как в конце 2016 г. соответствующий показатель был выше 80% (CSIH, 2015). Наличие таких низких базовых уровней для нескольких показателей свидетельствует о том, что в настоящее время бригады ПМСП не контролируют течение хронических заболеваний и не проводят их эффективное лечение. Хотя по итогам года благодаря целенаправленным усилиям результаты показали общее улучшение состояния пациентов, больных гипертонией, промежуточные показатели свидетельствуют об относительно небольших изменениях.

Таким образом, реализация ПБЗ потребует от Казахстана интенсивных и постоянных усилий. Авторы исследования подчеркнули, что для этого необходимы (i) очень интенсивные усилия для того, чтобы освоить новые эффективные методы лечения, (ii) постоянная поддержка и стимулирование работы медицинского персонала с целью поддержания его мотивации. В исследовании также отмечалось, что некоторые бригады медицинских работников ПМСП имеют ограниченный доступ к лекарствам и диагностическому оборудованию (CSIH, 2015)). В целом,

исследование показало, что потребуются принять серьезные меры для развития системы ПМСП, что позволит обеспечить эффективный уход за пациентами с хроническими заболеваниями.

Выписывание лекарств – это еще одна область, которая может использоваться как показатель качества медицинской помощи. Например, для снижения риска развития резистентных микроорганизмов, противомикробные препараты следует назначать только тогда, когда это обусловлено объективными данными. К сожалению, данные о практике назначения лекарств на уровне первичной медико-санитарной помощи в Казахстане отсутствуют, но несколько исследований (WHO 2015, CSIH, 2015) показали, что самолечение при назначении лекарств, а также несоблюдение регламента выписывания лекарств получили широкое распространение.

Удовлетворенность пациента полученным лечением и медицинские услуги, ориентированные на людей

В международной практике становится все более актуальным учет мнения пациента и его мнения об оказании медицинской помощи. Это является важным фактором, позволяющим системе здравоохранения лучше реагировать на потребности людей, пользующихся ее услугами. Степень удовлетворенности пациентов влияет на клинические результаты и делает лечение привлекательным для пациента, а также влияет на своевременную, эффективную и ориентированную на людей качественную медицинскую помощь (Prakash, 2010).

Степень удовлетворенности пациентов полученными медицинскими услугами может быть измерена многими способами. Высказанное пациентом мнение относится к показателям, которые характеризуют его ощущение о мерах, принимаемых для лечения – ОМПЛ (например, считает ли пациент, что он должным образом был вовлечен в процесс принятия важных решений относительно его лечения), и к показателям, которые измеряют результаты его лечения – ОПРЛ (например, испытывает ли пациент боль после операции). В настоящее время в Казахстане основное внимание уделяют регистрации жалоб, которые учитывают в бонусной схеме вознаграждения сотрудников ПМСП. Вместе с тем, представленные данные свидетельствуют о том, что жалобы поступают крайне редко (75 жалоб в Казахстане в 2015 г.). Это входит в противоречие с другими данными, характеризующими удовлетворенность пациентов полученным лечением, которые были рассмотрены в Главе 1.

Приведенный выше анализ эффективности системы первичной медико-санитарной помощи основан на тех данных, которые имелись в наличии. Более полное сравнение со странами ОЭСР потребует информации, например, о количестве выписанных лекарств при оказании первичной медико-санитарной помощи, об опыте пациентов при прохождении амбулаторного лечения, о доле медицинских учреждений, которые располагают базовым оборудованием (например, прибором для лечения ультразвуком, счетчиком гемоглобина, пневмотахометром, полосками для анализа мочи, прибором для ЭКГ, отоскопом, набором для проведения теста на сахар в крови и сфигмоманометром), о количестве аккредитованных амбулаторных учреждений, о процентном соотношении врачей общей практики, которые выписывают направления к другому врачу (включая соответствующую информацию о диагностике и лечении). На момент подготовки настоящего доклада эти данные были запрошены, однако пока не получены.

2.5. Итоговая оценка и рекомендованные стратегические направления деятельности

Краткое резюме

Система ПМСП в Казахстане прошла долгий путь в своем развитии. Несмотря на то, что в советское время подобная организация медицинской помощи населению вообще игнорировалась, после обретения страной независимости были приняты меры по реформированию системы здравоохранения, направленные на повышение потенциала ПМСП и улучшению состояния здоровья населения. В целях повышения качества медицинского обслуживания и его эффективности, доступности первичной медико-санитарных услуг для населения в Казахстане были проведены следующие основные реформы:

- Была введена специализация врача общей практики, и бригады врачей разных специальностей в настоящее время должны оказывать ПМСП;
- Несмотря на то, что в системе здравоохранения по-прежнему преобладают государственные учреждения, они перестроили свою работу и стали более самостоятельными;
- В систему финансирования деятельности медицинских учреждений были введены элементы, направленные на повышение качества оказываемых услуг, а аккредитация медицинских учреждений в настоящее время является обязательной;
- Реализуются программы массового профилактического обследования населения с целью выявления неинфекционных заболеваний (НИЗ)
- Реализуются в пилотном режиме программы борьбы с заболеваниями (ПБЗ)

Реформы в системе первичной медико-санитарной помощи рассматриваются как приоритетное направление в политической повестке дня, в ближайшие годы с учетом предпринятых усилий будет реализовываться амбициозный план мероприятий в этой сфере. И, наконец, следует отметить, что доля средств, направляемых на развитие системы ПМСП в Казахстане, выше, чем во многих других странах.

Все это заслуживает одобрения, поскольку является фундаментальным фактором укрепления, усиления и расширения ПМСП в системе здравоохранения Казахстана. Тем не менее, хотя некоторые меры уже дали четкие результаты (например, число медицинских работников ПМСП за десять лет увеличилось в шесть раз, и в настоящее время на долю врачей общей практики теперь приходится 50% всех медицинских работников), другие меры свидетельствуют о том, что по-прежнему существуют значительные возможности для прогресса (например, несмотря на то, что полномочия бригады врачей различных специальностей уже определена, данные свидетельствуют о том, что на практике они не реализуются).

- Огромная сеть медицинских учреждений остается раздробленной и требует дополнительных инвестиций. Очевидно, что эта сеть имеет большой потенциал для рационализации и реформирования. Многие существующие категории медицинских учреждений двойного назначения не всегда соответствуют современным реалиям или потребностям. В то же время многие пункты, в которых оказывают медицинские услуги, по-прежнему плохо подготовлены и их должным образом не поддерживают.

- Доступ к услугам ПМСП остается неравномерным. На первый взгляд, число контактов ПМСП в расчете на душу населения кажется высоким, но при более пристальном изучении оказывается, что эти цифры, скорее всего, включают контакты с врачами – специалистами. Кроме того, пятая часть населения не зарегистрирована ни у одного врача первичной медико-санитарной помощи. Таким образом, трудно установить, насколько население фактически пользуется услугами ПМСП. Амбициозные цели в области медицинского персонала не выполняются; число врачей ПМСП по стандартам ОЭСР остается очень низким и недостаточным для удовлетворения как потребностей, так и ожиданий. Многие медицинские работники имеют чрезмерную нагрузку, особенно в некоторых регионах. В конечном счете, даже если предоставление государственных услуг ПМСП является номинально бесплатным и гарантированным, в реальности доступ к этим услугам, скорее всего, неравномерен.
- Имеются явные признаки того, что эффективность ПМСП – ключевого показателя качества, можно повысить. Несмотря на то, что в Казахстане удалось поддерживать традиционно высокие показатели вакцинации, показатели массового профилактического обследования населения по-прежнему относительно низки. Кроме того, число случаев госпитализации с диагнозом распространенных хронических заболеваний, лечение которых можно было бы проводить амбулаторно, исключительно велико. Несмотря на наличие клинических руководств и протоколов лечения, исследования показывают, что медицинские работники не обеспечивают в должной мере последовательного лечения. Персонал должен быть (лучше) профессионально подготовлен, ему необходимо создать должные стимулы, и нужно время и необходимый инструментарий для обеспечения эффективного лечения. Плохое обеспечение лекарствами, отпускаемыми по рецептам, также ограничивает эффективность (и привлекательность) ПМСП. Помимо всего прочего, необходимо обеспечить совершенствование информационных систем, которые позволят выяснить, действительно ли имеют место улучшения в этой сфере.

В целом реформы по еще не полностью оправдывают возлагаемые на них надежды.

Важно отметить, что имеющиеся информационные системы, как показывает анализ, не обладают потенциалом для того, чтобы фиксировать и измерять изменения по мере проведения реформ. При проведении этого анализа имеющиеся данные оказалось трудно объяснять и анализировать. В то время как Казахстан продолжает инвестировать и укреплять ПМСП, необходимы дополнительные усилия, направленные на получение более качественных данных, в противном случае весьма проблематично будет не только продемонстрировать улучшения, но и определить, как наилучшим образом двигаться дальше.

Опираясь на опыт стран ОЭСР, можно высказать ряд рекомендаций, которые помогут Казахстану в его усилиях по улучшению работы ПМСП. В частности, в Казахстане следует рассмотреть вопрос о том, как содействовать более широкому внедрению ПМСП в медицинскую практику и координации действий путем использования инновационных моделей комплексного лечения. Персоналу ПМСП нужно по-прежнему обратить внимание на то, чтобы адаптироваться к нуждам населения Казахстана, и приоритет должен быть уделен совершенствованию

инфраструктуры для сбора данных, поскольку это необходимо для выявления источников возникновения проблем и ведет к повышения качества медицинских услуг.

Совершенствование ПМСП в Казахстане: рекомендации

Первичная медико-санитарная помощь должна оставаться приоритетом в предстоящие годы, и акцент должен быть сделан на получении результатов

Сильная первичная медико-санитарной помощь является основой системы здравоохранения, которая работает эффективно, результативно и соответствует потребностям пациентов (OECD, 2016e). В странах ОЭСР сложилось общее мнение относительно общих параметров модели услуг, которая необходима для эффективного оказания первичной медико-санитарной помощи. Четко определенный, специализированный и обеспеченный необходимыми ресурсами сектор первичной помощи должен быть на переднем крае и являться центром реагирования системы здравоохранения на меняющиеся потребности и ожидания общества в области здравоохранения. Система ПМСП должна не просто функционировать в качестве шлюза к более сложным медицинским или хирургическим процедурам, но и обеспечивать всесторонний и постоянный ответ на большую часть потребностей населения в области здравоохранения, а также заниматься профилактикой заболеваний посредством эффективных мер, направленных на укрепления здоровья граждан. Другими словами, система ПМСП должна функционировать таким образом, чтобы большинство контактов населения с системой здравоохранения начиналось, а поводы для обращения эффективно устранялись на уровне первичной медико-санитарной помощи, и выдача направлений в учреждения второго и третьего уровней происходила лишь тогда, когда не удается провести эффективное лечение. В свою очередь, это потенциально может обеспечить решение трех задач: усовершенствовать практику оказания медицинской помощи, поддержать финансовую жизнеспособность всей системы здравоохранения в долгосрочной перспективе и увеличить продолжительность жизни за счет предотвращения преждевременной смерти (Вставка 2.2). (ОЭСР, 2017b; ОЭСР, 2016f; ОЭСР, 2012b).

Вставка 2.2. Преимущества первичной помощи, которую оказывают врачи – специалисты, для пациентов и для системы здравоохранения

В большинстве стран ОЭСР первичная медико-санитарная помощь характеризуется ориентацией на лечение человека, а не заболевания, комплексных характером медицинских услуг (в частности, когда речь идет о первом контакте с врачом для получения медицинской помощи) и непрерывностью лечения (Starfield et al., 2005;). Функционирование такой модели медицинской помощи является сложной задачей, и во многих странах в рамках национальной системы здравоохранения сформировался отдельный специализированный сектор, чтобы успешно внедрить эту модель.

Считается, что работающий автономно специализированный сектор первичной медико-санитарной помощи приносит пользу не только отдельным пациентам, но и – в такой же мере – системе здравоохранения. Это особенно важно, когда все больше и больше людей будут иметь многообразные, долгосрочные и сложные потребности в лечении. Отсюда и потребность в экспертах–универсалах или в специалистах по сопутствующим заболеваниям (а не в специалистах по болезням), которая никогда не была такой большой. Специалисты первичной медико-санитарной помощи идеально подходят для выполнения этой роли не только потому, что пациенты часто попадают в медицинские учреждения через шлюзы первичной медико-санитарной помощи и сохраняют контакт с ней на протяжении всего периода лечения, но также из-за того, что эта сфера здравоохранения характеризуется целостной, а не ориентированной на болезнь организацией лечения (Masseria et. Al., 2009). Непрерывность и координация лечения – вот ключевые элементы первичной медико-санитарной помощи, которые связаны с улучшением качества, результативностью и удовлетворением потребностей пациентов в лечении (Kringos et al., 2010). В исследовании, проведенном Фондом Содружества в 2011 г., которое посвящено пациентам с потребностями в сложном лечении, было обнаружено, что в 11 обследованных странах медицинская помощь часто плохо координируется (Schoen et al., 2011). Однако, **взрослые пациенты медицинских учреждений, в которых практикующие врачи знали историю болезни своих подопечных и заблаговременно оказывали скоординированную медицинскую помощь, высоко оценивали полученные медицинские услуги и реже испытывали недостатки в координации работы или сообщали о медицинских ошибках.**

С точки зрения системы четко очерченный сектор здравоохранения, специализирующийся на оказании первичной медико-санитарной помощи, как было показано, способствует повышению качества, ответственности за результаты лечения, экономической эффективности медицинских услуг и их координации, особенно когда речь идет о работе в долгосрочной перспективе (Shu et al., 2002; Boerma et al., 1998; Kringos et al., 2010). Аналогичным образом, проведенное Фондом Содружества исследование программ управления медицинскими услугами, которое касалось деятельности медицинских учреждений и бригад медиков различных специальностей, обеспечивающих непрерывное лечение, показало, что комплексный подход, основанный на стирании граней между специализацией врачей, связан с сокращением использования больниц для лечения заболеваний и повторной госпитализации (McCarthy et al., 2013).

Свидетельства, подобные этому, поддерживают аргумент о необходимости перехода от ПМСП, функции которой определены недостаточно четко и которая укомплектована врачами – «полуспециалистами» и врачами «полуобщей» практики, к специализированному сектору первичной медико-санитарной помощи, который рассматривает себя как центр более широкой системы оказания услуг, координирующий удовлетворение индивидуальных потребностей пациентов в получении медицинской помощи, в том числе и услуг, выходящих за рамки медицинского обслуживания (Goodwin et al., 2011).

Источник: ОЭСР, 2016e (OECD (2016e), Обзоры систем здравоохранения ОЭСР: Мексика 2016, http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en

В Казахстане четко осознают важность акцента на первичную медико-санитарную помощь. Проведенные к настоящему времени реформы, явно отражают это понимание. Кроме того, укрепление первичной медико-санитарной помощи по-прежнему поддерживается Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016 – 2019 гг. Предусмотренные этой программой основные меры включают сокращение числа пациентов, прикрепленных для обслуживания врачами – специалистами с нынешних 2 200 до 1 500 человек, и делегирование большего объема обязанностей врача медсестрам. Это все шаги в правильном направлении.

В то же время, теперь, когда уже существует множество структурных элементов, основное внимание необходимо сосредоточить на углублении реформ и обеспечении желаемых результатов. После десятилетий, когда ПМСП в значительной степени игнорировалась, требуется время на то, чтобы произошел сдвиг в культуре

медицинского обслуживания, а также в политическом менталитете. По-прежнему требуются долговременные усилия, чтобы перейти от подходов, ориентирующихся на лечение болезней в стационарных условиях к подходам, ориентированным на лечение людей по месту жительства. (ОЭСР, 2012b). Особое внимание следует уделять созданию благоприятных условий для оперативной и клинической практики, которые позволяют поставщикам первичной медико-санитарной помощи обеспечивать эффективное лечение. Ниже приводятся приоритетные направления в реализации таких подходов.

Более четко определить пакет медицинских услуг и систематически корректировать сеть первичной медико-санитарной помощи

Требуется дополнительная ясность в отношении действующих моделей первичной медико-санитарной помощи и адаптация инфраструктуры к потребностям населения. В данной главе освещаются многие способы, с помощью которых можно перестроить нынешнюю систему с ее множеством различных категорий медицинских учреждений и неравномерным распределением ресурсов. Сеть медицинских учреждений ПМСП в каждом регионе должна будет адаптироваться к местным условиям, но также важно определить пакет услуг, включающий профилактику, диагностику и лечение, которые все пациенты могут получить в сельских и городских районах, как в базовых, так и в более продвинутых медицинских учреждениях. Этот пакет должен быть положен в основу заключения контрактов на услуги ПМСП, и каждый местный орган власти обязан нести ответственность за обеспечение эффективного доступа к медицинским услугам на своей территории. Кроме того, поскольку местные власти являются собственниками медицинских учреждений, они должны обеспечить необходимый персонал, благоприятную обстановку для оказания ПМСП и необходимое оборудование.

Нужно продолжить систематическую реорганизацию сети медицинских учреждений ПМСП и перераспределение ресурсов в соответствии текущими моделями народонаселения. В рамках проекта Всемирного банка было проведено показательное планирование первичной медико-санитарной помощи с целью определить, как можно адаптировать сеть учреждений ПМСП в каждом регионе (Sanigest International, 2014). Исходя из этого, местные власти должны разработать и реализовать свой план реструктуризации для сети государственных медицинских учреждений, но также должны оставаться открытыми для рассмотрения и тестирования новых моделей предоставления услуг.

Новые модели предоставления услуг, особенно в сельских районах, могут быть проверены в пилотном режиме. География страны и низкая плотность населения ставят перед системой оказания медицинских специфические проблемы. С учетом этого сельские и отдаленные районы нуждаются в иных моделях организации и финансирования первичной медико-санитарной помощи по сравнению медицинскими учреждениями, которые работают в городских условиях. В в ряде отдаленных районах Казахстана проводились эксперименты с некоторыми нововведениями, такими как мобильная служба первичной медико-санитарной помощи и телемедицина. Однако нет никаких доказательств того, что эти усилия систематически оценивались с точки зрения доступности медицинских услуг для населения или обеспечения устойчивой работы в рамках этих инициатив, что необходимо для обоснования их включения в стратегию развития системы здравоохранения страны. В конечном итоге они представляют собой варианты, требующие дальнейшего изучения, и могут быть дополнены другими инициативами,

как это имеет место при организации медицинского обслуживания в сельских и удаленных районах Австралии (Вставка 2.3).

Вставка 2.3. Основы национальной стратегии Австралии в области здравоохранения для сельских и удаленных районов

Признавая сложности оказания медицинских услуг в самых отдаленных районах, в Австралии были разработаны «Основы национальной стратегии в области здравоохранения для сельских и удаленных районов». Цель этого документа состоит в том, чтобы сформулировать подход к политике, планированию, организации и практике предоставления медицинских услуг населению, проживающему в сельской местности и в отдаленных районах страны. В документе отмечаются большие различия между условиями жизни населения в сельских и отдаленных районах и рекомендуется организовать такую систему планирования и предоставление медицинских услуг, в которой принимаемые решения учитывают необходимость удовлетворения уникальных потребностей местного населения.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что медицинские работники не считают сельские и отдаленные районы страны привлекательными для жизни. Основываясь на этих фактах в Австралии приняты меры по формированию нормативно – правовой основы для оказания помощи и созданию финансовых стимулов для врачей первичной медико-санитарной помощи при переселении их в районы, где они особенно нужны. Поскольку выпускники медицинских ВУЗов и средних специальных учебных заведений из сельской местности чаще соглашаются оставаться там на работу, федеральное правительство обязало учебные заведения медицинского профиля обеспечить 25% мест для студентов из сельской местности. Правительство также стремилось увеличить число выпускников медицинских учебных заведений, проживавших в сельских районах, путем учреждения Медицинской стипендии для сельской местности (МССМ). Стипендиатам МССМ предоставляется 100 мест в медицинских учебных заведениях с выплатой установленной стипендии. Стипендиаты подписывают контракт, который обязывает их работать врачом в сельской или отдаленной местности в течение шести лет после окончания ординатуры.

Финансовые стимулы включают предоставление врачам дополнительных выплат при предоставлении всех или части медицинских услуг как признание трудностей в оказании медицинской помощи в сельских и отдаленных районах. Примером подобных выплат может служить так называемая Процедурная выплата врачу общей практики, которая направлена на стимулирование врачей общей практики в сельских и отдаленных районах обеспечивать доступ местного населения к хирургическим, анестезиологическим и акушерским услугам. В 2013 – 2014 гг. участвующие в этой программе врачи общей практики получали в среднем дополнительные выплаты в размере 23 900 австр. долларов в год. Существует также так называемый показатель врачебной нагрузки в сельской местности (в размере от 15% до 50% в зависимости от отдаленности места работы врача), что увеличивает бонусные выплаты за качество медицинских услуг для специалиста высшей квалификации в сельских и отдаленных районах.

В Австралии также задействована технология, направленная на решение вопроса с нехваткой медицинского персонала в сельских и отдаленных районах. Например, в случае, когда пациент преимущественно контактирует с медицинской сестрой, врач анализирует результаты анализов и проводит обследование пациента в дистанционном режиме, а также обсуждают ход лечения с местной командой. Этим занимаются врачи общей практики, которые обычно ранее работали в отдаленных районах. Они также составляют ядро бригады дежурных специалистов, которые в круглосуточном режиме предоставляют экстренные консультации. Это рассматривается как важная инициатива, направленная на сохранение кадров медицинского персонала ПМСП, работающего в отдаленных районах, так как она ограничивает время, когда они находятся в постоянной готовности, а также повышает степень их уверенности в своих действиях и оказывает им поддержку. Помимо этого, с помощью данной технологии сельские врачи могут связаться со специалистами в городах или крупных региональных центрах с помощью видеосвязи. Это также обеспечивает контакт пациентов непосредственно с врачами – специалистами, работающими в городе, например, с психиатрами, для получения консультаций. Кроме того, врачи общей практики могут получить доступ к результатам исследований в онлайн режиме и к возможностям, которые имеются в системе образования.

Источник: ОЭСР, 2015b, Обзоры качества здравоохранения ОЭСР: Австралия: повышение стандартов, http://dx.doi.org/10.1787/9789264233836-en

Численность персонала ПМСП необходимо и дальше наращивать, чтобы улучшить доступ населения к услугам первичной медико-санитарной помощи

В целях решения текущих проблем, связанных с нехваткой медицинского персонала в системе ПМСП, и решению установленных в программе «Денсаулык»

задач по снижению нагрузки на врачей общей практики, в Казахстане необходимо будет принять дополнительные меры к тому, чтобы привлечь выпускников медицинских вузов к работе в качестве врачей общей практики и удержать их в этой сфере. Как и большинство стран ОЭСР, Казахстан, похоже, также испытывает трудности с тем, как сделать специализацию врача общей практики привлекательной для выпускников медицинских ВУЗов (в отличие от других видов медицинской специализации), несмотря на увеличение количества мест для обучения. В ряде стран ОЭСР признали, что помимо дополнительного количества мест для обучения и повышения квалификации на выбор специализации влияют и другие факторы. Стратегия, которая уже зарекомендовала себя как успешная, включала предоставление мест для прохождения практики в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (помимо больниц), повышение зарплаты врачам общей практики по сравнению с врачами других специальностей, сокращение рабочей нагрузки и устранение профессиональной изолированности, которая часто характерна для работы врача общей практики, путем внедрения методик группового лечения и поощрения работы в команде – как подробно описано ниже (ОЭСР, 2016d).

Еще одна возможность – это по-прежнему уделять особое внимание перераспределению функций медицинских работников, что уже нашло отражение в действующем законодательстве, и выдвижение на передовые позиции медсестер. По меньшей мере в половине стран ОЭСР с 2007 г. по 2012 г. расширилась медицинская не врачебная практика, особенно медсестер. Самый известный пример касается Соединенных Штатов, где в настоящее время медсестры высшей квалификации (МВК) и практикующие медсестры (ПМС) составляют более 5,5% численности зарегистрированных медсестер. Хотя масштабы и роль практикующих медсестер высшей квалификации варьируют в разных странах ОЭСР (см. Вставку 2.4), в Канаде и Голландии ПМС и МВК играют ключевую роль, они заменяют врачей ПМСП и увеличивают выполняемый ими объем лечебной работы. В Казахстане сейчас рассматривается вопрос о введении новой должности «медсестры – бакалавра прикладных наук», что предусматривает расширение ее обязанностей. В более широком смысле сейчас проводится работа по повышению роли медсестер за счет передачи им некоторых функций врача общей практики, а также по передаче врачу общей практики некоторых функций врачей специалистов. Важно будет провести оценку этих мер с точки зрения их практической реализации и определить, насколько это поможет повысить потенциал бригад ПМСП в вопросе удовлетворения потребностей населения в лечении.

Вставка 2.4. Опыт стран ОЭСР в использовании медсестер в современной лечебной практике

В странах ОЭСР проводится реорганизация системы здравоохранения с тем, чтобы она в большей степени отвечала меняющимся потребностям населения в условиях дефицита медицинского персонала. Одним из направлений реформы является возрастание роли медсестер, что, в принципе, может происходить двумя способами: либо путем постановки иных задач (также широко известный как «замещение»), либо посредством определения новой дополнительной роли (также известных как «переключение». Постановка иных задач предполагает, что медсестры после некоторого обучения могут выполнять функции, которые ранее выполняли врачи. Понятие новой дополнительной роли, как следует из названия, относится к медсестрам, которые принимают на себя новые роли (обязанности), такие как ведение пациентов, обеспечение связи с ними, электронный мониторинг состояния здоровья и проведение консультаций по вопросам здорового образа жизни. Хотя границы между этими двумя типами медсестер более высокой квалификации не всегда четкие, они имеют одинаковое среднее образование более высокого уровня по специальности «медицинская сестра» и более широкие функциональные обязанности.

Проведенный в 2015 г. опрос в 36 странах ОЭСР и ЕС, показал, что в большинстве стран были внедрены новые и расширены уже действующие функциональные обязанности определенных групп медсестер. Для этого в странах были внесены некоторые изменения в образовательные программы, в нормативные акты и систему оплаты труда. Хотя роль, которую играют медсестры, различается в отдельных странах, в целом, можно их разделить на три категории: (i) медсестры повышенной квалификации, работающие в качестве универсальных специалистов, что позволяет в какой-то мере решить вопрос, например, с нехваткой врачей общей практики, с неравномерным распределением медицинского персонала по отдельным регионам и ослабить нагрузку врачей общей практики; (ii) медсестры повышенной квалификации, занятые укреплением здоровья пациентов и профилактикой заболеваний как средства дальнейшего расширения профилактических мероприятий, и (iii) медсестры повышенной квалификации, работающие как специалисты в области конкретных болезней с целью оказания медицинской помощи при хронических заболеваниях. Несмотря на отсутствие ясности относительно того, как повлияли более продвинутые функции медсестер на снижение затрат и повышение эффективности работы, проводимый регулярно анализ показал, что в результат изменения задач качество медицинской помощи либо такое же, либо более высокое.

Соединенные Штаты, Канада, Австралия, Соединенное Королевство, Новая Зеландия, Ирландия, Финляндия и Нидерланды имеют давний опыт внедрения МВК и ПМС в систему здравоохранения. Например, в Соединенных Штатах практикующие медсестры работают в различных учреждениях первичной медико-санитарной помощи, в том числе в частных терапевтических пунктах, районных центрах здравоохранения, сети медицинских сестринских пунктов, небольших клиниках, а также в качестве независимых медицинских сестер. В Канаде практикующие медсестры работают в различных условиях, включая оказание помощи вне офиса в маргинальных группах.

Источник: Maier, Aiken and Busse (2017).

Если не ограничиваться цифрами: оценка кадровой политики и ее адаптации на основе сведений и фактов

Затраты и результаты при реализации различных стратегий, направленных на содействие более эффективному распределению врачей – терапевтов, очень неодинаковы в разных странах, причем итоги зависят от специфики системы здравоохранения в каждой стране, от географических факторов, от поведения врачей, культурных особенностей населения и характера проводимой политики и принятых программ. В Казахстане законодательство устанавливает квоты для размещения врачей в сельской местности, а также вводит дополнительное вознаграждение для медицинских работников в сельских районах. Для них же предусмотрены жилищные субсидии и другие льготы. Необходимо проводить оценку эффективности различных механизмов стимулирования работы в сельской местности и периодически пересматривать набор оперативных мер, имея в виду, что нужно учитывать интересы всех медицинских работников, занятых в системе ПМСП.

Направление людей на работу в отдаленные районы и поддержание занятости на этих территориях – проблема, характерная не только для Казахстана. Чтобы политика в этой области оказывала более или менее значительное и долгосрочное воздействие на ситуацию, необходимо четко понимать интересы рассматриваемой целевой группы и на этой основе разработать стратегию найма работников и создания условий для их

долговременного пребывания на этих территориях (Ono et al., 2014). Медицинский персонал может не стремиться работать в сельских районах из-за опасения негативных последствий, которые касаются его профессиональной деятельности (получаемого дохода, рабочего времени, возможностей для развития карьеры, оторванности от сверстников) и социальных удобств (таких как возможности получения образования для детей и профессиональные возможности для их супруга или супруги). Активно идя навстречу предпочтениям и ожиданиям работников здравоохранения (Арауджо и Маэда, 2013), власти Казахстана могли бы лучше понять, какие факторы будут способствовать повышению привлекательности работы в сельских или отдаленных районах страны.

Для того, чтобы оказывать влияние на выбор врачами места работы, можно использовать ряд рычагов. К ним относятся: i) формирование системы финансовых стимулов для работы врачей в районах, где недостаточно развито медицинское обслуживание; ii) увеличение числа студентов медицинских учебных заведений, имеющих определенный социальный бэкграунд или проживавших в отдаленных районах, либо децентрализация местонахождения учебных заведений медицинского профиля; iii) регулирование условий для выбора места работы врачей (для выпускников медицинских учебных заведений или врачей, прошедших обучение за границей); и iv) реорганизация системы предоставления услуг для улучшения условий работы врачей в районах с недостаточно развитой системой медицинского обслуживания.

Многие страны ОЭСР предоставляют различные виды финансовых стимулов для привлечения и долговременного пребывания врачей в районах с недостаточно развитой системой медицинского обслуживания. Эти стимулы включают выплату одноразовых субсидий, которые помогают врачам обустроиться на рабочем месте, а также периодические платежи, такие как выплаты в счет гарантии дохода и бонусные платежи (Ono et al., 2014). В некоторых странах также приняли меры по льготному зачислению студентов из регионов с недостаточно развитой системой медицинского обслуживания в медицинские учебные заведения. Еще в 1973 г. в Японии был создан Медицинский университет Джичи специально для подготовки врачей к работе в сельских районах, и это способствовало улучшению доступности медицинской помощи в сельских районах с недостаточно развитой системой медицинского обслуживания (Икегами, 2014 г.).

В более широком плане, поскольку занятость в системе здравоохранения продолжает развиваться, а кадровый состав становится более сложным, необходимы соответствующие инструменты планирования ситуации. В большинстве стран ОЭСР разработали такие инструменты и адаптировали их к потребностям национальных систем здравоохранения. Во Вставке 5 изложены рекомендации по эффективному механизму совершенствования инструментов планирования кадровых ресурсов здравоохранения на основе уроков, извлеченных в странах ОЭСР. В целях формирования и развития кадрового потенциала в системе здравоохранения в 2015 г. в Минздраве Казахстана при поддержке экспертов ВОЗ и консультантов из университетов был создан Центр кадровых ресурсов для здравоохранения. В 2015 г. Центр подготовил первую в истории оценку кадровых ресурсов, которая пока не опубликована, и в настоящее время разрабатывает методы планирования и прогнозирования кадрового потенциала. Усилия в этом направлении должны быть постоянными, а недостатки – быстро устраняться. Это касается, в том числе, и тех недостатков в информационных системах, которые были выявлены в ходе оценки,

включая тот факт, что имеющиеся данные не позволяют осуществлять мониторинг состояния кадровых ресурсов ПМСП.

Вставка 2.5. Рекомендации по совершенствованию планирования кадровых ресурсов в системе здравоохранения стран ОЭСР

Планирование кадровых ресурсов в системе здравоохранения не является точной наукой и нуждается в регулярном обновлении. Оценка будущего спроса и предложения кадров, когда речь идет о врачах, медсестрах или других медицинских работниках на 10 или 15 лет вперед – сложная задача при наличии неопределенности со стороны предложения и тем более – спроса. Прогнозы неизбежно основаны на ряде предположений о будущем; эти предположения необходимо регулярно пересматривать с учетом меняющихся обстоятельств, новых данных и последствий в результате реализации новой политики и программы.

Для начала нам нужно знать, в какой исходной точке мы находимся, прежде чем мы сможем узнать, куда направляемся: Первым шагом в любой реальной работе по прогнозированию кадровых ресурсов в системе здравоохранения является получение данных, из которых можно составить представление о текущей ситуации. Одним из главных преимуществ усилий в области планирования кадровых ресурсов в системе здравоохранения является то, что они часто приводят к улучшению ситуации при совершении этого важнейшего первого шага.

Прогнозы кадровых ресурсов в системе здравоохранения должны помочь отказаться от инерционного подхода к организации поступления студентов в учебные заведения медицинского профиля и к приему на работу на должности врачей и медсестер: имеющиеся данные показывают, что занятость в системе здравоохранения, как правило, менее чувствительна к циклическим колебаниям по сравнению с другими секторами экономической и социальной сферы. Кроме того, существует также временной лаг между принятием решений о наборе студентов в учебные заведения по медицинским специальностям и реальным выходом уже подготовленных специалистов на рынок труда. Следовательно, в процессе планирования кадровых ресурсов в системе здравоохранения необходимо отслеживать изменения долгосрочных структурных факторов и избегать чрезмерной чувствительности к циклическим колебаниям.

Совершенствование предложения на рынке труда должно в большей мере уделить внимание вопросам выхода медицинских работников на пенсию: большинство моделей прогнозирования кадровых ресурсов в системе здравоохранения сосредоточены на вопросах пополнения кадров по различным медицинским профессиям и уделяли меньше внимания вопросам выхода сотрудников на пенсию. Необходимо более внимательно учитывать сложный вопрос о порядке выхода на пенсию, особенно для врачей, а также других сотрудников учреждений здравоохранения, поскольку большое число медицинских работников приближается к «стандартному» пенсионному возрасту, и их решение о выходе на пенсию будет иметь серьезные воздействие на предложение на рынке труда в ближайшие годы.

Нам необходимо отказаться от планирования кадровых ресурсов на основе единой модели организации системы здравоохранения и перейти к многовариантной модели, которая дает возможность более эффективно оценивать влияние различных организационных форм предоставления медицинских услуг. Во многих странах рассматривают возможности реорганизации системы предоставления услуг для более эффективного реагирования на процесс старения населения и на рост хронических заболеваний. Переход от единой к многовариантной модели планирования кадровых ресурсов в системе здравоохранения особенно важен для первичной медико-санитарной помощи, где быстро меняются роли и обязанности различных медицинских работников (врачей, медсестер и других работников).

Модели планирования кадровых ресурсов в системе здравоохранения должны адекватно отражать ситуацию с географическим распределением медицинских работников: любой баланс работников здравоохранения на общенациональном уровне не обязательно означает, что не может иметь место дефицит или излишек этих специалистов на региональном уровне. Правильная оценка разрыва между спросом и предложением должна осуществляться на региональном уровне, учитывать географическое распределение работников здравоохранения и развитие ситуации в будущем при разных сценариях.

Источник: ОЭСР (2016d), Стратегия формирования кадрового состава в сфере здравоохранения в странах ОЭСР: правильные рабочие места, правильное сочетание, правильная локализация, http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en.

И, наконец, на системном уровне нужны дополнительные усилия для дальнейшего улучшения подготовки медицинских кадров, что будет способствовать повышению квалификации работников здравоохранения. В упомянутой выше оценке кадрового потенциала, подготовленной Минздравом, указывается на некоторые проблемы в медицинском образовании, на которые нужно обратить

внимание и которые перекликаются с выводами, ранее высказанными КОМЗ (CSIHb, 2013). Эффективное внедрение гарантии качества в системе государственного и частного медицинского образования является, безусловно, приоритетным, но необходимо уделять дополнительное внимание разработке учебных программ и профессиональному росту преподавательского состава.

Необходимы активные усилия, направленные на повышение качества медицинских услуг, уделяя особое внимание НИЗ

И все же, суть вопроса заключается в том, чтобы медицинские работники могли предоставлять качественные услуги и несли за это ответственность. Промежуточная задача, которую стоило бы решить, состоит в том, чтобы организовать бригады врачей разных специальностей, способных оказывать набор услуг ПМСП и имели бы для этого все необходимое. Однако, в конечном итоге, главный вопрос – это высокое качество медицинского обслуживания, которое должны обеспечить многопрофильные бригады ПМСП.

Высокое качество обеспечивается на уровне учреждения здравоохранения – это каждодневный процесс, требующий постоянного внимания и значительных инвестиций. Разработка стандартов и руководящих принципов – это необходимый шаг, который часто не может изменить клиническую практику. Проведенный анализ ситуации и некоторые опросы дали основания полагать, что медицинские работники не всегда могут понять стандарты, недостаточно мотивированы или не несут ответственность за их реализацию. Изменение клинической практики требует целого ряда усилий, в том числе, в области образования и механизмов работы на местах на основе методов обучения взрослых, построенных на фактических данных, в использовании ориентированных на потребителя инструментов поддержки принятых решений, а также в проведении конструктивные клинических проверок, которые оказывают поддержку персоналу.

Особого внимания заслуживает диагностика и лечение хронических заболеваний. Обобщение ПБЗ в Казахстане может улучшить координацию и систематизацию медицинских услуг и обеспечить организацию многопрофильной работы, однако нужно принять во внимание уроки, полученные при реализации пилотных программ. Чтобы запустить эти программы и обеспечить их эффективное внедрение, необходимо также рассмотреть вопрос о финансовых механизмах компенсации команды сотрудников за значительный объем дополнительной работы при внедрении ПБЗ. Включение финансовых рычагов при реализации ПБЗ в стандарты аккредитации медицинских учреждений также может рассматриваться как элемент стимулирования работы.

Что касается лечения заболеваний, то основные направления совершенствования этого процесса можно определить на базе анализа экономической эффективности и оценки влияния на состояние здоровья населения существующих программ массового профилактического обследования населения. При решении вопроса о более широком участии населения в проводимых обследованиях, можно было бы рассмотреть возможность привлечения к этой работе других медицинских работников (помимо врачей) – например, медсестер и фармацевтов, поскольку их консультации при проведении профилактических мероприятий оказались очень эффективными. Особое внимание можно было бы уделить более широкому участию в массовых профилактических обследованиях представителей социально неблагополучных групп населения (например, людей с ограниченными

возможностями, бедных и малообразованных людей). Факты свидетельствуют о том, что некоторые не связанные с большими затратами изменения в механизме проведения профилактических обследований, являются эффективными в плане повышения степени участия в мероприятиях людей из неблагополучных социальных групп, по крайней мере, в краткосрочной перспективе (OECD, 2014). В представленной ниже Вставке 2.6 приводится пример Португалии, где при лечении диабета использовали подход, основанный на участии медицинских работников разных специальностей, но ориентированный на первичную медико-санитарную помощь, начиная с мероприятий по укреплению здоровья.

Вставка 2.6. Координационные центры по борьбе с диабетом в Португалии (КЦБД)

В результате реформ 2013 г. в стране были созданы Координационные центры по борьбе с диабетом – КЦБД (Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes, UCFD) – специальные медицинские пункты для лечения диабета силами медицинских бригад, занимающихся оказанием первичной медико-санитарной помощи - ПМСП (ACES) и объединенных групп специалистов по лечению диабета – ОГЛД (UID) при стационарах.

КЦБД оказывают медицинские услуги жителям определенной территории, которая соответствует району обслуживания бригад ПМСП. Предполагается, что эти центры должны обеспечивать координацию работы между различными уровнями медицинской помощи; они способствуют установлению регулярных и постоянных связей между специалистами и службами, занимающимися лечением больных диабетом, формируют для этих пациентов схемы взаимодействия между различными звеньями учреждений здравоохранения в целях облегчения их доступа к медицинской помощи, повышении качества и эффективности медицинских услуг. Они также оказывают содействие диабетикам в организации записи на прием к специалистам различного профиля, способствуют повышению грамотности пациентов в вопросах лечения диабета и развитию самоорганизации людей, проводят профилактические обследования с целью недопущения долговременных осложнений при диабете, содействуют снижению риска и предотвращают прогрессирование заболевания.

Кроме того, координационные центры должны следить за тем, чтобы клиническая информация содержалась в историях болезни пациентов и была доступна для мониторинга общенациональных показателей выполнения программы по борьбе с диабетом, а также чтобы там содержались статистические и эпидемиологические данные, необходимые для планирования и оценки работы медицинского персонала.

КЦБД определяют группы риска развития диабета и устанавливают планы лечения, а именно: систематически медсестры заполняют графу по оценке риска для всех пациентов, зарегистрированных в каждом центре, особенно для тех, кто старше 45 лет, имеет избыточный вес, высокое кровяное давление и/или имеет случаи заболевания диабетом в семье.

И, наконец, предполагается, что КЦБД организуют мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, ведут борьбу с факторами риска развития диабета с точки зрения возможности возникновения различных заболеваний при поддержке специалистов по вопросам правильного питания или диетологов, а также пропагандистов физической активности. Эта работа ориентирована как на индивидуальное, так и на групповое обучение в сотрудничестве с муниципалитетами, школами и другими организациями гражданского общества.

В состав КЦБД входят руководители клиник первичной медико-санитарной помощи и заместители директоров по лечебной работе больниц, представитель местного органа здравоохранения, а также медсестры первичной медицинской помощи и больничные медсестры. Если пациент, больной диабетом, записан на прием в центре первичной медико-санитарной помощи, то это означает, что он попадет на прием к специалистам разного профиля – его примут, по крайней мере, врач и медсестра, а также, по возможности, он встретится с диетологами, пропагандистами активного образа жизни, ортопедами, социальными работниками и психологами. В ходе этих встреч определенное внимание будет уделяться вопросам информирования пациентов, особенно в отношении диеты, физической активности, уровня сахара в крови, ухода за ногами, профилактики осложнений заболевания сетчатки глаза, контроля артериального давления, уровней липидов и схемы лечения заболевания. Команда медиков определяет цель для каждого пациента.

Объединенные группы специалистов по лечению диабета (ОГЛД) при больницах также ведут прием пациентов, больных диабетом. Команды врачей-специалистов на этом уровне включают эндокринологов, терапевтов и педиатров, имеющих опыт лечения диабета. Помимо этих врачей, возможно, потребуется помощь других специалистов больницы, в том числе хирургов, ортопедов, нефрологов, офтальмологов, кардиологов, сосудистых хирургов и урологов. Именно на этом уровне часто наблюдаются пациенты с постоянной подкожной инъекцией инсулина. После стабилизации пациенты возвращаются к врачу общей практики.

Источник: OECD (2015), Обзоры качества здравоохранения ОЭСР: Португалия: повышение стандартов, http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en.

В конечном итоге, необходимо обеспечить координацию лечения в рамках всей системы здравоохранения и повысить ответственность за предоставление медицинских услуг

Более четкая координация действий различных служб при лечении заболеваний – это обязательное условие повышения качества медицинских услуг и квалификации персонала, особенно когда речь идет о пациентах, нуждающихся в комплексном лечении (OECD, 2017b). Медицинские учреждения ПМСП должны быть точкой входа в систему здравоохранения и местом, где оказывают большую часть медицинских услуг, однако в тех случаях, когда требуется более специализированная помощь, медицинский персонал ПМСП должен играть главную роль координатора процесса лечения пациента. Как было показано в данной главе, раздробленность лечебных мероприятий и в рамках ПМСП, и в других секторах системы здравоохранения, препятствует оказанию скоординированной и постоянной медицинской помощи пациентам. Эффективная координация лечения требует, помимо всего прочего, интеграции информационных систем медицинских учреждений различных уровней, внедрения единых финансовых стимулов, культуры оказания многопрофильной медицинской помощи, создания механизмов подотчетности и наличия сильного лидера и ответственности – т. е. элементов, которые, по большей части, в Казахстане пока еще отсутствуют.

Тем не менее, по сообщениям Министерства здравоохранения, в некоторых регионах в пилотном режиме разрабатываются и внедряются интегрированные модели медицинского обслуживания. Вариантов при разработке моделей комплексного медицинского обслуживания достаточно много (ВОЗ, 2016 г.), и ранее упомянутые ПБЗ, на самом деле, являются формой объединения комплекса медицинских услуг. Должны быть разработаны и испытаны модели, которые позволят решить специфические проблемы, характерные для системы здравоохранения, а результаты тестирования будут оцениваться с учетом способности тех или иных моделей решать эти проблемы.

Измерение результатов работы и ответственность персонала и медицинских учреждений

Помимо наличия необходимого персонала, притока инвестиций и создания правовой основы необходимы прозрачный мониторинг деятельности медицинских учреждений и ответственность за результаты работы.

Богатая информационная инфраструктура является фундаментальной платформой, которая поддерживает практически любую инициативу, направленную на повышения эффективности и устойчивой работы системы здравоохранения (OECD, 2017a). В странах ОЭСР используют данные о результатах работы для повышения качества медицинских услуг за счет получения информации об имеющихся проблемах, разработки клинических протоколов, которые оказывают помощь персоналу ПМСП в его повседневной деятельности, и более четкой увязки объемов финансирования первичной медико-санитарной помощи с показателями качества оказываемых услуг (Вставка 2.7) (ОЭСР, 2016b). По сравнению со странами ОЭСР информационная инфраструктура в Казахстане и данные о работе системы ПМСП, недостаточно развиты. Имеющаяся в стране информационная система остается раздробленной и сосредоточена на объемах услуг и видах деятельности, а не на результатах. Информация о качестве и результатах лечения пациентов редко фиксируется и на практике ограничивается данными по медицинским учреждениям, расположенным в городах.

Во многих странах ОЭСР в настоящее время стремятся улучшить ситуацию с оказанием первичной медико-санитарной помощи, в частности, посредством разработки и мониторинга качества услуг, основанных на фактических клинических показателях, на данных, характеризующих результаты лечения пациентов, а также на данных публичной отчетности по этим показателям. Например, система здравоохранения в Израиле чрезвычайно успешна в разработке таких показателей, что оказывает влияние на врачебную практику посредством получения отзывов и предложений по результатам работы и благодаря формированию у персонала культуры постоянного совершенствования своей деятельности. В итоге среди стран ОЭСР система здравоохранения Израиля особенно хорошо выявляет хронические заболевания у пациентов на ранних стадиях и поддерживает их здоровье в таком состоянии, которое позволяет им избежать ненужного посещения больницы (ОЭСР, 2012a). В других странах, например, в Великобритании связывают показатели качества полученного лечения с оплатой по его результатам (ОРЛ), что рассматривается в качестве одного из инструментов, обеспечивающих возмещение расходов на услуги первичной медико-санитарной помощи, качество которых (включая время, которое врач общей практики затрачивает на пациента) играет все более заметную роль (OECD, 2016b) (Вставка 2.7).

Вставка 2.7. Примеры использования данных о результатах работы системы первичной медико-санитарной помощи в странах ОЭСР

В этой области ориентиром стала Великобритания. Принятая в стране Концептуальная схема оценки качества и результатов, которая включает общенациональную систему показателей и результатов работы первичной медико-санитарной помощи, представляет собой известную в международных кругах схему, позволяющую совершенствовать процессы и улучшить результаты общей медицинской практики. Это – одна из самых первых принятых в международной практике схем, обеспечивающих привязку показателей качества оказываемых медицинских услуг к оплате по результату (ОРЛ) на системном уровне. С самого начала ее внедрения в практику эта система оказалась очень детально разработанной и перспективной, а сейчас она охватывает широкий круг медицинских услуг и сосредоточена на долговременных условиях и связанных с ними факторах риска. Например, для пациентов, которым необходимы конкретные виды медицинский услуг, были определены целевые установки, например, ставится задача добиться показателей кровяного давления для 85% больных диабетом на уровне 145/85 или ниже. Указанная система постоянно совершенствуется, и ее структура адаптирована к внутренним условиям, характерным для каждой из четырех имеющихся в Великобритании систем здравоохранения (OECD, 2016a).

В Израиле внедрена другая комплексная программа для мониторинга качества первичной медико-санитарной помощи. За последних полтора десятка лет руководство страны и органы здравоохранения планировали реорганизовать систему оказания медицинской помощи таким образом, чтобы участковые врачи работали бригадами. Это сформировало основы для реализации того, за что борются другие страны ОЭСР, в частности, обеспечить регулярный мониторинг показателей состояния здоровья пациентов, оказание последующей медицинской помощи после посещения врача общей практики и формирование системы профилактического консультирования в привязке к потребностям населения. Эта работа часто сопровождается внедрением информационно – технологических платформ, которые обеспечивают информирование медицинских работников о том, какие пациенты не прошли регулярного обследования. Основным преимуществом системы первичной медико-санитарной помощи в Израиле является наличие широкого набора данных, которые собирают органы здравоохранения на местах практически по всем категориям населения. В основе этого – электронные истории болезни, которые облегчили сбор информации о пациентах и привели к формированию минимального набора данных, который называется Показатели качества в Программе общественного здравоохранения (ПК ПОЗ). В ПК ПОЗ включены основные демографические показатели и 35 показателей, разбитых на шесть главных разделов, привязанных к видам заболеваний и возрастным категориям: астма, профилактическое обследование на предмет выявления рака, вакцинация престарелых, здоровье детей, сердечно – сосудистые заболевания и диабет. С помощью этих данных определяются факторы риска для ослабления здоровья (например, ожирение), проводится мониторинг качества оказанной медицинской помощи, отслеживается прием лекарств и измеряются некоторые результаты лечения (OECD, 2012).

«Руководители органов здравоохранения считают, что обратная связь для них является инструментом для повышения качества работы; по мнению представителей одного из фондов здравоохранения в Израиле – фонда «Maccabi», например,

среди больных диабетом в период с 2004 г. по 2009 г. содержание HbA1c в крови понизилось на 29% а количество исследований на холестерин повысилось на 96,2%. ПК ПОЗ не являются обязательными и не зависят от финансовых стимулов; наоборот, считается, что успех в реализации этой программы обусловлен тем, что она построена на прочной научной основе, формированием набора показателей по взаимному соглашению врачей общей практики и страховых компаний, четко поставленными задачами, ориентированными на нужды пациентов, и, самое главное, систематическим и постоянным обменом сравнительной информацией между профессионалами и обществом.» (OECD, 2012)

Структура показателей качества в Программе общественного здравоохранения в Израиле

Источники: ОЭСР (2016a), Обзоры качества здравоохранения ОЭСР: Великобритания 2016: повышение стандартов http://dx.doi.org/10.1787/9789264239487-en, и ОЭСР (2012) Обзоры качества здравоохранения ОЭСР: Израиль 2012: повышение стандартов http://dx.doi.org/10.1787/9789264029941-en.

Если цель состоит в том, чтобы продолжить продвижения системы ПМСП Казахстана в направлении передовой международной практики, необходимо будет значительно расширить инфраструктуру медицинской информации. Комплексная и хорошо развитая информационная система должна предоставлять данные о характеристиках каждого медицинского учреждения, а также о его деятельности и эффективности работы. Это должно в идеале способствовать мониторингу показателей состояния здоровья пациентов в долгосрочном плане, отслеживая их при переходе из системы ПМСП в стационар и при выписке из больницы.

Данные о результатах работы также должны использоваться для того, чтобы медицинские учреждения могли нести ответственность за организацию медицинского обслуживания, которое входит в сферу их деятельности. Действительно, даже с в условиях ограниченной доступной информации можно оценить основные характеристики сети медицинских учреждений в стране и сравнить результаты их деятельности. Однако это необходимо делать регулярно и систематически, так как это может побудить медицинские учреждения в отдельных регионах или системы здравоохранения регионов сравнивать себя с другими медицинскими учреждениями или другими регионами, а также определять, где объем и качество предоставленных услуг ниже тех, которые предусмотрены национальными стандартами в области здравоохранения. Выявление низких показателей работы должно повлечь за собой ответ, который направлен на определение и решение возникших проблем, а не на наказание виновных.

Для региональных и центральных органов власти одним из вариантов использования информационной системы может быть регулярная работа по определению эталонных медицинских учреждений и регионов с тем, чтобы выявить отстающие. Прозрачный процесс определения стандартов деятельности медицинских учреждений позволит регионам получить объективную информацию,

а прогресс в этой области, особенно в улучшении работы отстающих медицинских учреждений, может, в свою очередь, контролировать министерство.

Информация о работе медицинских учреждений также должна использоваться для того, чтобы более адекватно стимулировать качество медицинских услуг. Действующая сейчас в Казахстане система финансирования ПМСП, которая сочетает в себе компенсацию на основе подушевого принципа и плату по результатам работы, часто используется и в странах ОЭСР. Тем не менее, структура финансирования в Казахстане существенно отличается от практики передовых стран, где ресурсы направляются на вознаграждение за результаты работы, которые в большей степени непосредственно связаны с конкретными действиями сотрудников медицинских учреждений, что дает возможность учитывать все нюансы в работе медицинских учреждений и ранжировать их на этой основе. Финансирование по результатам работы должно осуществляться в соответствии с передовой практикой и распространяться на всю систему первичной медико-санитарной помощи.

Заключение

В целом, система ПМСП в Казахстане развивается в правильном направлении. Были созданы структурные элементы этой системы, и оказание услуг первичной медико-санитарной помощи двигается в направлении лучших примеров в международной практике: был сформирован и быстро развивается специализированный медицинский персонал ПМСП, соответствующие учреждения здравоохранения стали независимыми, создана система обеспечения качества, реформирована система финансирования с тем, чтобы стимулировать повышение качества предоставления услуг.

Вместе с тем, хотя различные параллельные реформы в смежных областях здравоохранения также способствуют развитию ПМСП, до сих пор не ясно, насколько полно раскрыт потенциал этих реформ, так как имеющиеся данные свидетельствуют о том, что сектор ПМСП в Казахстане продолжает работать хуже своих потенциальных возможностей. Требуется гораздо больше информации и проведение оценки ситуации с тем, чтобы понять: (i) какое влияние проводимые реформы оказывают, если вообще оказывают, на реальную работу «на земле» (ii) дают ли происходящие изменения желаемый результат и (iii) что способствует или препятствует улучшению работы. Помимо все прочего, укрепление системы ПМСП требует оценки и эффективности предпринимаемых до сих пор усилий и их пересмотра с тем, чтобы получить максимальный результат.

Примечания

1 Это, например, иллюстрируется тем фактом, что, хотя доля расходов в странах ОЭСР на ПМСП колеблется в соотношении от 1 до 15, для амбулаторного лечения это соотношение составляет от 1 до 3.to 15 across OECD countries, the ratio is only 1 to 3 for outpatient care.

2 На основании ОЭСР 2015, данная сумма составляет около 275 000 млн. тенге. Что касается профилактической помощи в амбулаторных учреждениях, амбулаторных реабилитационных услугах или лечебно-реабилитационной помощи на дому, которые должны быть включены в первичную медико-санитарную помощь, то о таких данных не сообщается.

3 Согласно таблице, предоставленной Минздравом, 188 районных поликлиник зарегистрированы в программе оплаты труда по результатам. В таблице 2.4, рассмотренной ранее, перечислено только 39 районных поликлиник, что свидетельствует о том, что классификация учреждений не является согласованной между базами данных.

4 Астма и хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) являются болезнями, которые ограничивают способность людей дышать. Хотя астма представляет собой прерывистые симптомы, которые обратимы при лечении, ХОЗЛ является прогрессирующим заболеванием, которое затрагивает в основном курильщиков.

Список использованной литературы

Agency for Healthcare Research and Quality (2001), "AHRQ Quality Indicators – Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions", AHRQ Pub. No. 02-R0203, Rockville, United States.

Battakova, Z. at al. (2015), "International Experience on Screening and National Screening Program in Kazakhstan", International Research Journal.

Canadian Society for International Health (2013), Subcomponent B2: Evidence-Based Practice – Kazakhstan Health Sector Technology Transfer and Institutional Reform Project, CSIH Achievements and Recommendations. Unpublished.

Canadian Society for International Health (2015), Kazakhstan Health Sector Technology Transfer and Institutional Reform Project: Partnership on Diseases Management Programs Development and Implementation – Final report on DMP Implementation. Unpublished.

European Commission (2006), European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis, 4th edition, Luxembourg.

International Bank for Reconstruction and Development (2014), Assessment Report on Implementation Outcomes of the State Healthcare Development Program "Salamatty Kazakhstan" for 2011-2015. Unpublished.

Katsaga A., et al. (2012), Kazakhstan: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 14(4):1-154.

MOHSD Ministry of Health and Social Development (2015), Population health in the Republic of Kazakhstan and activity of health care organisations in 2014, Kazakhstan.

MOHSD and WHO World Health Organization (forthcoming), Assessment of Human Resources for Health in Kazakhstan, World Health Organization, Geneva.

Maier, C., Aiken L. and R. Busse (forthcoming), Nurses in Advanced Roles in Primary Care: Policy Levers for Implementation, OECD Publishing, Paris.

Morgan D., et al. (2016), Review of the National Health Accounts of the Republic of Kazakhstan, Forthcoming.

National Center for Problems of Healthy Lifestyle Development (2016), Center website, http://www.hls.kz/ (accessed in October 2016).

OECD (2012), OECD Reviews of Health Care Quality – Israel: Raising Standards, OECD Publishing, Paris.

OECD (2012a), *OECD Reviews of Health Care Quality: Korea 2012: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en

OECD (2013), OECD Reviews of Health – Denmark: Raising Standards, OECD Publishing, Paris.

OECD (2014), OECD Reviews of Health Care Quality – Czech Republic: Raising Standards, OECD Publishing, Paris.

OECD (2015), OECD Reviews of Health Care Quality – Portugal: Raising Standards, OECD Publishing, Paris.

OECD (2015b), OECD Reviews of Health Care Quality – Australia: Raising Standards, OECD Publishing, Paris.

OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care, OECD Publishing, Paris.

OECD (2016a), *OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/9789264239487-en

OECD (2016b), *OECD Review of Health Systems: Latvia*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2016c), Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Mix, Right Places, OECD Publishing, Paris.

OECD (2016d), *OECD Review of Health Systems: Mexico*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2017), Caring for Quality in Health – Lessons learnt from 15 reviews of health care quality, OECD Publishing, Paris.

OECD (2017a), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en

Oxford Policy Management (2014), Development and institutional sustainability of health policy analysis, provider payment system and strengthening single payer capacity for Kazakhstan. Deliverable 23: Analysis of organization and legal status of PHC providers in Kazakhstan. Unpublished.

Oxford Policy Management (2015), Development and institutional sustainability of health policy analysis, provider payment system and strengthening single payer capacity for Kazakhstan. Deliverable 22: Recommendations for refining financing and purchasing of outpatient services to support emphasis on preventive services at primary health care level in Kazakhstan. Unpublished.

Prakash, B. (2010), Patient Satisfaction, Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery, Vol. 3, Issue 3, Pp. 151-155.

Sanigest International (2014), The Kazakhstan Health Technology Transfer and Institutional Reform Project – Twinning Arrangements for Investment Planning in Health Sector: Summary of Master Plans for Restructuring PHC Network, Unpublished.

Smith P., et al. (eds.) (2009), Performance Measurement of Health System Improvement – Experiences, Challenges and Prospects, Health Economics, Policy and Management, Cambridge University Press.

World Health Organization (2011), Evaluation of the Organization and Provision of Primary Care in Kazakhstan – A survey-based project in the regions of Almaty and Zhambyl, World Health Organisation, Geneva.

World Health Organization (2015), Ambulatory Care Sensitive Conditions in Kazakhstan, World Health Organization, Geneva.

Глава 3

Совершенствование системы стационарной медицинской помощи в Казахстане

Традиционно интегрированная и крупномасштабная больничная система, унаследованная Казахстаном при обретении им независимости, претерпела различные реформы, включая автономизацию государственных учреждений, введение платежей на основе диагностических групп и аккредитации, развитие некоторых очень специализированных услуг и реструктуризацию. Сегодня число койко-мест на душу населения (4,8 на 1 000) близко к среднему показателю ОЭСР.

Тем не менее, система стационарных медицинских учреждений в Казахстане по-прежнему во многом отличается от той, которая характерна для типичной страны ОЭСР. Например, на монопрофильные учреждения по-прежнему приходится 40% койко-мест, а многие больницы в сельской местности не укомплектованы персоналом и не оборудованы для оказания комплексных услуг. Хотя показатели поступления в стационар аналогичны тем, которые имеются в странах ОЭСР, более тщательный анализ показывает, что значительная доля стационарной помощи может быть оказана амбулаторно. С другой стороны, абсолютное число хирургических операций, проводимых в стационарах, поразительно мало, что в дополнение к экономическим соображениям ставит важные вопросы о качестве и безопасности.

В данной главе рассматриваются результаты работы больничной системы и излагаются возможные направления реформ с целью повышения потенциала больничной системы для более действенного преодоления бремени болезней в стране и более эффективного удовлетворения потребностей населения.

Статистические данные по Израилю предоставлены со стороны и под ответственность соответствующих органов Израиля. Использование этих данных ОЭСР не затрагивает статус Голанских высот, Восточного Иерусалима и израильских поселений на Западном берегу реки Иордан в соответствии с принципами международного права.

3.1. Введение

Цель этой главы состоит в том, чтобы проанализировать организацию стационарной медицинской помощи в Казахстане и оценить эффективность ее работы в рамках всей системы здравоохранения страны. Это позволит получить некоторое представление о стоящих перед сектором проблемах в свете достигнутых к настоящему времени результатов. В данной главе также приводится сравнение организации и функционирования больниц в Казахстане с аналогичными показателями стационарных медицинских учреждений в странах ОЭСР. В конечном счете цель этой главы состоит в том, чтобы определить, каким образом стационарные медицинские учреждения в Казахстане могут адаптироваться к меняющимся потребностям здравоохранения в условиях нехватки ресурсов. Более полное или более эффективное использование имеющихся ресурсов требует, помимо всего прочего, более четкой координации работы стационарных медицинских учреждений и чтобы они при этом не были перегружены оказанием услуг, которые могут более эффективно оказывать учреждения первичной медицинской помощи и участковые врачи.

Прежде всего, нужно отметить, что даже при самом общем анализе системы стационарной медицинской помощи в Казахстане становится ясно, что она во многом отличается от принятой в странах ОЭСР. Действительно, согласно официальной статистике в Казахстане имеется 34 категории больничных учреждений, которые классифицируются в соответствии с характером предоставляемых ими услуг, категорий обслуживаемого населения, местом расположения и т. д. В этой официальной классификации, которая приводится в Таблице 3.1, представлены такие виды медицинских учреждений, как туберкулезные диспансеры и центры лечения наркомании, которые в Казахстане классифицируются как «больницы», однако, вероятно, не будут считаться таковыми в других странах. Другими словами, границы того, что считается «системой стационарных медицинских учреждений» в Казахстане, в определенной степени отличаются от границ аналогичной системы, характерной для стран ОЭСР. Кроме того, большое количество моно-профильных больниц делает Казахстан чем-то вроде экзотического явления на фоне стран ОЭСР.

Для того, чтобы сравнение системы организации и функционирования стационарных медицинских учреждений в Казахстане и в странах ОЭСР было более продуктивным, в этой главе будет применяться классификация больниц, которая в большей мере согласуется с международной практикой (см. данные, представленные в Таблице 3.1). Хотя эта модифицированная классификация может показаться упрощенной, она позволяет более четко оценивать сравнительные характеристики основных категорий стационарных медицинских учреждений между собой и помогает определить, как они могут развиваться в будущем.

Таблица 3.1. Изменение классификации стационарных медицинских учреждений в Казахстане

КАТЕГОРИИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ДАННОМ ОТЧЕТЕ	СООТВЕСТВУЮЩИЕ КАТЕГОРИИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ СОГЛАСНО ОФИЦИАЛЬНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ	КОЛИ-ЧЕСТВО
Сельские больницы	Сельские больницы, принадлежащие к общей сети с центральными районными больницами; сельские больницы, не входящие в эту сеть	109
Районные больницы	Районные больницы; межрайонные больницы; центральные районные больницы	181
Многопрофильные больницы второго уровня	Детские областные больницы; Детские городские больницы; Больницы неотложной помощи; Областные больницы; Городские больницы	163
Больницы третьего уровня, оказывающие высокоспециализированную медицинскую помощь	Университетские больницы	33
Моно-профильные больницы	Туберкулезные диспансеры; кожно-венерологические диспансеры; психо-неврологические диспансеры; эндокринологические диспансеры; наркологические диспансеры; кардиологические диспансеры; перинатальные больницы; инфекционные больницы; детские инфекционные больницы; родильные дома; офтальмологические клиники; туберкулезные больницы; наркологические клиники; больницы для инвалидов войны; психиатрические больницы с особым режимом; больницы – лепрозории; реабилитационные клиники; реабилитационные детские клиники; хосписы; клиники интенсивного ухода за больными; онкологические клиники; клиники спортивной медицины	279
	ВСЕГО	**765**

В общих чертах приведенные выше категории стационарных медицинских учреждений означают следующее:

- Сельские больницы: Больницы этой категории являются основой системы оказания стационарной медицинской помощи в сельской местности. Обычно это небольшие учреждения на 20 – 25 мест, занимающиеся, в основном, оказанием базовой неотложной и вторичной помощи, ведением беременности и родов и оказанием медицинских услуг в амбулаторных условиях. Наш анализ предполагает, что сельские больницы, как правило, оказывают услуги, которые в более развитых системах здравоохранения относятся к сфере первичной медицинской помощи. Обеспечение доступа к больничному обслуживанию в отдаленных районах является проблемой, с которой сталкиваются многие страны ОЭСР (см. вставку 3.1); расположенные в отдаленных районах учреждения обычно нацелены на оказание эффективных услуг неотложной помощи и создание гибкого механизма направления и доставки пациентов в другие лечебные учреждения.
- Районные больницы: Расположены в крупнейших городах региона, обычно это учреждения на 100 – 300 мест, укомплектованные широким набором специалистов различного профиля и разнообразным современным диагностическим оборудованием. В странах ОЭСР учреждения первичного уровня медицинского обслуживания обычно оказывают специализированные услуги по лечению болезней внутренних органов, в области акушерства, педиатрии и общей хирургии. Особое внимание также уделяется направлению в другие лечебные учреждения

пациентов, которые находятся в тяжелом состоянии и которым требуются более комплексные медицинские услуги.

- Многопрофильные больницы второго уровня: это медицинские стационарные учреждения на 600 – 1000 мест, которые оказывают медицинские услуги силами специалистов различного профиля и оснащены современным оборудованием. Обычно они расположены в областных центрах. Больницы второго уровня часто встречаются и в странах ОЭСР, где пациентам, как правило, делают многочисленные часто встречающиеся и не очень сложные хирургические операции, после которых необходимо лишь краткосрочное пребывание в стационаре.
- Больницы третьего уровня: Они оказывают высоко специализированную помощь, проводят исследования, координируют государственные программы и служат клинической базой для студентов медицинских ВУЗов. В основном они расположены в городах Алматы и Астана. В странах ОЭСР аналогичные медицинские учреждения (часто также именуемые больницами третьего уровня) работают в качестве базовых больниц, куда направляют пациентов из других медицинских учреждений; в них концентрируются значительные ресурсы для оказания медицинской помощи с высокой степенью специализации и проводится лечение редко встречающихся и особо сложных заболеваний.
- Моно-профильные больницы: В Казахстане, как и в большинстве стран бывшего Советского Союза, моно-профильные больницы являются традиционным элементом системы стационарных медицинских учреждений. В них оказывают медицинскую помощь пациентам с конкретными заболеваниями или особым категориям населения (например, больницы матери и ребенка, госпитали по лечению туберкулеза, психических заболеваний, кожно-венерологических заболеваний, прочих инфекционных заболевания, и т. д., а также болезней, связанных с различными видами зависимости, и хосписы). Страны ОЭСР признают, что большая часть этих задач может быть решена в рамках поликлиник или в одном из выше перечисленных видов стационарных медицинских учреждений, и решили не создавать у себя моно-профильных больниц. Исключение по-прежнему составляют лишь специализированные онкологические учреждения (которые не всегда показывают выдающиеся результаты).

Необходимо подчеркнуть, что весь содержащийся в данной главе анализ построен на основе данных, которые содержатся в базе данных Министерства здравоохранения и которые в какой-то степени являются неполными. И, действительно, помимо 765 медицинских учреждений, данные по которым приведены по состоянию на 2015 г., в систему стационаров входят медицинские учреждения более высокого – в основном, третьего – уровня (Институт развития здравоохранения, Национальный институт кардиологии и внутренних болезней, Национальный исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка, Национальный детский реабилитационный центр, Национальный диагностический центр, Научный центр нейрохирургии, Научно – исследовательский институт неотложной медицинской помощи и Национальный исследовательский кардиологический хирургический центр). Эти институты, которые являются, в основном, медицинскими учреждениями третьего уровня, не входят в

предоставленный список, состоящий из 765 больниц. Таким образом, несмотря на ключевую роль и стратегически важное значение этих медицинских учреждений, в нашем отчете не дается более глубокий анализ их деятельности, хотя провести отдельный анализ было бы вполне оправданно. В базу данных Министерства здравоохранения также не включены параллельно работающие стационарные учреждения здравоохранения (больницы, которые находятся в ведении других министерств, а также те частные стационарные медицинские учреждения, которые *не* предлагают Пакет гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). С другой стороны, оказывается, что стационарные частные медицинские учреждения, предлагающие ГОБМП, включены в базу данных Министерства здравоохранения (см. Таблицу 3.2). В общем, статистические данные, представленные в данной главе, относятся только к тем стационарным медицинским учреждениям, которые указаны в базе данных Министерства здравоохранения и которые в дальнейшем мы будем называть «Больницами, предлагающими ГОБМП», или коротко просто больницами (стационарными медицинскими учреждениями).

Данная глава построена следующим образом. После введения в Разделе 3.2 рассматриваются и анализируются усилия, которые предприняты за последние 10 – 15 лет для реформирования системы стационарных медицинских учреждений (с упором на *процессы и инструменты*). В Разделе 3.3 рассматриваются основные черты современной системы стационарных медицинских учреждений в Казахстане (*оказываемые услуги – структура и деятельность* этих учреждений), которая сформировалась в результате этих усилий. В Разделе 3.4 дается оценка работы больниц, в основном, с упором на такие выходные параметры как качество оказываемых медицинских услуг, их безопасность, доступ к услугам и эффективность работы. И, наконец, в Разделе 3.5 содержатся предложения (в свете опыта, имеющегося в странах ОЭСР) о том, как решать сегодняшние и будущие проблемы этого сектора.

3.2. Казахстан предпринял ряд инициатив по модернизации больничного сектора

Когда в начале 1990-х годов Казахстан обрел независимость, в стране насчитывалось 740 государственных стационарных медицинских учреждений. К 2006 г. их число выросло до 895, причем более разнообразными стали формы собственности в результате децентрализации системы здравоохранения. В соответствии с «Национальной программой реформы и развития здравоохранения на 2005 – 2010 гг.» правительство в 2009 г. расширило полномочия Министерства здравоохранения. В ходе реализации «Государственной программы развития здравоохранения на 2011 – 2015 гг. «Саламатты Казахстан» была создана новая система регулирования, которая предусматривала большую централизацию системы здравоохранения и усиление функции финансирования.

Эти коренные изменения в основных *инструментах и процессах*, касающихся стационарных медицинских учреждений проводились по трем основным направлениям, о чем пойдет речь в данном разделе. Во-первых, были внесены изменения в существующую систему регулирования, которые предусматривали большую самостоятельность и ответственность больниц в условиях роста конкуренции и плюрализма форм собственности. В этом смысле реформы в области финансирования деятельности больниц, включая введение системы клинико-статистических групп (КСГ), должны были обеспечить единые правила игры для

того, чтобы государственные и частные медицинские учреждения могли стремиться к повышению качества оказываемых услуг. И, наконец, власти поддержали процессы укрепления и модернизации больничного сектора, предусмотрев целевые инвестиции и проведя реорганизацию системы стационарных медицинских учреждений.

Была модернизирована нормативная база

Главной целью проведения реформ в отрасли было создание «единой национальной системы здравоохранения», имеющей консолидированный бюджет на национальном уровне. Одновременно государственным медицинским учреждениям была предоставлена большая самостоятельность, к работе в сфере здравоохранения были допущены частные клиники для того, чтобы услуги оказывали в более разнообразной и более конкурентной среде. Чтобы поддержать эту тенденцию были приняты некоторые меры, направленные на обеспечение высокого качества оказываемых медицинских услуг и на поддержку права выбора пациентом медицинского учреждения, которое будет оказывать ему эти услуги.

Государственным больницам предоставили большую самостоятельность

В соответствии с принятым в 1995 г. «Законом о самоуправлении» установлен новый правовой статус государственных учреждений здравоохранения в Казахстане. В настоящее время в стране работают больницы, имеющие следующий правовой статус:

- *Государственные учреждения* (ГУ): Учреждения здравоохранения, которые находятся в государственной собственности и в обозримом будущем останутся таковыми и будут финансироваться из бюджетных источников (обычно это больницы, занимающиеся лечением социально значимых заболеваний, таких как туберкулез, или психиатрические больницы); у них нет никакой самостоятельности в вопросах финансового управления, и им не разрешается взымать какую-либо плату за свои услуги;
- *Казенные предприятия* (КП): Особый вид государственного предприятия, созданного и функционирующего на основе «договоров с казначейством» (это те медицинские учреждения, которые ранее были в ведении местных органов государственной власти). Обычно они финансируются из единого источника через систему контрактов и имеют ограниченную самостоятельность в вопросах финансового управления, однако им разрешено взымать определенную плату за свои услуги;
- *Государственные предприятия с правом хозяйственного ведения* (ГП с ПХВ): Государственные предприятия, финансируемые, в основном, из единого источника на основании контрактов за оказываемые ими услуги; обладают самостоятельностью в вопросах управления собственными внутренними ресурсами, используя при этом гибкую систему оплаты сотрудников с учетом верхнего лимита зарплатной платы, утвержденного организацией, которая является единственным источником финансирования. В 2011 г. этим предприятиям разрешили образовывать «наблюдательные советы», которые по замыслу и несут ответственность за управление деятельностью и решение финансовых вопросов в этих медицинских учреждениях;

- *Акционерные общества* (АО) ничем не отличаются от других АО, работающих в любом другом секторе экономики: их капитал поделен на акции, и их деятельность регулируется хозяйственным правом; большая часть сотрудников не является государственными служащими. Деятельность этих медицинских учреждений финансируется через заключение контрактов с организацией, являющейся единственным источником финансирования. Например, с 2011 г. Национальный медицинский холдинг является акционерным обществом, которое включает в себя 6 национальных медицинских центров и Медицинский университет Астаны, работающих под единым руководством;
- *Частные медицинские учреждения, оказывающие услуги, предусмотренные в Пакете гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП)*: они являются полностью частными медицинскими учреждениями, которые, как первоначально предполагалось, должны были работать на негосударственном рынке медицинских услуг, однако, исходя из государственных интересов, получают «исключительное право» на оказание услуг ГОБМП.

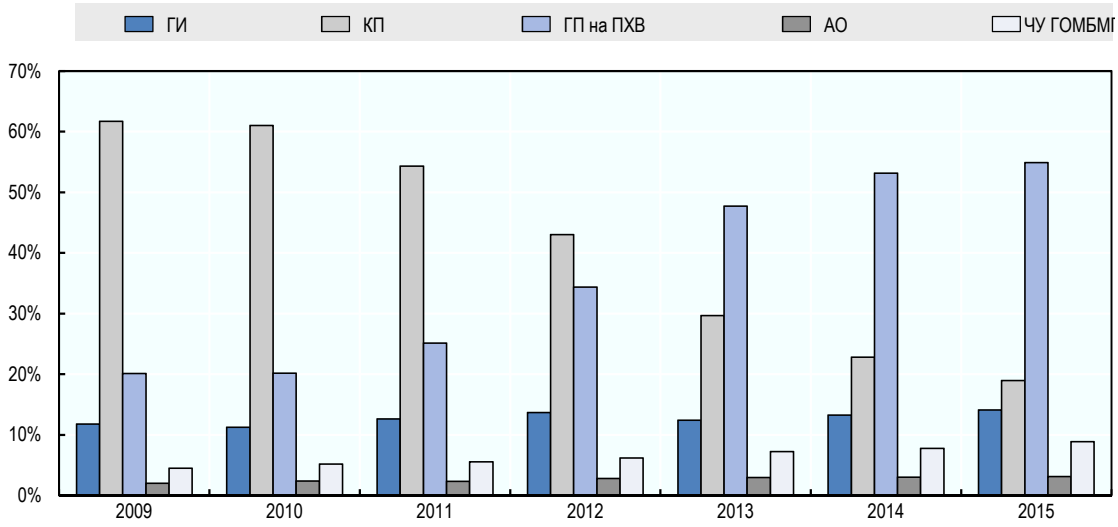
Государственные предприятия с правом хозяйственного ведения (ГП с ПХВ) растут достаточно быстро. На Диаграмме 3.1 показано, что доля казенных предприятий (которые в 2009 г. преобладали среди государственных больниц) с 2009 г. по 2015 г. значительно снизилась. В то же время ГП с ПХВ в настоящее время являются наиболее распространенным видом стационарных медицинских учреждений. В 2015 г., 55% из 765 больниц являлись государственными предприятиями с правом хозяйственного ведения", и только 3% были акционерными обществами (см. Таблицу 3.2).

Таблица 3.2. Больницы Казахстана, правовой статус, 2015 г.

ГИ		КП		ГП с ПХВ		АО		ЧУ ГОБМП	
Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
108	**14%**	**145**	**19%**	**420**	**55%**	**24**	**3%**	**68**	**9%**

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Диаграмма 3.1. Изменение правового статуса больничных учреждений в 2009 – 2015 гг.



Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Власти поощряют частные инвестиции в больничный сектор, однако процесс инвестирования протекает медленно

Власти поощряют развитие государственно – частного партнерства (ГЧП) с тем, чтобы поддерживать модернизацию инфраструктуры. В ходе проведения реформы масштабы приватизации в сфере здравоохранения должны были вначале оставаться незначительными, ограничиваясь аптеками и услугами в области стоматологии, с определенными уступками там, где речь шла о почечном диализе, услугах врачей – специалистов, о некоторых видах лабораторных анализов и т. д. Что касается стационарных медицинских учреждений, то в этой сфере приватизация рассматривалась через призму государственно – частного партнерства. ГЧП в большинстве случаев рассматривалось как способ привлечения дополнительных инвестиций для обновления больничного сектора в Казахстане: «… Для «разгрузки» бюджетных расходов надо активнее применять механизмы государственно – частного партнерства. Важно шире привлекать частных инвесторов не только к строительству дорог, газопроводов, больниц, школ и других объектов, но и к их реконструкции и к сфере оказания услуг. Все высвобождаемые при оптимизации бюджетных расходов средства надо направлять, в первую очередь, на проекты, которые принесут реальные результаты для населения». [1]

В целом, как свидетельствуют имеющиеся данные, развитие ГЧП происходит не быстро. По информации, предоставленной регионами, в 2016 г. в процессе реализации находилось 47 проектов ГЧП[2], в том числе речь идет о 13 больницах, 30 первичных медико-санитарных учреждениях, 2 контрактах на закупку оборудования, 1 контракте – для реконструкции тренажерного центра и 1 – для строительства вспомогательных медицинских объектов. Два из этих контрактов были общенационального масштаба (многопрофильные больницы на 300 мест в медицинских вузах г. Алматы и г. Караганда), а 45 были местными, из которых 10 – в г. Алматы и 4 – в г. Астана. Многие местные проекты находятся на разных этапах подготовки – например, рассмотрение предложения о концессии, обзор концепции

проекта, технико-экономические обоснования проекта концессии, оценка тендерной документации, выбор концессионера и т. д.

Предполагалось, что для региональных проектов в Восточном Казахстане будут проведены торги в один этап, однако в 2016 г. они были отменены из-за отсутствия заявок, и было предусмотрено повторное проведение торгов. Ожидалось, что торги на реализацию проектов в г. Алматы будут проводиться в два этапа, но отсутствие заявок также привело к принятию решения о повторном проведении торгов. Торги для реализации проекта в г. Астана также ориентировались двухэтапную процедуру. Что касается проектов, предусматривающих предоставление права на управление активами (еще один способ привлечь частный сектор), то в этот список входит 21 проект (6 проектов для больниц, 13 – для учреждений по оказанию первичной медико-санитарной помощи ПМСП) и 2 – для учебных заведений). Еще 12 проектов находились на стадии планирования (6 – в г. Алматы и по 3 проекта в г. Павлодаре и в Южном Казахстане).

Процесс аккредитации и клинические протоколы, основой которых является безопасность, - главные инструменты в процессе повышения качества медицинских услуг

После десятилетий работы, ориентированной исключительно на выработку и соблюдение нормативов (когда качество предполагалось обеспечивать за счет строгого следования министерским нормам и постановлениям), в 2009 г. была введена система аккредитации медицинских учреждений, и Казахстан стал членом Международного сообщества по обеспечению качества в системе здравоохранения (МСКЗ). Государственные и частные медицинские учреждения, в т. ч. и больницы, должны были пройти формальную процедуру подтверждения качества оказываемых услуг с тем, чтобы они были включены в национальную систему здравоохранения и получили государственной финансирование в той или другой форме в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), который обеспечит предоставление конкретных медицинских услуг.

Эта инициатива была разработана в рамках проекта Всемирного банка и при техническом содействии Канадского общества международной системы здравоохранения, с использованием принципов, детально разработанных Объединенной международной комиссией – ОМК (Канадское общество международной системы здравоохранения, 2013 г.). Стандарты качества, безопасность пациентов, права пациентов и сестринский уход стали основными факторами, которые учитываются при аккредитации, которая была задумана как обязательная процедура проверки качества. Проще говоря, каждое учреждение, оказывающее медицинские услуги, получила приглашение подать заявку на аккредитацию, с пониманием того, что отказ в аккредитации оставит такую организацию вне игры. Изначально были введены три уровня аккредитации: (i) по национальным стандартам (до 2009 г.), (ii) по стандартам МСКЗ (начата в 2009 г.) и (iii) 3ий уровень аккредитации, который позволяет медицинскому учреждению оказывать высоко специализированные услуги (срок действия аккредитации для этого уровня составляет 3 года).

К 2010 г. заявки на аккредитацию подали 1319 медицинских учреждений и 1205 из них получили ее в ходе первого раунда нового процесса аккредитации. Примечательно, что доля частных медицинских учреждений, подавших заявку на получение аккредитации, увеличилось с 2 – 3% от общего числа заявок в 2009 г. до

более чем 25% в последнее время. Для практикующих врачей / специалистов в 2012 г. был введен параллельный процесс подтверждения квалификации, которую необходимо подтверждать каждые 5 лет (Katsaga et al., 2012).

Особое внимание также было уделено использованию медицинскими учреждениями клинических протоколов. В 2009 г. Национальный институт кардиологии и внутренних болезней, Ассоциация семейных врачей и некоторые другие организации разработали «Руководство по лечению высокого артериального давления». Республиканский центр развития здравоохранения (РЦРЗ), образованный в 2011 г. в результате слияния Института развития здравоохранения и Республиканского центра медицинской информации и анализа, разработал более 2000 клинических протоколов и алгоритмов лечения различных заболеваний.

Право пациента на выбор закреплено и поддерживается с использованием сетевого портала, который предоставляет информацию о качестве услуг

Еще одним решающим элементом в процессе создания конкурентной среды, в повышении качества и эффективности работы стало введение права пациента выбрать больницу для оказания плановой медицинской помощи и связанные с этим публикации в открытом доступе рейтингов качества услуг, оказываемых стационарными медицинскими учреждениями. Отказ от географической привязки к больнице, в которых люди должны были получать плановую медицинскую помощь, рассматривался как высшее проявление инициатив, направленных на повышение качества медицинских услуг. С этой целью в «Кодексе о здоровье народа и системе здравоохранения», который был подписан Президентом Казахстана в 2009 г., были определены права и обязанности пациентов, которые с 2010 г. получили право на выбор на межрегиональной основе предпочтительного медицинского центра.

РЦРЗ ведет онлайн портал, именуемый «бюро госпитализации»[3]. Портал представляет собой общедоступный сетевой ресурс, предназначенный для получения пациентами на общенациональном уровне доступной и прозрачной информации о бесплатных больничных местах, имеющихся в наличии в предстоящие три дня. Лица, получившие от врача «направление на плановую госпитализацию в связи с хроническими болезнями, заболеваниями, не опасными для жизни, или опасными для жизни заболеваниями, не требующими срочной госпитализации», получают при помощи специального присвоенного им кода доступ к спискам ожидания мест в региональных и общенациональных больницах. Заявка аннулируется, если пациент не обращается в больницу в период времени, установленный в направлении. Больница оставляет за собой право отказать в приеме пациента, и госпитализация просто невозможна при отсутствии полного пакета обязательных документов.

РЦРЗ составляет ежегодный рейтинг больниц, и это еще одна серьезная инициатива, которая обеспечивает свободный выбор гражданами медицинского учреждения и оценке стандартов по его управлению. Например, в 2014 г. в рамках государственной программы развития «Саламатты Казахстан» эксперты дали оценку 15 областным больницам, 49 городским больницам, 15 детским больницам в регионах и 15 – в городах (всего – 94 многоцелевым стационарным учреждениям здравоохранения). Оценка выставлялась медицинским учреждениям по всей стране – каждому в отдельности и по группам, с использованием показателей, характеризующих смертность в больницах, качество здравоохранения, своевременность предоставления услуг, удовлетворенности пациентов уровнем

услуг, и т. д. Результаты определения рейтинга были обнародованы и разрекламированы: например, областной медицинский центр в г. Кызылорда стал победителем в категории «Региональные многоцелевые больницы для взрослых», а областная детская больница в г. Мангистау стала победителем в категории «Региональные детские многоцелевые больницы», и т. д.

Финансирование больниц было централизовано и модернизировано

Финансирование стало еще одним важным инструментом, способствовавшим изменению поведения и профессиональных медиков, и медицинских учреждений в Казахстане.

Централизация финансирования больниц

Больничное медицинское обслуживание включено в пакет гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), который включает «Медицинскую помощь в стационаре» (в том числе высоко специализированную медицинскую помощь), как плановую (которую оказывают на основании направления специалиста, терапевта), так и неотложную (без направления).

После получения страной независимости система финансирования больниц и здравоохранения в целом несколько раз перестраивалась. После временного введения в конце 90-х годов системы медицинского страхования, в 2000 – 2003 гг. финансирование вначале было сосредоточено на уровне районных органов власти, а затем в 2004 – 2009 гг. произошла централизации системы финансирования на более высоком уровне – на уровне областей / регионов.

Запущенная тогда волна реформ была направлена на создание «Единой национальной системы здравоохранения». В 2009 г. был учрежден Комитет по оплате медицинских услуг (КОМУ) для оплаты всех финансируемых из бюджета услуг здравоохранения («Государственное финансирование Единой национальной системы здравоохранения»). Другие задачи, которые призван был решать КОМУ: a) создание единых правил игры для государственных и частных медицинских учреждений и b) уменьшение разрыва в объемах финансирования между регионами. КОМУ выстроил вертикальную структуру с отделениями во всех областях страны. Параллельно в 2009 г. в структуре Министерства здравоохранения был создан единый дистрибьютор лекарственных средств с правом поставлять все лекарственные средства для учреждений здравоохранения, находящихся в государственной собственности. А уже в 2010 г. КОМУ начал финансировать услуги больниц, включенные в ГОБМП. После воссоздания в стране обязательного медицинского страхования вновь создаваемый Фонд медицинского страхования заменит КОМУ и станет развивать на более системной основе контрактную систему оказания медицинских услуг.

Больницы – методы финансирования деятельности

После нескольких этапов реформ в 2012 г. в Казахстане приняли решение о введении системы финансирования, основанной на выделении средств в соответствии с клинико-статистическими группами пациентов (КСГ), и сразу же приступили к ее реализации. С тех пор все расходы на оказание медицинских услуг в стационаре или амбулаторно в городах (57% населения страны) возмещаются с учетом нормативов по клинико-статистическим группам пациентов (КСГ), разработанных в ходе реализации проекта Всемирного банка. Однако отдельные

медицинские учреждения, оказывающие специализированные услуги, и учреждения здравоохранения, работающие в сельской местности (см. ниже), не включены в эту систему, и возмещение по ним происходит по слегка измененной системе фиксированных бюджетных ассигнований. Это означает, что в обычных условиях:

- Фактически все больницы, оказывающие специализированные (вторичные) и амбулаторные медицинские услуги, оплачиваются при помощи системы КСГ. Городские больницы, таким образом, получают средства на все услуги, оказанные в связи с госпитализацией в разрезе КСГ; это делается для стимулирования производительности – больницы отчитываются за то, как они управляют ресурсами, использованными для лечения каждого отдельного пациента (при условии, конечно, что качество сохраняется на должном уровне). Ожидается, что, в частности, КСГ послужат стимулом для увеличения объема амбулаторных медицинских услуг и адекватной замены ими некоторых услуг, ранее оказываемых в стационарных условиях; производительность больниц также возрастет, так как за счет возрастания числа оказываемых услуг постоянные расходы будут распределяться между большим количеством пациентов.
- В отличии от перечисленных выше стационарных медицинских учреждений, районные и моно-профильные больницы по-прежнему будут получать комплексное бюджетное финансирование;
- Высокоспециализированные медицинские услуги (третьего уровня) и консультационно – диагностические услуги (по выявлению и лечению онкологических и прочих заболеваний) в свою очередь оплачиваются при помощи фиксированного бюджетного финансирования плюс больницы получают плату за оказываемые услуги по специальным тарифам, установленным для каждой услуги. Такая система финансирования призвана способствовать развитию высокоспециализированного обслуживания третьего уровня независимо от формы собственности учреждения, но есть некоторые опасения в том, что это может привести к искажениям в распределении ресурсов (и в условиях, когда отсутствует прозрачность данных о расходах, эти опасения нельзя игнорировать).
- Бюджетное финансирование сельских учреждений сегодня основано на показателях в расчете на душу населения, которые ежегодно корректируются в зависимости от «освоения» средств, что на самом деле ведет к тому, что эти бюджеты в целом остаются неизменными. С необходимостью пересмотра этой практики, чтобы оказываемые услуги в большей мере соответствовали имеющимся потребностям, предъявляемому спросу и демонстрировали большую результативность, кажется, согласны многие (см. также 5.1).

В целом, система КСГ значительно повысила прозрачность в деле финансирования больниц. Однако, некоторые проблемы остаются. В частности необходимо продолжить работу по совершенствованию системы учета расходов и определению показателей, характеризующих потребления ресурсов, связанных с клинической деятельностью. Кроме того, кодировку процедур следует распространить на вторичную диагностику, сопутствующие заболевания и осложнения. Также необходимо уточнить критерии для определения клинико-статистических групп. Краткосрочное и системное развитие навыков эффективного управления как техническими параметрами системы КСГ, так и самими учреждениями, управляемыми по системе КСГ, представляют собой основные

проблемы по оптимизации этого нового для страны механизма финансирования (Chanturidze et al., 2016).

Правительство также активно поддерживало преобразования в больничном секторе

Все это время власти также поддерживали преобразования в секторе (i) при помощи инвестиций в инфраструктуру; (ii) поддерживая и поощряя организацию больниц.

Целевые инвестиции позволили модернизировать некоторые больницы

Проводимая в последние годы в Казахстане политика массированных инвестиций в государственном секторе также внесла свой вклад в техническое переоснащение больниц и реконструкцию их зданий. В настоящее время вопросы капитальных вложений во все сектора экономики Казахстана находятся в ведении Министерства финансов; оно выделяет средства как Министерству здравоохранения, так и областям, включая средства на предоставление услуг здравоохранения и на вложения в основные фонды («трансферты для развития»). За последние десять лет по всей стране было построено 446 новых медицинских объектов на общую сумму 359,5 млрд. тенге – в рамках двух программ – «100 школ, 100 больниц» (2008 -2014) и «Строительство 350 врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов и поликлиник» (2011-2016).

И хотя координация процесса планирования инвестиций между областями и на других уровнях принятия решений в стране не всегда проходило оптимально, сумма инвестиций, выделяемых на здравоохранение, за последнее десятилетие увеличилась примерно в четыре раза, что позволило решить давно назревшую проблему капиталовложений в инфраструктуру здравоохранения.

Реорганизацию больничного сектора также активно поддержали власти

Министерство здравоохранения и другие ведомства в течение длительного времени использовали сочетание нормативного планирования и договорных стимулов для реорганизации больничного сектора и формирования его рациональной структуры. Небольшие отделения больниц (например, родильные отделения и отделения неотложной помощи, которые могли обслуживать лишь незначительное число пациентов) были закрыты, а оказание медицинских услуг было сосредоточено в других более крупных центрах.

В 2010 г. в рамках проекта Всемирного Банка был разработан *Мастер-план* для управления этим процессом с целью повышения роли первичной помощи, качества обслуживания в больничном секторе и снижения зависимости населения от оказания неотложной медицинской помощи. Казахский мастер-план нацелен на создание «надлежащего количества учреждений и их распределение по стране для обеспечения доступного, непрерывного, постоянного и профессионального здравоохранения, с учетом географических и демографических условий, а также потребностей населения в охране здоровья, которые должны учитываться при принятии решений о том, какие требуются услуги». Работа проводилась в рамках программы «Денсаулық 2016-2019». В сотрудничестве с регионами Министерство здравоохранения завершает разработку долгосрочного плана развития инфраструктуры здравоохранения. Этот единый план позволит консолидировать информацию о существующей сети организаций здравоохранения, планируемой

реструктуризации (открытие, консолидация, закрытие, перепрофилирование) и строительстве дополнительных объектов. Необходимо будет осуществлять действенный контроль за его реализацией.

3.3. Больничный сектор сегодня

В этом разделе представлены и довольно подробно рассматриваются основные характеристики больничного сектора Казахстана в настоящее время. Также отмечаются достижения и изменения за прошедший период после обретения независимости, а также проводятся, насколько это возможно, сравнения некоторых элементов действующей в Казахстане системы медицинского обслуживания в стационаре с аналогичными элементами в странах ОЭСР. Сначала рассматриваются размеры больничной инфраструктуры и дается описание больничных учреждений. Затем следует анализ доступности и качества материальных факторов, используемых для оказания медицинских услуг в стационаре, а также анализируются результаты их деятельности. В заключение данного раздела рассматривается роль больничного сектора в расходах на здравоохранение в Казахстане.

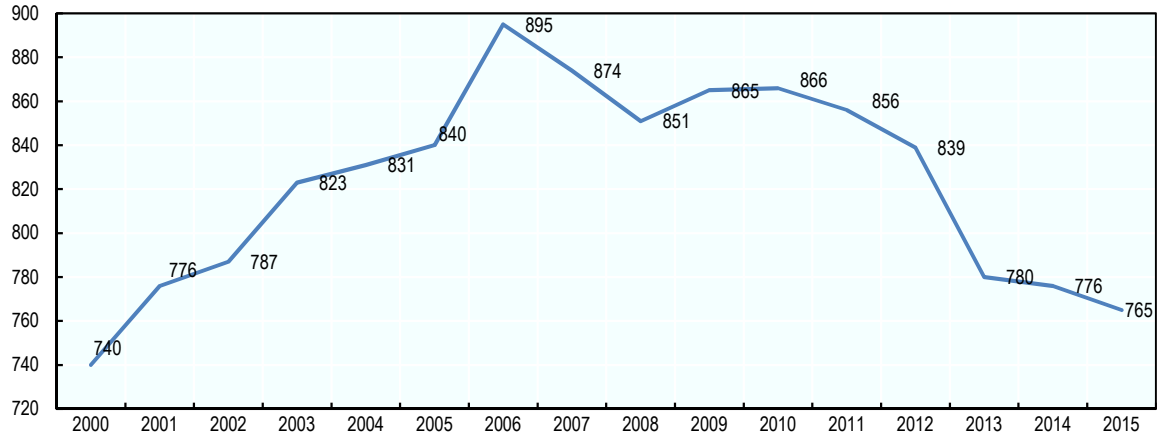
Масштабы инфраструктуры и описание стационарных медицинских учреждений

В этом разделе дается описание внутренней структуры и организации больничного сектора в Казахстане. Рассматриваются вопросы, характеризующие масштабы больничного сектора, наличие в этой сфере государственных и частных медицинских учреждений, а также основные функции, выполняемые больницами.

Несмотря на снижение численности больниц и коек, эти показатели остаются высокими

С точки зрения оказания услуг, наиболее видимым следствием перехода к более современной модели медицинского обслуживания стало сокращение количества стационарных медицинских учреждений и коек, начавшееся в 2005 г. На Диаграмме 3.2 показано, что, как уже отмечалось, в период между 2000 г. и 2005 г. количество больниц резко увеличилось. Сегодня больниц несколько больше, чем в 2000 г., но все же цифра в 765 больниц – это на 16% меньше пикового количества – 895 больниц в 2005 г.

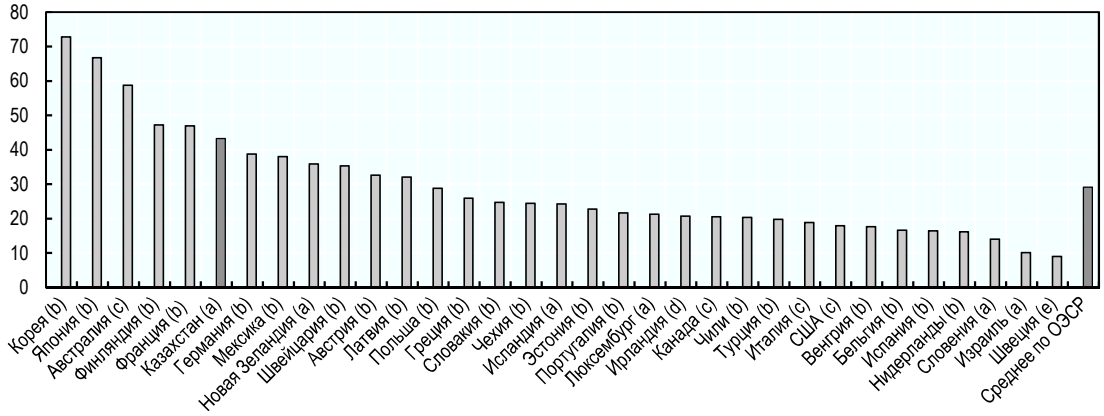
Диаграмма 3.2. Тенденции в общей численности больничных учреждений в Казахстане, 2000 – 2015 гг.



Источник: данные Минздрава, август 2017 г.

В свою очередь, на Диаграмме 3.3 предлагается сравнение показателей, характеризующих число больниц на 1 000 000 жителей, между Казахстаном и странами ОЭСР. Из Диаграммы видно, что в Казахстане количество больничных учреждений все еще выше среднего по ОЭСР, и этот показатель соответствует примерно показателю Франции и Германии (которые считаются странами, в которых развитию стационарных медицинских учреждений уделяется слишком большое внимание). Даже после значительного сокращения числа больниц в 2016 г. Казахстан по этому показателю по-прежнему остается на уровне Мексики).

Диаграмма 3.3. Число больниц на 1 000 000 жителей, последний имеющийся год

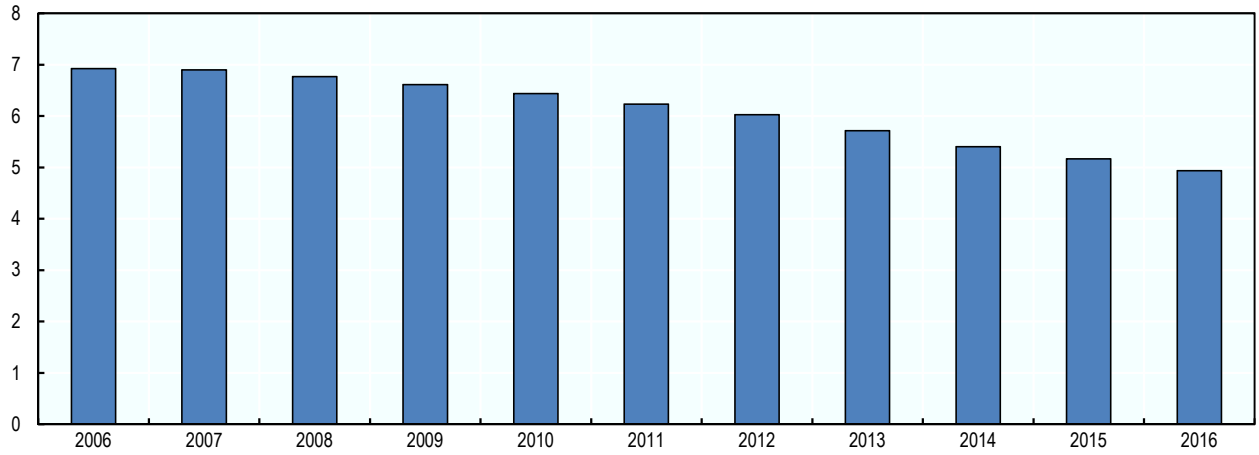


Примечание: (a): 2015; (b): 2014; (c): 2013; (d): 2012; (e) 2003.

Источники: данные Минздрава, август 2016 г.; статистика ОЭСР по здравоохранению 2016 г., http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

Прямым следствием закрытия больниц стало сокращение койко-мест. В 2016 г. в Казахстане было 87 172 больничных койки (4,9 койки/1000 жителей) по сравнению с 105 345 (6,9/1000 жителей) в 2006 г. (см. Диаграмму 3.4).

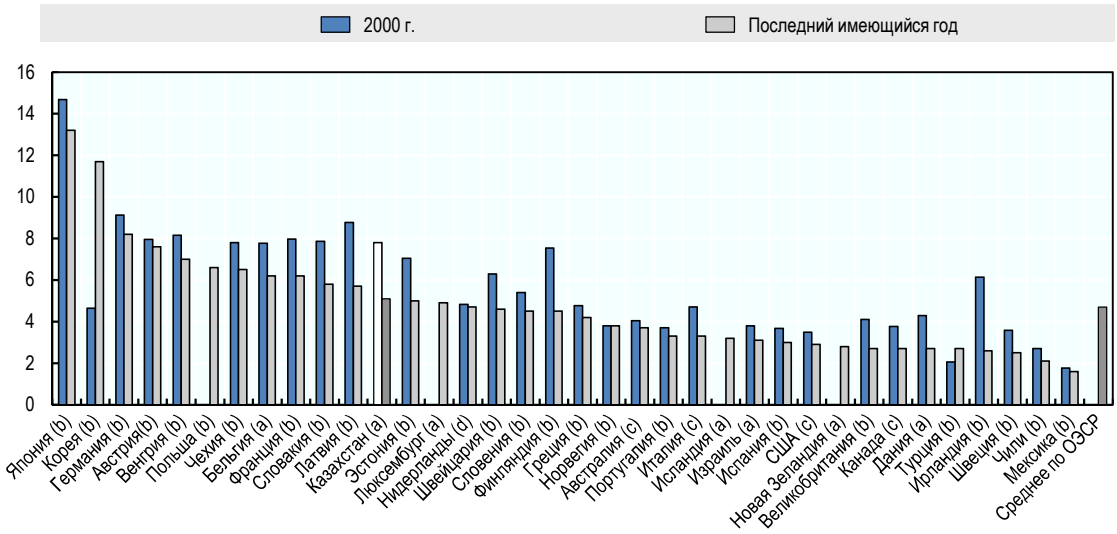
Диаграмма 3.4. Тенденция в численности больничных коек на 1 000 жителей в Казахстане, 2006 – 2016 гг.



Источник: Данные Минздрава, август 2017 г.

На Диаграмме 3.5 приводится сравнение численности больничных коек на 1000 жителей в Казахстане с этим же показателем для стран ОЭСР в 2000 г. и в последнем году, по которому имеются данные. Действительно, теперь численность больничных коек в расчете на душу населения соответствует среднему показателю по ОЭСР, но необходимо отметить, что большинство стран, где численность коек высокая, стремятся сократить их и скорее переходить на системы, в которых предпочтение отдается амбулаторной помощи (взять, к примеру, Данию, Швецию, Великобританию, т. д.). Численность коек в перерасчете на душу населения существенно отличается по регионам Казахстана. В Южно-Казахстанской области на 1000 жителей приходится 4 больничных койки, а в Северо-Казахстанской области – 6,6.

Диаграмма 3.5. Численность больничных коек на 1 000 жителей – ОЭСР и Казахстан, 2000 г. и последний имеющийся год



Примечание: (a): 2015; (b): 2014; (c): 2013; (d): 2009.

Источники: данные Минздрава, август 2016 г. по Казахстану; статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г., http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

Как уже отмечалось, отсутствует доступная информация о больницах и койках в «параллельных системах оказания помощи», которые относятся к ведомству МВД, Минобороны, т. п., а также по тем больницам, которые принадлежали Казахским железным дорогам или другим крупным госпредприятиям в советское время. Однако, в целом, принято считать, что и эти стационарные медицинские учреждения резко сократили коечный фонд.

Соотношение государственных и частных больниц в структуре больничного фонда изменилось

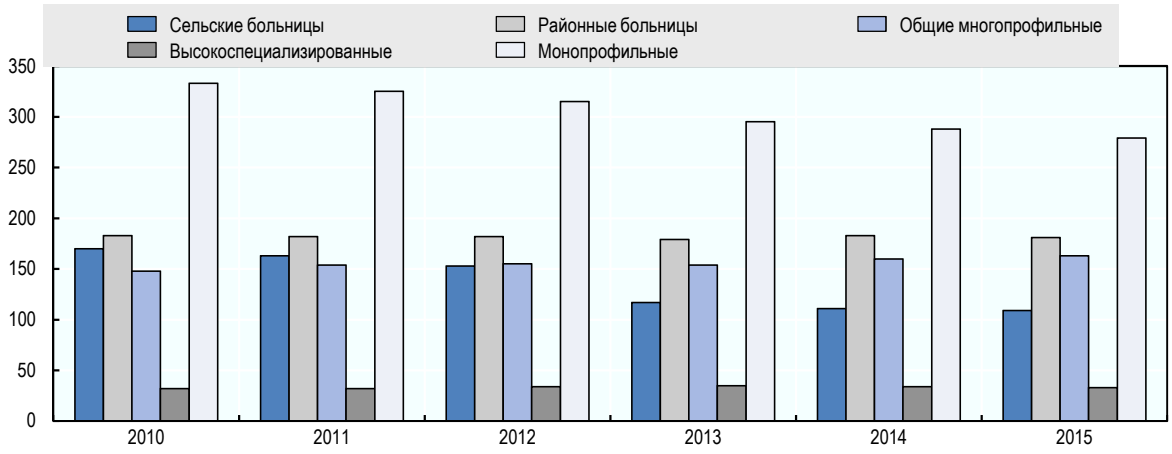
Соотношение государственных и частных больниц в структуре больничного фонда Казахстана неуклонно меняется в пользу последних, хотя поначалу этот процесс шел довольно медленно. Между 1999 г. и 2004 г., например, численность частных больниц почти удвоилась (а число частных медицинских учреждений почти утроилось). К 2009 г. 16,4% всех лечащих врачей уже работали в частном секторе. В 2012 г. государству принадлежало 777 из 913 больниц (т. е. остальные 136 больниц были частными) (Kumar et al., 2013). На 1 июля 2015 г. было 137 частных больниц, 127 из которых имели статус городских, 3 – областных и 7 – районных. Практически 102 из этих 137 больниц (или около трех четвертей) оказывают медицинскую помощь в рамках ГОБМП.

Структура больничного фонда постепенно меняется

За последние 10 – 15 лет в Казахстане приняты решительные меры, направленные на изменение структуры больничного фонда. Если использовать классификацию стационарных медицинских учреждений, приведенную в Разделе 3.1, то на Диаграмме 3.6 мы увидим значительные системные изменения в этой области. Число

городских больниц за последние 5 лет сократилось на 56%, а число монопрофильных больниц – на 20%, хотя их число по-прежнему остается значительным по международным стандартам. С другой стороны, число районных больниц и высокоспециализированных клиник третьего уровня остается стабильным, а число специализированных клиник второго уровня несколько повысилось.

Диаграмма 3.6. Тенденции в численности больниц по «упорядоченным» категориям больниц в Казахстане, 2010 – 2015 гг.



Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

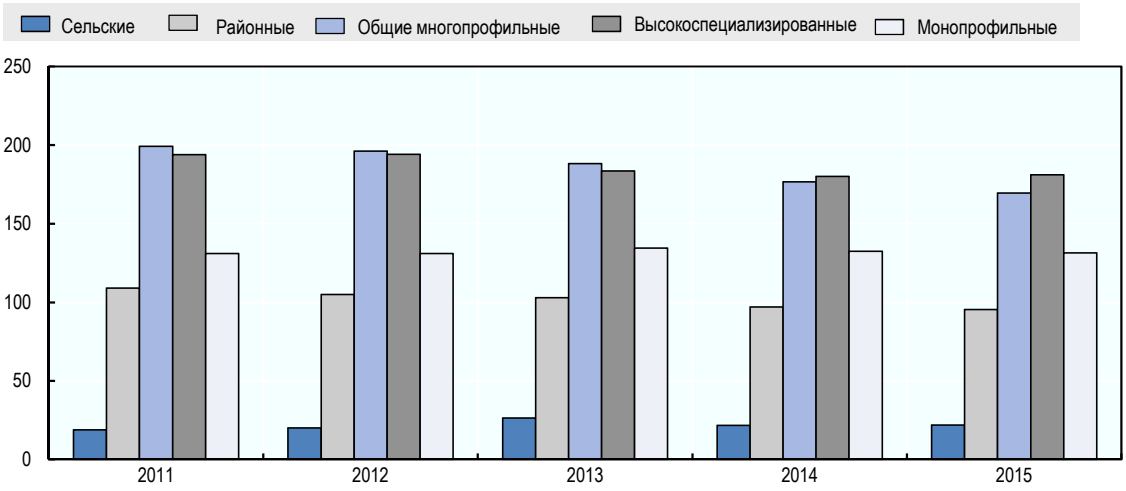
Наряду с закрытием больниц принимались меры для наращивания потенциала по оказанию медицинской помощи на местах. В целом, по мнению экспертов Министерства здравоохранения, закрытие больниц сопровождалось усилением медицинских учреждений в регионах и оснащением их современным оборудованием. Некоторые из них были реорганизованы в более мощные, многопрофильные учреждения общего типа, обеспечивающие более широкий доступ к качественным услугам. Было также создано несколько ведущих центров с самыми современными технологиями (как, например, уже упоминавшийся Национальный медицинский холдинг).

Стратегия формирования сети медицинских учреждений на системной основе не применялась. За исключением холдинга в г. Астане в Казахстане не так много примеров, когда два или более стационарных медицинских учреждения находились бы под единым руководством с целью содействия более рациональному использованию ресурсов, повышению эффективности и синергии между находящимися по соседству подразделениями. В странах ОЭСР создание консорциумов, в состав которых входит сразу несколько больниц, стало теперь довольно распространенной практикой, которая позволяет более рационально строить работу на базе дополняющих друг друга услуг и более эффективного использовать ресурсы (Angeli and Maarse, 2012).

Размер стационарных медицинских учреждений существенно не изменился. На Диаграмме 3.7, составленной на основании данных Министерства здравоохранения, представлен средний размер медицинских учреждений по каждой категории больниц. Эти данные свидетельствуют о том, что среднее число коек по разным категориям медицинских учреждений в течение ряда лет остается практически

неизменным. Это говорит о том, что процесс уменьшения численности больниц попросту сводился к закрытию медицинских учреждений. Среднее же число больничных коек в общих многопрофильных и высокоспециализированных больницах (менее 200 в одном и в другом случае), как ни странно, остается небольшим, учитывая важную роль, которую играют эти стационарные медицинские учреждения, и потенциальную экономию за счет масштаба и концентрации деятельности. Кроме того, эти цифры резко отличаются от типичных показателей больниц, организованных в традиционном стиле, рекомендованном Семашко, и даже от тех цифр, которые были приведены в 2012 г. в докладе «Здравоохранение в переходный период в Казахстане»[4].

Диаграмма 3.7. Изменения в средней численности коек по каждому виду больниц в Казахстане, 2011 - 2015 гг.



Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Наличие, распределение и качество элементов инфраструктуры и иных ресурсов, потребляемых в процессе оказания медицинских услуг

В этом разделе представлена информация о характеристиках структурной организации больниц и об основных потребляемых ими ресурсах, а именно: материальных активах, техническом оборудовании и персонале.

Материальная база больниц

Инвестиции способствовали модернизации в Казахстане больничной инфраструктуры, которая всегда считалась устаревшей и находящейся в очень плохом состоянии. Однако на самом деле, в стране не было ни одной больницы, построенной до 1970-х гг. Для сравнения, больницы Национальной системы здравоохранения Великобритании в среднем были построены в 1985 г. (Pachilova and Sailer, 2015), так что большинство больничных помещений в Казахстане оказываются лишь чуть старше канадских или американских больниц (средний возраст американской больницы 27 лет (Guenther, 2010); в Канаде в 1998 г. около четверти всех больниц имели возраст от 10 до 25 лет, а медианный возраст всех зданий в системе здравоохранения составлял 27,1 года (Government of Canada, 1998)).

Ремонт помещений и замена оборудования проводились, главным образом, в крупных больницах и иных элементах больничной инфраструктуры. В представленной ниже Таблице 3.3 приводятся основные физические характеристики по категориям больниц. Данные таблицы явно свидетельствуют о том, что основное внимание при модернизации уделялось высокоспециализированным больницам третьего уровня, и они в среднем относительно новые. Однако прослеживается и иная тенденция: периферийным и сельским больницам уделялось значительно меньше внимания; большинство сельских больниц построены 45 лет назад, и уровень их физического износа близится к 70%.

Таблица 3.3. Данные о материальных активах больниц по категориям в Казахстане, 2015 г.

Сельские больницы		
Средний год постройки	1971	(между 1970 и 1984 г.)
Средняя площадь (в м^2)	1110 м^2	(от 479 м^2 до 1698 м^2)
% износа	69,8%	(от 35,9% до 95,8%)
Районные больницы		
Средний год постройки	1977	(между 1979 и 1988 гг.)
Средняя площадь (в м^2)	2418 м^2	(от 987 м^2 до 4774 м^2)
% износа	61,1%	(от 39,0% до 69,8%)
Неспециализированные многопрофильные		
Средний год постройки	1983	(между 1973 и 2002 гг.)
Средняя площадь (в м^2)	4424 м^2	(от 1454 м^2 до 15 375 м^2)
% износа	45,6%	(от 17,4% до 66,6%)
Высокоспециализированные больницы		
Средний год постройки	1988	(между 1973 и 2012 гг.)
Средняя площадь (в м^2)	4537 м^2	(от 1863 м^2 до 12 360 м^2)
% износа	30,7%	(от 9,94% до 38,3%)
Моно-профильные		
Средний год постройки	1980	(между 1969 и 1989 гг.)
Средняя площадь (в м^2)	2327 м^2	(от 1 032 м^2 до 4 782 м^2)
% износа	56,5%	(от 24,2% до 72,6%)

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Базовое техническое оборудование

Как известно, необходимым условием предоставления медицинской помощи (как диагностической, так и лечебной), особенно в сложных случаях, является наличие современных технологий. Уровень технической оснащенности больниц, таким образом, должен быть классифицирован в соответствии с типом услуг, которые они должны оказывать. В нижеследующей таблице представлены некоторые данные об определенных видах инфраструктуры и технологий, имеющихся в казахских больницах[5].

Таблица 3.4. Некоторые элементы инфраструктуры в учреждениях по категориям больниц в Казахстане, 2015 г.

	Сельские	Районные	Общие	Высокоспециализированные	Моно-профильные
Отделения интенсивной терапии	0	48	45	13	46
Отделения травматологи и неотложной помощи	0	4	44	3	5
Лаборатории радиоизотопной диагностики	0	0	3	0	3
Лаборатории клинической диагностики	15	594	107	13	198
Лаборатории бактериологических анализов	0	49	19	3	52
Серологические лаборатории	0	26	10	1	17
Лаборатории биохимических исследований	1	53	20	4	22
Цитологические лаборатории	7	9	6	1	8

Количество подразделений	109	181	163	33	279

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

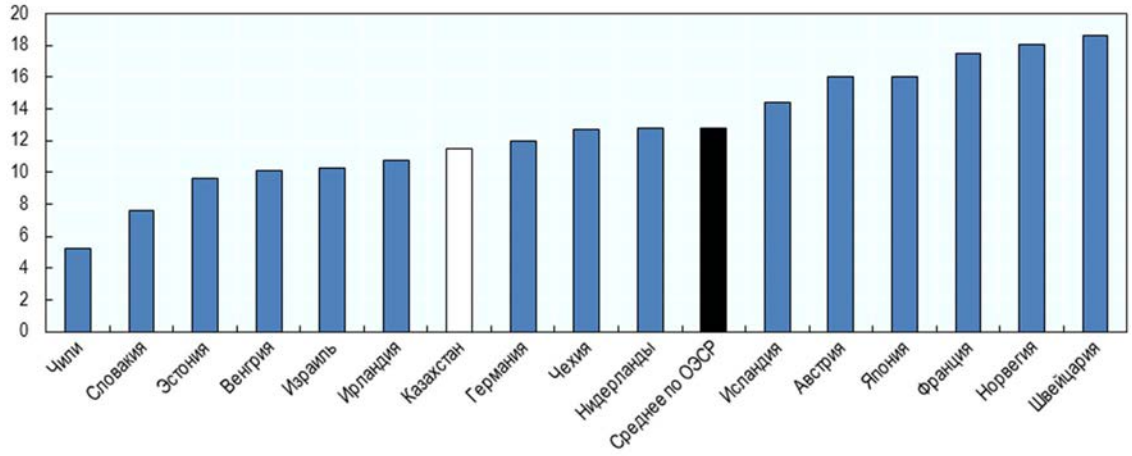
Приведенные данные свидетельствуют о том, что больницы слабо оснащены оборудованием. Не существует никаких установленных на международном уровне нормативов, которые определяли бы идеальный уровень технического оснащения больниц в расчете на душу населения. Некоторые медицинские учреждения в Казахстане хорошо оборудованы и могут обеспечить применение современных методов лечения, однако показатель «насыщенности» каким-либо оборудованием (количество единиц оборудования, деленное на количество медицинских учреждений) поразительно низкий. Например, отделения интенсивной терапии (ОИТ) имеются только в 39% больниц третьего уровня и 28% многопрофильных больниц второго уровня, в то время как отделения по вопросам аварий и чрезвычайных ситуаций (A & E) имеются только в 9% всех высокоспециализированных больниц третьего уровня и в 27% многопрофильных больниц второго уровня.

Прежде всего, недостаточно информации для эффективного целевого распределения инвестиций. И, действительно, запрашиваемые данные о наличии в больницах конкретного оборудования не были предоставлены. Отсюда вывод, что Минздрав не располагает базовой информацией об условиях и потенциале больниц для предоставления конкретных услуг, что затрудняет мониторинг и оценку ситуации. Что еще более важно, в условиях, когда унификация системы здравоохранения является заявленным приоритетом, это, вероятно, также ограничивает возможность эффективного целевого инвестирования.

Профессиональный состав работников больниц

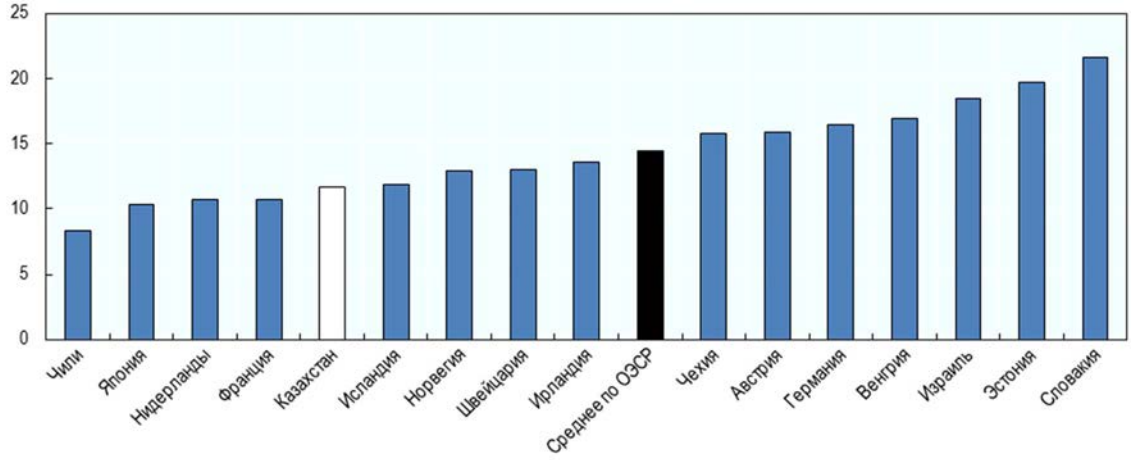
Профессиональный состав работников больниц достаточно типичный для таких учреждений. Согласно данным Минздрава в больницах занято почти 200 000 сотрудников в пересчете на эквивалент штатных единиц полной занятости, из которых около 11% являются врачами. Укомплектованность кадрами в расчете на одно койко-место составляет примерно 2,2. На Диаграммах 3.8, 3.9 и 3.10, где представлены аналогичные данные для стран ОЭСР, видны большие отличия между странами, однако показатели Казахстана в целом особо не выделяются. Диаграмма 3.11 показывает, что численность медсестер в расчете на одну койку ниже, чем в странах ОЭСР.

Диаграмма 3.8. Плотность больничного персонала (штатных работников) на 1 000 населения, 2015 г.



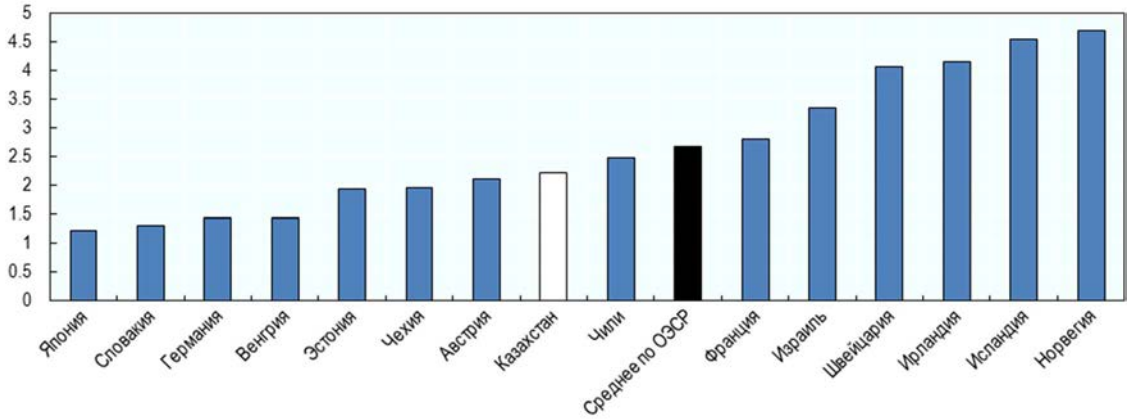
Источник: Данные Минздрава, август 2016 г.; Статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. (данные за 2014 г.) http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC.

Диаграмма 3.9. Доля врачей (штатных единиц) в структуре занятости в больницах, 2015 г.



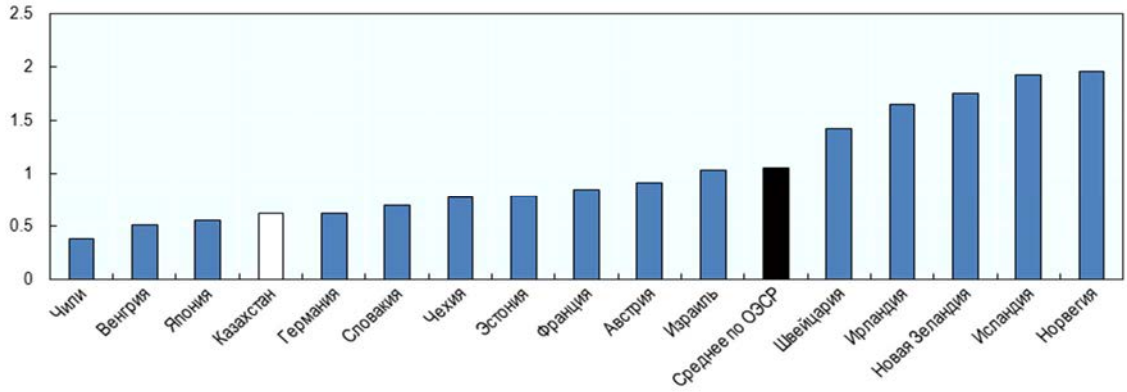
Источник: данные Минздрава, август 2016 г.; статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. (данные за 2014 г.) http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC.

Диаграмма 3.10. Численность персонала больниц (штатных единиц) на одну больничную койку, 2015 г.



Источник: данные Минздрава, август 2016 г.; статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. (данные за 2014 г.) http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC.

Диаграмма 3.11. Количество медсестер (штатных единиц) в расчете на одну койку, 2015 г.



Источник: данные Минздрава, август 2016 г.; Статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. (данные за 2014 г.) http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC.

Если рассматривать приведенные выше показатели в разбивке по отдельных категориям стационарных медицинских учреждений, то картина будет более необычной. В таблицах 3.5 и 3.6 дается разбивка по категориям учреждений.

- Сельские больницы, скорее всего, не будут считаться больницами в странах ОЭСР. В среднем в сельских больницах менее одного штатного врача, а весь штат состоит из семи единиц. Хотя средние показатели, скорее всего, скрывают за собой некоторые отличия, это снова ставит под сомнение способность подобного типа учреждений предоставлять услуги, которые могут считается больничными услугами с точки зрения стран ОЭСР.
- Показатель, рассчитанный как отношение численности персонала больниц к количеству койко-мест, различается по категориям больниц, однако, не так, как ожидалось. В целом, совокупная численность персонала на одно

учреждение не сильно различается в зависимости от категории учреждения. Районные больницы в среднем имеют столько же штатного персонала, что и высокоспециализированные больницы, при том, что, судя по Диаграмме 3.7, они почти в два раза меньше по размеру. Это отражается в больших отличиях между этими учреждениями в показателе численности персонала в расчете на койко-место. В районных больницах 3,47 штатных сотрудников на одно койко-место, что в 1,6 раз больше, чем в среднем по стране – 2,2. В высокоспециализированных больницах третьего уровня соотношение персонала и койко-мест составляет 1,8.

- В Казахстане, скорее всего, меньше медицинских сестер, чем обычно бывает в странах ОЭСР. Соотношение 2,4 медсестры на одного врача в стационарных медицинских учреждениях также представляется относительно низким. К примеру, соотношение штатных медсестер к врачам в больницах составляет около 3,3 – во Франции, 2,9 – в Испании и 5,4 – в США, но зато всего 2,3 в Германии. В целом, в больницах Казахстана гораздо меньше медсестер, чем в аналогичных учреждениях большинства стран ОЭСР.
- Тридцать пять процентов больничного персонала по-прежнему работает в различных моно-профильных учреждениях.

Таблица 3.5. Численность и категории персонала по типам больниц, в годовом исчислении (год не указан)

	Сельские	Районные	Общие	Высоко-специализированные	Монопро-фильные	ВСЕГО
Врачи	**66**	**6377**	**7,359**	**1767**	**7 663**	**23 232**
На учреждение	*0.6*	*35.2*	*45.1*	*53.5*	*27.5*	
Медсестры	**254**	**18 835**	**16,328**	**2 908**	**16 821**	**55 146**
На учреждение	*2.3*	*104.1*	*100.2*	*88.1*	*60.3*	
Все категории персонала	**812**	**59 986**	**57,281**	**10 811**	**70 839**	**199 729**
На учреждение	*7*	*331*	*351*	*328*	*254*	

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.6. Персонал и врачи (штатных единиц) в расчете на одну койку в многопрофильных больницах

	Районные	Общие	Высокоспециализированные
Персонала на одну койку	3.47	2.07	1.81
Врачей на койку	0.37	0.27	0.30
Медсестер на койку	1.09	0.59	0.49

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

В итоге, из вышеуказанного анализа следует:

- С учетом имеющихся потребляемых ресурсов сельские больницы по-прежнему играют определенную роль в оказании базовой неотложной помощи, например, в оценке и переводе нуждающихся в том пациентов в медицинские учреждения более высокого уровня, но они вряд ли оказывают

те услуги, которые считаются больничной медицинской помощью в большинстве стран ОЭСР.

- На моно-профильные больницы по-прежнему приходятся значительные объемы потребляемых в больничном секторе ресурсов.
- Численность койко-мест на больницу ниже по сравнению с тем, что ожидалось увидеть.
- Среди трех других категорий многопрофильных больниц, больницы более высокого уровня получают больше внимания и инвестиций. В то же время имеющихся данных недостаточно для оценки того, позволяет ли фактический уровень оснащенности оборудованием систематически оказывать сложные медицинские услуги. Отсутствие информации о распределении современного технологического оборудования также не позволяет должным образом проанализировать политику государства в отношении такого рода инвестиций.
- В целом занятость в больницах в расчете на душу население соответствует показателям ОЭСР[6]. Однако укомплектованность штатами по видам больниц почти не отличается во всех трех категориях многопрофильных больниц. При этом соотношение числа медсестер к числу врачей представляется сравнительно низким.
- В целом, представляется, что высокоспециализированные больницы, которые призваны сыграть роль центров, куда пациентов направляют для лечения особо сложных заболеваний, не намного больше оснащены современным оборудованием, хотя в среднем они были построены относительно не так давно.

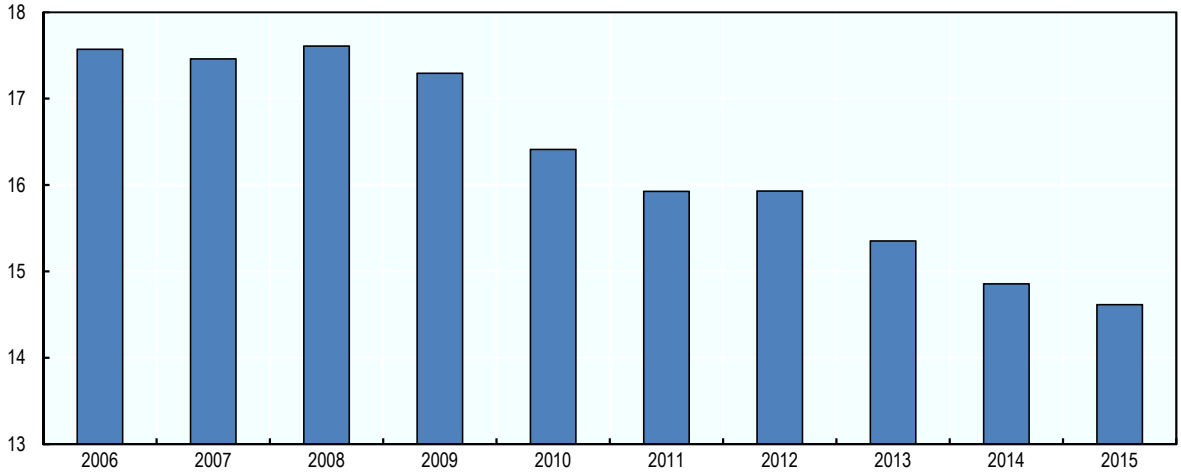
Пропускная способность и процессы в больницах

В предшествующем разделе оценивались структурные изменения и рассматривались связанные с ними вопросы; в этом разделе анализируется *деятельность* больниц. Что делают и какие услуги оказывают больницы в Казахстане?

Деятельность стационарных учреждений: показатель выписанных из стационара пациентов

За прошедшее десятилетие количество выписанных из стационара пациентов на душу населения имеет тенденцию к снижению, и темпы его снижения после 2010 г. ускорились (Диаграмма 3.12). В целом, в ОЭСР после 2016 г. количество выписанных из стационара пациентов в расчете на койко-место с 2005 г. остается, в целом, неизменным.

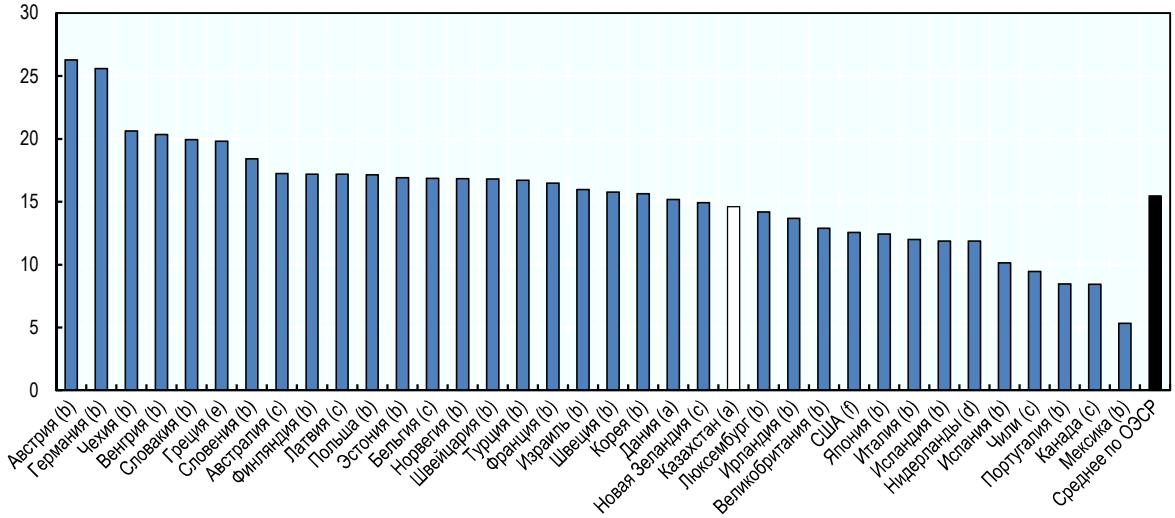
Диаграмма 3.12. Выписки из больниц на 100 жителей Казахстана, 2005 – 2015 гг.



Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Международное сравнение позволяет поместить Казахстан посередине стран ОЭСР, так как число выписок на 100 жителей аналогично среднему по ОЭСР (Диаграмма 3.13).

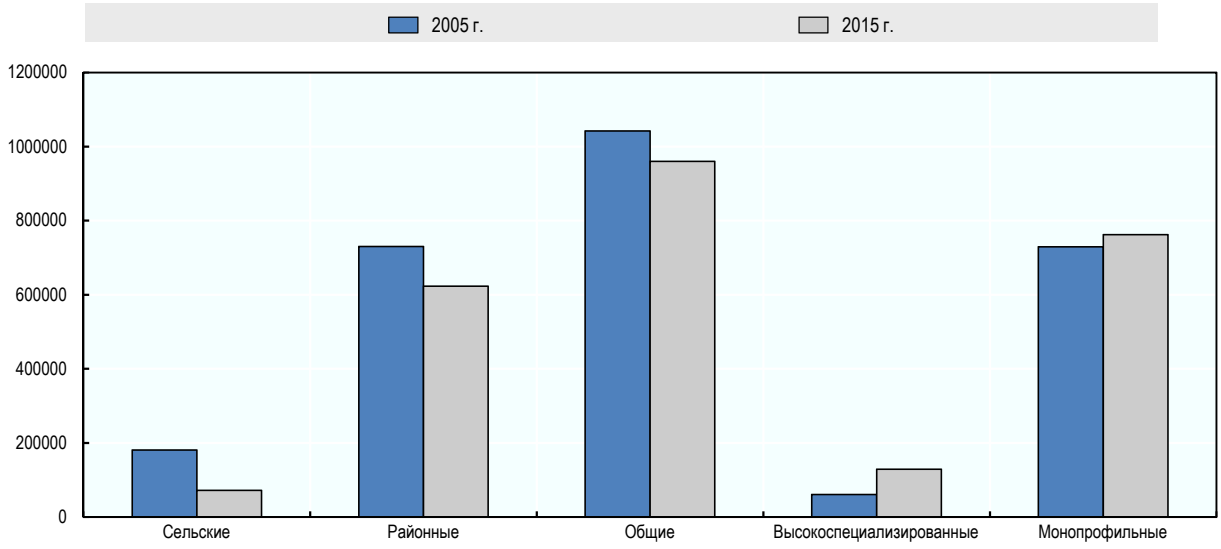
Диаграмма 3.13. Число выписок из больниц на 100 жителей, Казахстан и ОЭСР – последний имеющийся год



Примечание: (a) = 2015; (b) = 2014; (c) = 2013; (d) = 2012; (e) = 2011; (f) = 2010.

Источник: Данные Минздрава, август 2016 г.; Статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г.; http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC.

Диаграмма 3.14. Тенденции в числе госпитализаций по типам медицинских учреждений, 2005 – 2015 гг.



Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Деятельность больниц по-прежнему концентрируется на оказании относительно простых услуг

Чтобы лучше понимать роль больниц в оказании услуг на уровне всей страны, необходимо провести более пристальное изучение их деятельности. Для этого были запрошены данные по 10 наиболее частым диагнозам, а также 10 наиболее часто проводимым операциям в разбивке по категориям больниц. Эти данные представлены ниже.

Таблица 3.7. Наиболее распространенные диагнозы пациентов при выписке из больниц – 2015 г.

Диагнозы (название и код ICD10)	Количество выписанных	% от всех выписанных
Самопроизвольные роды при теменном предлежании плода - O80.0	253 740	9,7%
Прочие острые множественные инфекции верхних дыхательных путей - J06.8	28 690	1,1%
Острые инфекции верхних дыхательных путей неуточненные - J06.9	26 757	1,0%
Экстренное кесарево сечение при родах - O82.1	25 640	1,0%
Прочие формы стенокардии - I20.8	23 483	0,9%
Ложные схватки до завершения 37 недель беременности - O47.0	23 443	0,9%
Сотрясение мозга (Commotio cerebri - S06.0)	21 682	0,8%
Параноидная шизофрения - F20.0	19 255	0,7%

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.8. Наиболее распространенные диагнозы пациентам при выписке, сельские больницы – 2015 г.

Диагнозы (название и код ICD10)	Количество выписанных	% от всех выписанных
Самопроизвольные роды при теменном предлежании плода - O80.0	325	10,0%
Острый бронхит в результате прочих указанных организмов - J20.8	232	7,1%
Гипертоническая энцефалопатия - I67.4	214	6,6%
Прочие острые множественные инфекции верхних дыхательных путей - J06.8	160	4,9%
Прочая пневмония, неуточненный организм - J18.8	132	4,1%
Прочие уточненные заболевания желчных протоков - K83.8	97	3,0%
Угрожающий аборт - O20.0	91	2,8%
Острый обструктивный ларингит [круп] - J05.0	82	2,5%
Прочие формы стенокардии - I20.8	78	2,4%

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.9. Наиболее частые диагнозы пациентов при выписке, районные больницы – 2015 г.

Диагнозы (название и код ICD10)	Количество выписанных	% от всех выписанных
Самопроизвольные роды при теменном предлежании плода - O80.0	86 460	12,0%
Прочие острые множественные инфекции верхних дыхательных путей - J06.8	28 690	4,0%
Прочие формы стенокардии - I20.8	17 911	2,5%
Острый бронхит в результате прочих уточненных организмов - J20.8	17 131	2,4%
Угрожающий аборт - O20.0	16 231	2,2%
Сотрясение мозга (Commotio cerebri) - S06.0	15 683	2,2%
Ложные схватки до завершения 37 недель беременности - O47.0	13 235	1,8%
Прочая бактериальная пневмония - J15.8	12 697	1,8%
Инфекционный гастроэнтерит и колит неуточненные - A09	12 504	1,7%
Прочая пневмония, неуточненный организм - J18.8	11 707	1,6%

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.10. Наиболее распространенные диагнозы пациентов при выписке, общие многопрофильные больницы – 2015 г.

Диагнозы (название и код ICD10)	Количество выписанных	% от всех выписанных
Самопроизвольные роды при теменном предлежании плода - O80.0	33 300	3,2%
Прочая бактериальная пневмония - J15.8	29 283	2,8%
Прочие формы стенокардии - I20.8	23 483	2,3%
Сотрясение мозга (Commotio cerebri) - S06.0	21 682	2,1%
Камни в желчном пузыре с острым холециститом - K80.0	13 168	1,3%
Поражение межпозвонковых дисков грудного, пояснично-грудного и пояснично-крестцового отделов с радикулопатией - M51.1	12 650	1,2%
Нестабильная стенокардия - I20.0	12 598	1,2%
Ишемический инсульт в результате закупорки артерии большого мозга - I63.3	12 083	1,2%
Острый панкреатит - K85	11 438	1,1%

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.11. Наиболее распространенные диагнозы пациентов при выписке, высокоспециализированные больницы – 2015 г.

Диагнозы (название и код ICD10)	Количество выписанных	% от всех выписанных
Прочие формы стенокардии - I20.8	8 107	6,8%
Осложненная катаракта - H26.2	2 279	1,9%
Нестабильная стенокардия - I20.0	1 708	1,4%
Вывих хрусталика - H27.1	1 686	1,4%
Инсулиннезависимый сахарный диабет - E11.7	1 609	1,3%
Мерцательная аритмия и трепетания предсердий - I48	1 373	1,1%
Прочие уточненные заболевания и состояния, осложняющие беременность, роды и послеродовой период - O99.8	1 369	1,1%
Двусторонний первичный остеоартрит колена - M17.0	1 283	1,1%
Поражение межпозвонковых дисков грудного, пояснично-грудного и пояснично-крестцового отделов с радикулопатией - M51.1	1 282	1,1%
Гипертензивная кардиопатия с (застойной) недостаточностью кровообращения - I11.0	1 232	1,0%

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.12. Наиболее распространенные диагнозы пациентов при выписке, монопрофильные больницы – 2015 г.

Диагнозы (название и код ICD10)	Количество выписанных	% от всех выписанных
Самопроизвольные роды при теменном предлежании плода - O80.0	133 980	17,4%
Острые инфекции верхних дыхательных путей неуточненные - J06.9	26 757	3,5%
Экстренное кесарево сечение при родах - O82.1	25 640	3,3%
Ложные схватки до завершения 37 недель беременности - O47.0	23 443	3,0%
Параноидная шизофрения - F20.0	19 255	2,5%
Туберкулез легких, бактериологически и гистологически отрицательный - A16.0	14 573	1,9%
Инфекционный гастроэнтерит и колит неуточненные - A09	13 670	1,8%
Психические и поведенческие нарушения, вызванные употреблением алкоголя Синдром зависимости - F10.2	12 739	1,7%
Нестабильная стенокардия - I20.0	12 607	1,6%
Плановое кесарево сечение при родах - O82.0	12 393	1,6%

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Аналогичным образом, представленные ниже таблицы характеризуют хирургическую деятельность (также сначала для всех видов больниц, а затем по типам больниц):

Таблица 3.13. Наиболее распространенные диагнозы выполненных хирургических операций в стационарных условиях, все больницы – 2015 г.

Диагнозы (название и код ICD9)	Количество выписанных	% от всех выписанных
Классическое кесарево сечение - 74.00	36 745	5,9%
Выскабливание полости матки после родов или аборта - 69.02	32 750	5,3%
Аппендектомия - 47.00	30 936	5,0%
Лапароскопическая холецистэктомия - 51.23	14 645	2,4%
Кесарево сечение иного уточненного вида - 74.40	9 245	1,5%
Наложение швов на разрыв вульвы или промежности - 71.71	7 731	1,3%
Коронарная артериография с двумя катетерами - 88.56	7 198	1,2%

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.14. Наиболее распространенные диагнозы выполненных хирургических операций в стационарных условиях, сельские больницы – 2015 г.

Диагнозы (название и код ICD9)	Количество выписанных	% от всех выписанных
Выскабливание полости матки после родов или аборта - 69.02	33	26%
Аппендектомия - 47.00	17	13%
Прочее хирургическое стимулирование родов - 73.1	11	9%
Удаление варикоцеле и гидроцеле семенного канатика - 63.1	9	7%
Ручное обследование полости матки после родов - 75.7	9	7%
Хирургическая очистка раны, заражения или ожога - 86.22	7	5%
Выскабливание полости матки с целью прекращения беременности - 69.01	6	5%
Аспирационный кюретаж после родов или аборта - 69.52	5	4%
Ручное удаление задержки выделения плаценты - 75.4	4	3%
Прочие операции на бартолиниевой железе - 71.29	3	2%

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.15. Наиболее распространенные диагнозы выполненных хирургических операций в стационарных условиях, районные больницы – 2015 г.

Диагнозы (название и код ICD9)	Количество выписанных	% от всех выписанных
Аппендектомия - 47.00	13 340	16%
Выскабливание полости матки после родов или аборта - 69.02	9 804	12%
Хирургическая очистка раны, заражения или ожога - 86.22	7 761	9%
Классическое кесарево сечение - 74.00	5 261	6%
Удаление варикоцеле и гидроцеле семенного канатика - 63.1	3 033	4%
Прочее выскабливание - 69.09	2 648	3%
Прочее и открытое исправление косой паховой грыжи - 53.02	1 824	2%
Операции на коже и подкожных тканях - 86	1 820	2%
Холецистэктомия - 51.22	1 602	2%

Источник: Данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.16. Наиболее распространенные диагнозы выполненных хирургических операций в стационарных условиях, общие многопрофильные больницы – 2015 г.

Диагнозы (название и код ICD9)	Количество выписанных	% от всех выписанных
Выскабливание полости матки после родов или аборта - 69.02	25 395	8%
Аппендектомия - 47.00	17 627	5%
Лапароскопическая холецистэктомия - 51.23	14 719	4%
Введение искусственных линз - 13.73	10 767	3%
Хирургическая очистка раны, заражения или ожога - 86.22	7 782	2%
Коронарная артериография с двумя катетерами - 88.56	7 214	2%
Операции на коже и подкожных тканях - 86	6 657	2%
Лапароскопическая аппендектомия - 47.01	6 381	2%
Прочие операции на носовых пазухах - 22.9	5 389	2%
Классическое кесарево сечение - 74.00	4 971	2%

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.17. Наиболее распространенные диагнозы выполненных хирургических операций в стационарных условиях, высокоспециализированные больницы – 2015 г.

Диагнозы (название и код ICD9)	Количество выписанных	% от всех выписанных
Введение искусственных линз - 13.73	5 173	8%
Введение элюирующего коронарного стента (стентов) - 36.07	2 416	4%
Коронарная артериография с двумя катетерами - 88.56	2 196	4%
Удаление или разрушение прочего очага поражения или ткани сердца, эндоваскулярный подход - 37.34	1 749	3%
Прочее механическое удаление стекловидного тела - 14.74	1. 142	2%
Классическое кесарево сечение - 74.00	1 126	2%
Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава - 81.51	992	2%
Пункция селезенки - 41.10	977	2%
Полное эндопротезирование коленного сустава - 81.54	902	2%

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.18. Наиболее распространенные диагнозы выписавшимся пациентам, монопрофильные больницы – 2015 г.

Диагнозы (название и код ICD10)	Количество выписанных	% от всех выписанных
Классическое кесарево сечение - 74.00	36 746	25%
Выскабливание полости матки после родов или аборта - 69.02	11 948	8%
Кесарево сечение иного уточненного вида - 74.40	9 245	6%
Наложение швов на разрыв вульвы или промежности - 71.71	7 736	5%
Введение элюирующего коронарного стента (стентов)- 36.07	5 078	3%
Коронарная артериография с двумя катетерами - 88.56	4 300	3%
Наложение швов на разрыв влагалища - 70.71	3 488	2%
Перешеечное кесарево сечение - 74.10	3 455	2%
Введение искусственного хрусталика во время удаление катаракты, одностадийное - 13.71	3 006	2%
Прочее хирургическое стимулирование родов - 73.10	2 842	2%

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Представленные данные (диагнозы при выписке на основе кодов ICD-10, а также диагнозы для хирургических операций на основе кодов ICD-9) дают полезную информацию о природе системы стационарных медицинских учреждений в Казахстане. В целом, представляется, что большинство больниц по-прежнему занимаются оказанием базовых услуг невысокой сложности, значительную часть которых в странах ОЭСР чаще всего предоставляют медицинские учреждения более низкого уровня.

- Немалая часть диагнозов, которые являются причиной пребывания в стационаре в Казахстане, на Западе предпочитают лечить и чаще лечат в амбулаторных условиях (например, туберкулез; холицестэктомия, в том числе с помощью лапароскопических методов, катаракты, включая случаи, требующие введения искусственного хрусталика, т. д.).
- Также преобладающими в спектре деятельности больниц в Казахстане являются акушерские услуги. Большинство таких услуг действительно требует больничного ухода, но их значительная доля говорит как раз о том, что деятельность в казахских больницах и не сложная, и не очень диверсифицированная. Не представляется она и соответствующей в полной

мере тяжести болезни, описываемой в первой главе. В странах ЕС основным диагнозом при выписке в 2014 г. были болезни системы кровообращения. Другие распространенные диагнозы включали в себя болезни системы пищеварения, болезни дыхательной системы и новообразования (доброкачественные или злокачественные) (Eurostat Statistics Explained, 2015).

- Что касается сложности заболеваний, то среди наиболее распространенных сложных процедур в странах ЕС (Eurostat Statistics Explained, 2015b) – бронхоскопия с биопсией или без нее (ICD-9-CM, коды 33.21–33.24 и 33.27), транслюминальная коронарная ангиопластика (ICD-9-CM, коды 36.01, 36.02 и 36.05) или же обходной анастомоз для сердечной реваскуляризации (аортокоронарное шунтирование; ICD-9-CM, код 36.1), которые вовсе не упоминаются в приведенном выше списке.
- При том, что прямые сравнения между странами, по природе своей, всегда будут грубыми и не точными, они все же иллюстрируют разницу между деятельностью больниц в Казахстане и в типичной стране ОЭСР (Agence Technique de l'Information sur l'hospitalisation, 2016). Во Франции примерно 20% деятельности больниц по оказанию неотложной помощи связано с проблемами системы пищеварения, 10% – с ортопедическими травмами, за ними следует лечение сердечно – сосудистых заболеваний (7%), уронефрологических заболеваний (6%) и акушерские услуги (6%), а наиболее часто выполняемые в Казахстане хирургические операции составляют значительно более высокую долю операций, чем во Франции. Например, кесарево сечение, которое составляет в общей сложности 6,4% хирургических операций в Казахстане, во Франции составляет 0,8%; аппендектомия во Франции составляет 0,4% от числа всех хирургических операций против 5% в Казахстане.

Во-вторых, поразительно низким является число хирургических операций, выполненных в условиях стационара, что, помимо экономических соображений, вызывает некоторые опасения относительно безопасности оказания услуг во многих местах. Естественно, средние цифры могут скрывать различия между медицинскими учреждениями, но классические операции кесарева сечения – наиболее часто выполняемая хирургическая процедура – проводятся в целом по стране около 100 раз в день. Дальнейшая разбивка по категориям медицинских учреждений показывает, что во всех 181 районных больницах в день проводится 14 кесаревых сечений, столько же во всех 163 общих многопрофильных больницах. В высокоспециализированных больницах эта процедура выполняется 1 100 раз в год (другими словами, 3 раза в день по всей стране в 33 больницах). В среднем это означает, что данная процедура проводится раз в 13 дней в каждой районной больнице; один раз в 12 дней в каждом общем многопрофильном стационарном учреждении и раз в 11 дней в каждой из высокоспециализированных больниц третьего уровня. Все остальные виды операций в каждом отдельно взятом стационаре проводятся еще реже.

Международный опыт показывает: для того, чтобы максимально эффективно задействовать персонал и оборудование, в конкретном родильном отделении необходимо проводить минимум 600 родов в год, а в идеале – от 1000 до 2000 (к примеру, см. в Германии и Испании[7]). Количество родов в районных больницах составляет в среднем 480 в год и всего 200 в многопрофильных больницах.

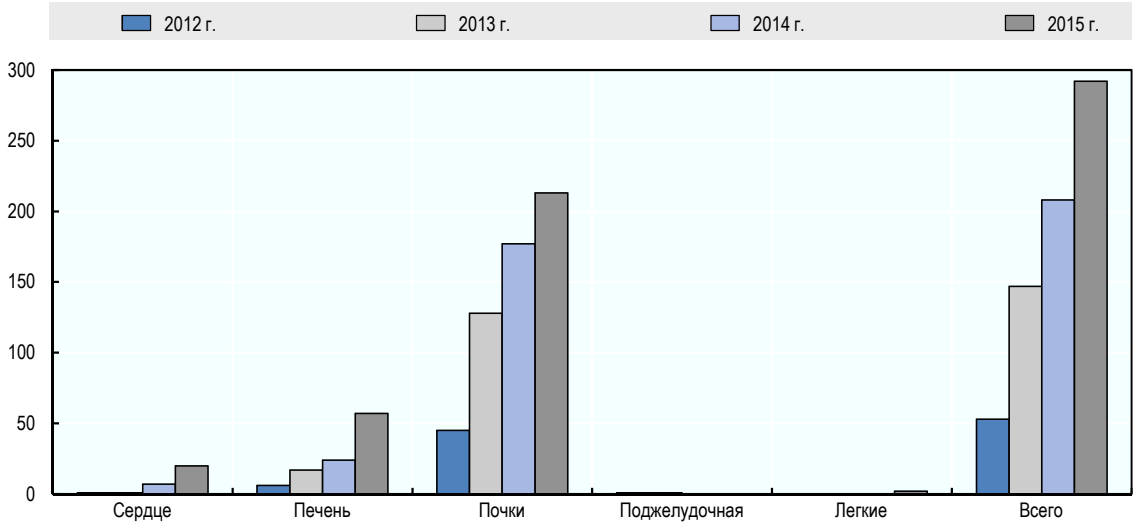
Третьим ключевым наблюдением, о чем косвенно уже говорилось, является то, что виды услуг, оказываемые различными категориями учреждений, оказываются очень схожими. Распределение «наиболее распространенных диагнозов» практически одно и то же вне зависимости от уровня стационарного медицинского учреждения. Список 10 наиболее распространенных диагнозов при выписке пациентов и в случае проведения операций включает в себя всего 30 различных операций, и в каждой из категорий больниц одни и те же диагностические коды повторяются[8]. Для сравнения, в большинстве стран ОЭСР стараются группировать больницы и концентрировать наиболее технологические услуги на более высоком уровне, отдавая предпочтение доступности базовых услуг в более периферийных учреждениях. Казахстану многое предстоит сделать в этом направлении, и это определенно способствовало бы повышению безопасности и эффективности работы.

В заключение отметим, что Казахстану по-прежнему необходимо провести перепрофилирование услуг, которые оказывают в больницах (и структуры здравоохранения в целом), и следует в большей степени адаптировать деятельность стационаров к тяжести заболеваний.

Развиваются высокоспециализированные услуги и дневные стационары

Несмотря на общие тенденции, отмечаемые в предыдущих разделах, некоторые больницы в Казахстане достигли успеха в процессе модернизации и демонстрируют некоторые элементы, полностью совместимые с медицинскими учреждениями в странах ОЭСР. Число таких сложных операций, как пересадки органов, например, которые еще пять лет назад в стране практически не проводились, достигло 300, о чем свидетельствуют приведенные ниже данные Диаграммы 3.15.

Диаграмма 3.15. Трансплантация органов в Казахстане, 2012-2015 гг.



Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

При том, что рост подобных операций весьма заметен, возможности больничного сектора в Казахстане по проведению операций высокой сложности остаются скромными по сравнению со странами ОЭСР.

Таблица 3.19. Пересадки органов на 1 000 000 жителей, Казахстан и некоторые страны ЕС – последний имеющийся год

Почка		Печень		Сердце		Легкие	
Нидерланды	56,8	Бельгия	26,3	Словения	14,3	Австрия	15,1
Испания	54,4	Испания	23,3	Австрия	7,5	Бельгия	9,1
Норвегия	53,8	Португалия	22,7	Норвегия	7,4	Ирландия	7,0
Великобритания	51,6	Норвегия	22,0	Франция	6,5	Норвегия	6,6
Австрия	49,5	Швеция	16,8	Чехия	6,4	Испания	6,1
…	…	…	…	…	…	…	…
Казахстан	12,1	Казахстан	3,2	Казахстан	1,1	Казахстан	0,1

Источники: Европейская комиссия (2014 г.), Последние данные и показатели, данные 2013 г., Журналистский семинар по донорству и трансплантации органов, 26 ноября 2014 г., Брюссель (по странам ЕС) http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/docs/ev_20141126_factsfigures_en.pdf; Данные Минздрава, август 2016 г. (по Казахстану)

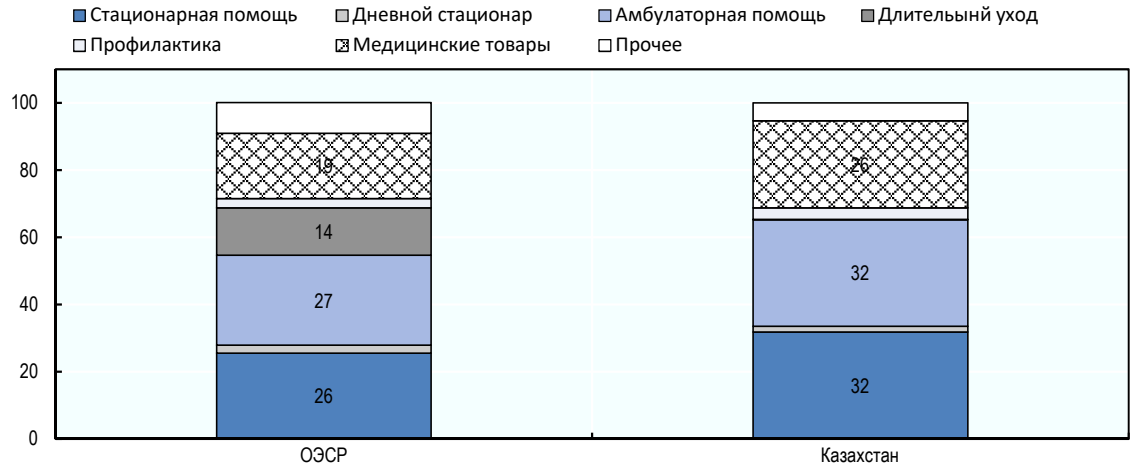
Аналогичные тенденции можно наблюдать и для других высокоспециализированных услуг. Начинают сказываться имеющиеся стимулы для увеличения числа хирургических услуг, оказываемых в амбулаторных условиях, и число пациентов дневных стационаров и иных специализированных подразделений в Казахстане растет, как это видно из данных за последние годы (см. также пример ниже о дневных стационарах ниже, в разделе об эффективности).

Больничный сектор поглощает значительную долю имеющихся ресурсов

Заключительный аспект настоящего обзора больничного сектора касается финансов. Какие объемы средств выделяются на больницы *в самой* системе здравоохранения Казахстана?

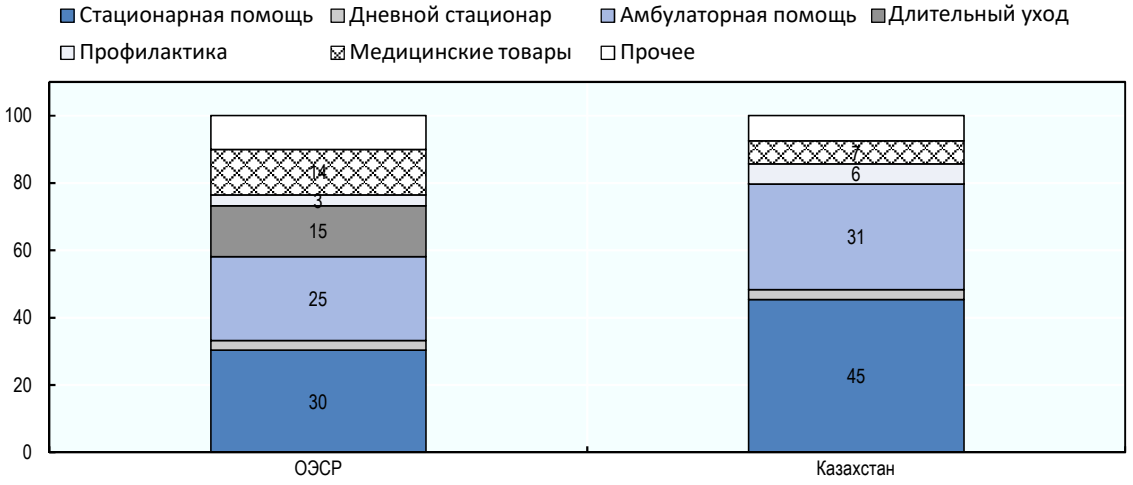
В целом, больницы поглощают немалую долю расходуемых средств, особенно бюджетных. Как показывают данные национальных счетов здравоохранения за последние периоды (Диаграммы 3.16 и 3.17), больничный сектор в Казахстане поглощает 32% всех расходов на здравоохранение, что больше, чем в странах ОЭСР (26%). С точки зрения приоритетов государственных расходов перекос еще более серьезный; если в среднем страны ОЭСР на стационарные услуги выделяют 30%, то в Казахстане эта цифра составляет 45%. С другой стороны, важно отметить, что доля первичного медицинского обслуживания в совокупных и в бюджетных расходах в Казахстане выше, чем странах ОЭСР (см. Главу 2).

Диаграмма 3.16. Классификация текущих расходов на здравоохранение по функциям, ОЭСР и Казахстан, 2014 г.



Источники: Статистика здравоохранения ОЭСР, 2016 г.; Доклад ОСЭР по национальным счетам здравоохранения (2016 г.).

Диаграмма 3.17. Классификация бюджетных расходов на здравоохранение по функциям, ОЭСР и Казахстан, 2014 г.

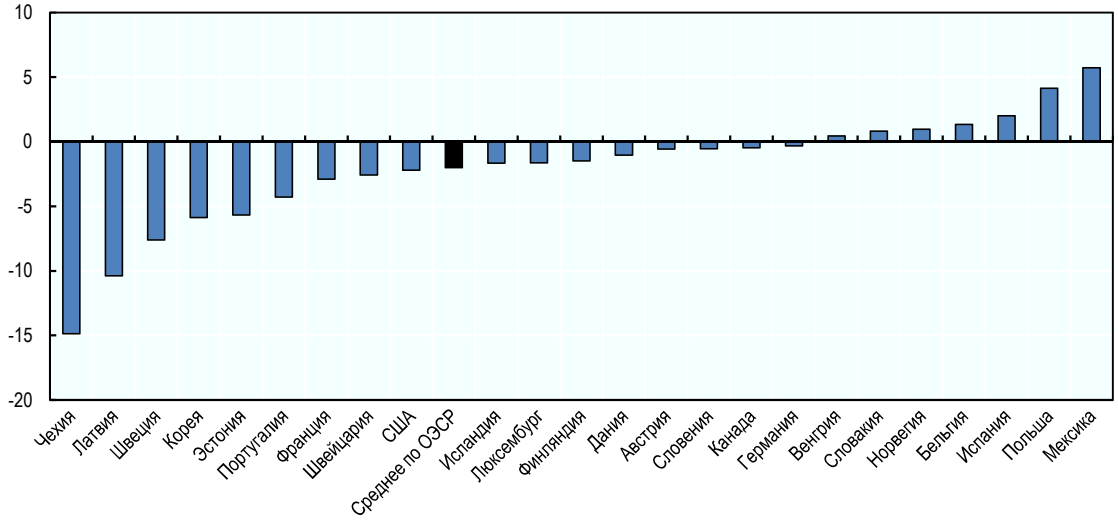


Источники: Статистика здравоохранения ОЭСР, 2016 г.; Доклад ОСЭР по национальным счетам здравоохранения (2016).

Хотя данные неполные, представляется, что в отличие от большинства стран ОЭСР, доля стационарной помощи в общих расходах Казахстана на здравоохранение растет. Как видно из приведенных ниже данных, с 2004 г. по 2014 г. в большинстве стран ОЭСР и в среднем доля стационарной медицинской помощи при лечении и реабилитации в совокупных расходах и в расходах государственного бюджета на здравоохранение снижалась. Данные за более длительный период в Казахстане отсутствуют, и отмечаются некоторые колебания от года к году, но в период между

2000 г. и 2014 г. государственные расходы на больницы росли быстрее, чем государственные расходы на здравоохранение (95% против 89% в номинальном выражении) (Министерство здравоохранения, 2015 г). На протяжении данного периода в странах ОЭСР, наоборот, доля больниц в государственных расходах сократилась на один процент.

Диаграмма 3.18. Изменение доли расходов на на лечение и реабилитацию в стационаре, в общих текущих расходах на здравоохранение, страны ОЭСР, 2004 – 2014 гг.



Источник: Статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г.; http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA.

3.4. Результаты работы системы стационарных медицинских учреждений в Казахстане

Основное внимание в данном разделе будет уделено конечным и промежуточным результатам деятельности больниц: качество услуг, их безопасность и доступность, а также показатели эффективности работы будут рассматриваться по очереди и, где это возможно, в сравнении с сопоставимыми показателями по ОЭСР. При этом не следует забывать о системных вопросах, в частности, о том, что общее состояние здоровья населения в Казахстане по-прежнему отстает от соответствующих показателей в странах ОЭСР (см. Главу 1).

Согласно официальной статистике, качество стационарной медицинской помощи сопоставимо со странами ОЭСР

При проведении общего анализа больничного сектора (на самом деле, всей системы здравоохранения) вначале будет сделана оценка того, насколько работа больниц (с точки зрения объема лечения, приоритетности, выделяемых средств с учетом стоимости услуг, т. д.) отражает основные причины смертности, о которых говорилось в Главе 1. Проведенный ранее анализ работы медицинских стационаров (см., например, наиболее частые диагнозы), скорее всего выявит несоответствие между видами предоставляемыми в Казахстане услуг больниц и причинами смертности населения, которые в 85% случаев вызваны неинфекционными хроническими заболеваниями (онкологическими и сердечно-сосудистыми

заболеваниями, диабетом и т. д.), в 11% случаев является результатом травм и в 2% случаев – результатом инфекционных заболеваний (Aringazina et al., 2012). Обсудить это необходимо особенно в свете недавно полученных данных о взаимосвязи между медицинской помощью и здоровьем (Arah et al., 2006), а также состоянием медицинской помощи и здоровьем, с одной стороны, и экономическим развитием, с другой[9].

Однако, прагматический подход в данной главе заключается в том, чтобы оценить воздействие медицинских услуг, оказываемых в стационарах, и их качества на состояние здоровья населения, чтобы установить, *в какой степени работа больниц дает необходимые результаты.*

Общий показатель смертности в больницах является еще одним свидетельством невысокого уровня сложности медицинского лечения в Казахстане по сравнению со странами ОЭСР.

В странах ОЭСР из 100 пациентов, поступивших на лечение в стационарное медицинское учреждение, возможны два смертных случая. Общий показатель смертности, который не учитывает тяжести заболеваний пациентов, подлежащих лечению, является слишком грубым инструментом для измерения или сравнения качества услуг, оказываемых в различных больницах. В результате этот показатель редко используется в странах ОЭСР, которые обычно применяют другие показатели качества медицинского обслуживания (см. Заключение). С другой стороны, общий показатель смертности в стационарах стран ОЭСР, может быстро проиллюстрировать ситуацию на нескольких примерах: в США в 2010 г. он составлял 2 случая на 100 госпитализированных пациентов (Hall et al., 2013), в Шотландии в 2012 г. он составлял 2,7 на 100 госпитализированных пациентов (NHS Scotland, 2013) и 1,93 в британской национальной системе здравоохранения Восточного и Северного Хертфордшира в 2014/2015 гг.[10]

Статистика, предоставленная Министерством здравоохранения, показывает, что на каждые 10 тысяч госпитализаций в Казахстане приходится 0,92 умерших пациента больниц. Эту цифру, никак не поддающуюся сопоставлению с приведенными выше данными, никак невозможно логически объяснить тем, что больницы в Казахстане в 100 раз безопаснее, чем больницы в приведенных для примера странах. Скорее (даже за рамками возможных споров о полноте и точности информационных систем в больницах), это дополнительное доказательство того, что особенности больниц и виды лечения, которые они предлагают в Казахстане и в странах ОЭСР, коренным образом отличаются с точки зрения тяжести заболеваний. Другими словами, если в странах ОЭСР поступающий на госпитализацию пациент, скорее всего, имеет тяжелое заболевание или его состояние таково, что это заболевание с большой вероятностью может привести к летальному исходу, то в Казахстане, вероятнее всего, заболевание поступающих в больницу пациентов не столь опасное, а состояние пациентов не столь тяжелое. В странах ОЭСР некоторые пациенты не смогут попасть на лечение в больницу. Сокращение случаев госпитализации за счет расширения возможностей лечения в системе оказания первичной медицинской помощи является долговременным приоритетом правительств. Приведенные выше данные свидетельствуют о неотложности решения этой приоритетной задачи. Они также подтверждают правильность вывода о том, что в Казахстане большинству пациентов в стационарах оказывают медицинскую помощь невысокой сложности.

Качество предоставленных данных по причинам смертных случаев вызывает сомнения, однако они позволяют предположить, что при наиболее часто проводимых операциях показатели смертности находятся в тех же пределах, что и в странах ОЭСР.

Данные по *некоторым* причинам внутрибольничной смертности должны давать более четкую картину, так как они позволяют провести сравнение результатов конкретных видов хирургического вмешательства. Статистика послеоперационной смертности (Таблицы 3.20 – 3.24) была предоставлена по всем больницам (кроме сельских, которые оказывают самые базовые услуги и по которым статистика может оказаться не очень надежной), а также по каждой категории больниц отдельно.

Очевидно, что в предоставленных данных имеются некоторые ошибки. Например, трепанация черепа показана в первой таблице (данные по всем больницам) как причина наибольшего числа смертей в больницах. В то же время она не фигурирует среди пяти основных причин смертности ни по одной из остальных категорий больниц. Более того, 502 смертных случая во всех больницах в результате трепанации черепа вроде должны быть наибольшей цифрой, больше пациентов (655) умирают от *коронарной артериографии с 1 или 2 катетерами* только в многопрофильный больницах второго уровня. Также на проблему с данными указывает тот факт, что таблица по всем больницам показывает 194 смерти в 2015 г. после трахеостомии, тогда как число смертей по этой причине только во вторичных больницах составляет 360.

Таблица 3.20. Пять наиболее распространенных причин послеоперационной смертности, все больницы, 2015 г.

	Всего операций	Число смертей	% от общей послеоперационной смертности	Процент смертности
Трепанация черепа	2.304	502	5,4	21,8
Введение в коронарную артерию стента с лекарственным покрытием	11.543	216	2,3	1,9
Аортой-коронарное шунтирование 3 и более коронарных артерий	3.824	136	1,5	3,6
Вживление пульсационного баллона	302	107	1,1	35,4
Трахеостомия	1.114	194	2,1	17,4

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.21. Пять наиболее распространенных причин послеоперационной смертности в больницах, районные больницы, 2015 г.

	Всего операций	Число смертей	% от совокупной послеоперационной смертности	Процент смертности
Операции по ампутации конечностей	187	21	3,9	11,2
Аппендектомия	7.734	4	0,7	0,1
Операции на органах пищеварительной системы (кроме аппендектомии)	3.183	66	12,2	2,1
Вскрытие и дренаж абсцессов мягких тканей и полостей с гнойными заболеваниями	2.755	39	7,2	1,4
Удаление некроза инфицированной ткани или ткани ожога	376	36	6,6	9,6
Все причины	50.939	543	--	1,1

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.22. Пять наиболее распространенных причин послеоперационной смертности в больницах, многопрофильные больницы второго уровня, 2015 г.

	Всего операций	Число смертей	% от общей послеоперационной смертности	Процент смертности
Коронарная артериография с 1 или 2 катетерами	31.897	665	8,7	2,1
Введение стента с лекарственным покрытием в коронарную артерию	8.759	252	3,3	2,9
Иные формы краниотомии	1.829	251	3,3	13,7
Трахеостомия	879	360	4,7	41,0
Вживление пульсационного баллона	264	151	2,0	57,2
Все причины	554.120	7.619	100	1,4

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.23. Пять наиболее распространенных причин послеоперационной смертности в больницах, высокоспециализированные стационарные медицинские учреждения, 2015 г.

	Всего операций	Число смертных случаев	% от общей смертности после операций	Процент смертности
Операции на органах сердечно-сосудистой системы, в том числе:	10.452	371	32,4	3,5
Ревизионная реконструктивная кардиохирургия	*126*	*45*	*3,9*	*35,7*
Коронарная артериография с одним катетером	*1.083*	*45*	*3,9*	*4,2*
Коронарная артериография с двумя катетерами	*3.804*	*44*	*3,8*	*1,2*
Чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика	*419*	*13*	*1,1*	*3,1*
Введение в коронарную артерию стента без лекарственного покрытия,	*174*	*13*	*1,1*	*7,5*
Аортокоронарное обходное шунтирование на трех коронарных артериях	*378*	*13*	*1,1*	*3,4*
Стент с лекарственным покрытием, вводимый в коронарную артерию	*2.773*	*12*	*1,0*	*0,4*
Операции на органах пищеварительной системы	1.604	49	4,3	3,1
Прочие формы краниотомии	156	30	2,6	19,2
Трахеостомия	149	21	1,8	14,1
Промывание брюшины	33	21	1,8	63,6
Все причины	84.246	1.145	--	1,4

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.24. Пять наиболее распространенных причин послеоперационной смертности в больницах, моно-профильные больницы, 2015 г.

	Всего операций	Число смертей	% от общей послеоперационной смертности	Процент смертности
Операции на органах грудной клетки, в том числе:	1.129	7	15,6	0,6
Прочие манипуляции на органах грудной клетки	*271*	*7*	*15,6*	*2,6*
Пневмоцентез	*203*	*3*	*6,7*	*1,5*
Трахеостомия	*3*	*2*	*4,4*	*66,7*
Прочая лапароскопия	*4*	*2*	*4,4*	*50,0*
Диагностическая торакоскопия	*148*	*2*	*4,4*	*1,4*
Все причины	2.570	45	--	1,8

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

При работе с данными, которые относятся к послеоперационной смертности всегда нужно проявлять осторожность (Noordzij et al., 2010), в то же время кое-какие выводы сделать можно.

- Если рассматривать трепанацию черепа в качестве главной причины смертности в больницах, то возникает вопрос о применении передовых методов проведения хирургических операций. Трепанация черепа – это метод прокола черепа у плода (хирургическая трепанация черепа у плода), которая используется при несоответствии размера таза роженицы размерам головки плода, например, когда вагинальные роды при тазовом предлежании плода или рождение младенца с гидроцефалией становятся невозможными. В большинстве случаев это считается устаревшей практикой (Segen's Medical Dictionary, 2011). Тот факт, что это приводит к смерти в Казахстане в каждом пятом случае, означает, что подобные методы хирургического вмешательства нуждаются в клиническом пересмотре.

- Трахеостомия, которой создается отверстие в трахее через шею, сама по себе не является очень опасной процедурой. Высокий уровень смертности в Казахстане может быть либо показателем неотработанной техники проведения операции (Pretty et al., 2012) (если тот или иной хирург редко проводит эту операцию11), и/или свидетельствует о том, что у большинства пациентов имеются сопутствующие заболевания, что не учитывается в исходных данных.

- Предоставленные данные показывают, что согласно общей статистике послеоперационная смертность составляет 1,8% в моно-профильных больницах, 1,4% – в высокоспециализированных больницах третьего уровня и обычных стационарных медицинских учреждениях второго уровня и 1,1% – в районных больницах. Эти показатели в целом не выпадают из того ряда данных, который можно было бы ожидать в передовых странах (от 0,5 до 1,2%) (Watters et al., 2015)[12]. В то же время имеющиеся данные, как отмечалось, все же говорят о том, что больницы в Казахстане проводят, в целом, несложные хирургические операции, а также о том, что во многих больницах эти операции проводятся не часто. С учетом невысокой сложности операций приведенные выше данные могут означать, что операции в Казахстане в общем-то менее эффективны, хотя нельзя считать, что показатели эффективности ниже на порядок.

Более детальное сравнение с конкретными показателями в странах ОЭСР показывает, что показатели, характеризующие результаты работы больниц в Казахстане могут примерно соответствовать средним показателям по странам ОЭСР, хотя некоторые цифры все же бросают тень сомнения на точность данных.

На протяжении ряда лет в ОЭСР разрабатывались показатели безопасности лечения, которые, при всей сложности их расчета, позволяют провести осмысленное сравнение между странами. Минздрав предоставил данные по 5 отдельным причинам внутрибольничной смертности и по мероприятиям, имеющим отношение к безопасности лечения (Таблица 3.25).

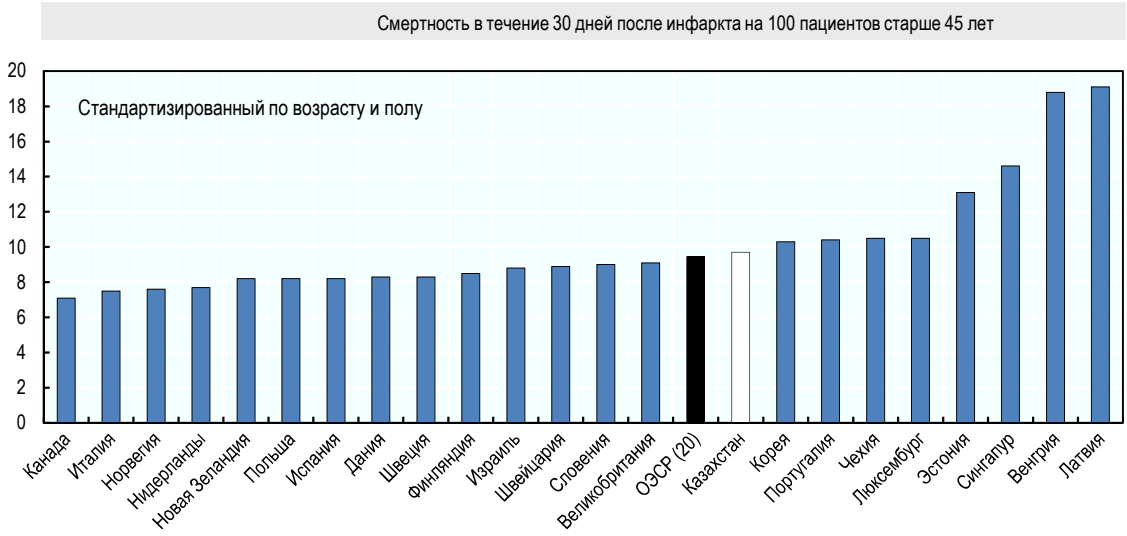
Таблица 3.25. Некоторые причины смертности во время пребывания в больницах, все больницы, 2015

Показатель смертности во время пребывания пациентов в больнице в течение 30 дней после острого инфаркта миокарда по данным госпитализации (в той же больнице)	1,3
Смертность от острого инфаркта миокарда по данным о пациентах во время пребывания в больнице и вне больницы (пациенты поступают в больницу с первичным диагнозом острого инфаркта миокарда).	9,7
Показатель смертности в течение 30 дней по данным о пациентах во время пребывания в больнице и вне больницы (пациенты поступают в больницу с первичным диагнозом ишемического инсульта)	9,0
Смертность во время пребывания пациентов в больнице от ишемического инсульта в течение 30 дней по данным о госпитализации (в той же больнице)	11,4
Послеоперационная легочная эмболия ИЛИ послеоперационный тромбоз глубоких вен	169,2

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

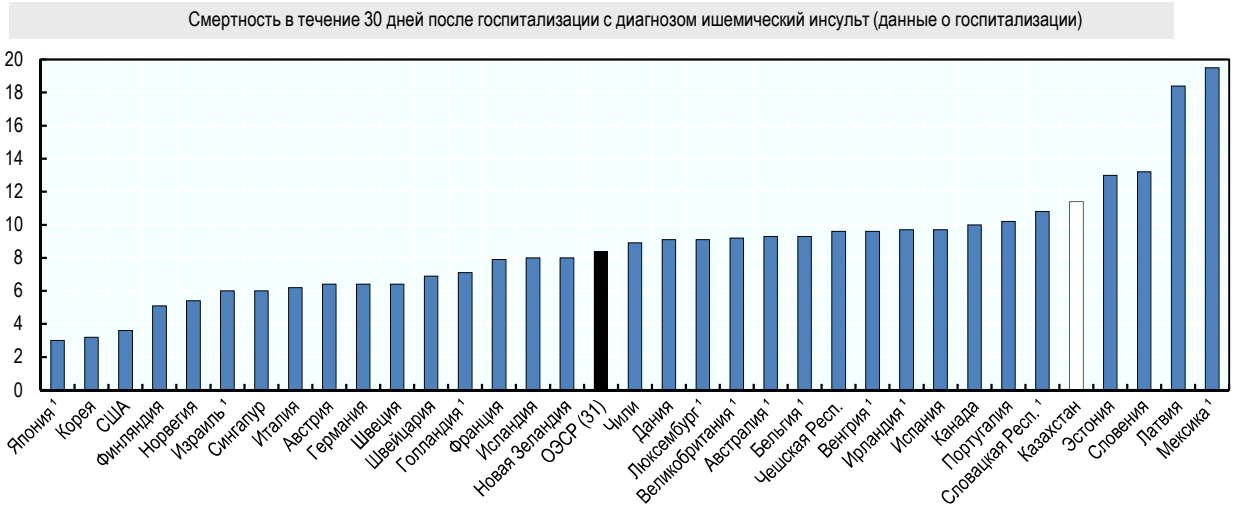
На следующих двух Диаграммах предлагается сравнение Казахстана со странами ОЭСР по данным об остром инфаркте миокарда и ишемическом инсульте.

Диаграмма 3.19. Уровень смертности в течение 30 дней после госпитализации с диагнозом острый инфаркт миокарда, последний имеющийся год



Примечание: (a): 2013; (b): 2012; (c): 2011; (d): 2009; данные Минздрава, август 2016 г. (по Казахстану).
Источник: Статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI

Диаграмма 3.20. Уровень смертности в течение 30 дней после госпитализации с диагнозом ишемический инсульт, последний имеющийся год



Примечание: (a): 2014; (b): 2013; (c): 2012; (d): 2011; (e): 2009;

Источники: данные Минздрава, август 2016 г. (по Казахстану); Статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI

В отношении смертности в течение 30 дней после госпитализации с острым инфарктом миокарда на основе данных по пациентам Казахстан находится очень близко к среднему показателю по ОЭСР (9,5), при этом в четырнадцати странах ОЭСР уровень смертности ниже и в семи – выше (восьми, если включить Сингапур).

Однако, весьма странными выглядят показатели смертности в Казахстане от инфаркта миокарда после госпитализации и большой разрыв между общим показателем смертности от этого заболевания и показателем смертности пациентов после госпитализации. Смертность в результате инфаркта миокарда можно фиксировать на уровне больниц (на основе данных о госпитализации) или на уровне пациентов (это возможно, когда информационные системы позволяют отслеживать с течением времени прохождение пациентов через всю систему здравоохранения). Оценки, основанные на данных по госпитализации, как правило, легче собирать и эти данные, как правило, более доступны, чем общие данные о смертности пациентов от этого заболевания (Казахстан смог предоставить и те, и другие данные). Показатели смертности после госпитализации, по определению, ниже, чем общие показатели смертности пациентов. В ОЭСР показатель смертности от инфаркта миокарда после госпитализации составляет 8,1. Показатель смертности после госпитализации в Казахстане составляет всего 1,3, что в три раза лучше, чем лучшие показатели ОЭСР (Австралия), что несколько удивительно. Разрыв между двумя показателями в Казахстане (с 1,3 до 9,7) также необычайно высок по сравнению с ОЭСР (с 8,1 до 9,5).

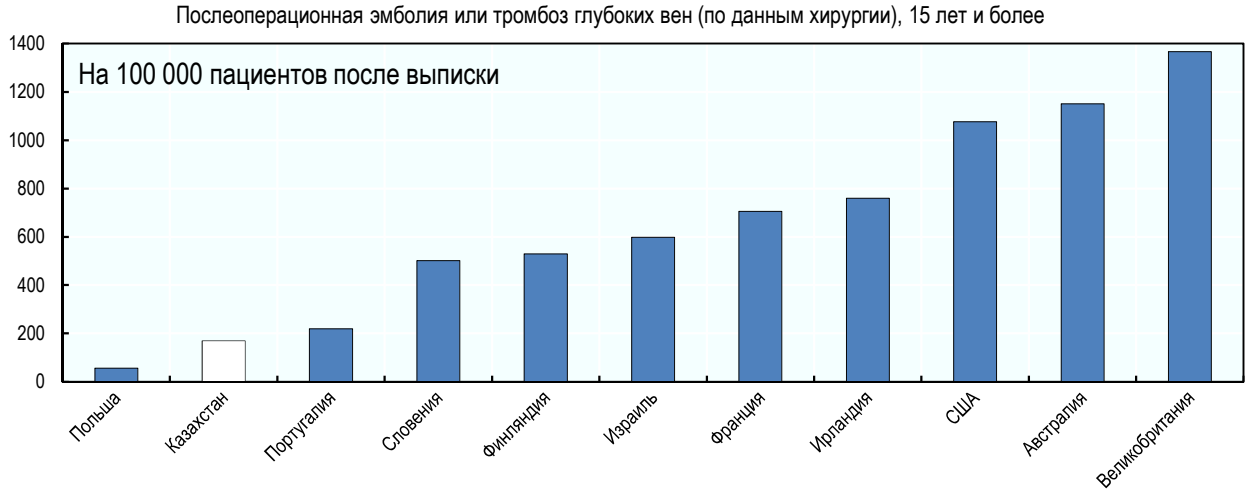
Сравнение по уровню смертности в результате ишемического инсульта в течение 30 дней после госпитализации, в целом, менее благоприятно. Если в странах ОЭСР средний показатель смертности от этого заболевания, рассчитанный на основе данных по госпитализации больных, составляет 8,4, то в Казахстане он равен 11,4. Только в четырех странах ОЭСР уровень смертности выше, чем в Казахстане. В то

же время общий показатель, рассчитанный по данным обо всех пациентах, в Казахстане составляет 9,0, однако в силу своей структуры он должен был бы быть выше показателя, основанного на данных о госпитализации (11,4). Это вызывает еще большее сомнение в точности предоставляемых данных, и для того, чтобы обеспечить полную сопоставимость показателей со странами ОЭСР необходимо проделать дополнительную работу по методике расчета показателей.

В Казахстане предоставляют неполные данные по безопасности лечения. Данные об осложнениях, таких как госпитальная инфекция, свидетельствуют о неудовлетворительных клинических процедурах и поэтому также требуют повышенного внимания (Gawande, 2009). Казахстан предоставил информацию о послеоперационной эмболии легких, однако не были предоставлены данные по другим ключевым показателям безопасности, как, например, о послеоперационных осложнениях; о предметов, оставленных в операционной полости тела, о госпитальной инфекции или о показателях повторной госпитализации.

Заболеваемость послеоперационной эмболией легких и тромбозом глубоких вен в Казахстане необычайно низка. В представленной ниже диаграмме проводится сравнение показателей по Казахстану с теми странами ОЭСР, которые предоставляют информацию по этому показателю. И здесь опять сравнение вызывает вопросы относительно верности имеющейся статистики. Значения по Казахстану существенно ниже уровня среднего по ОЭСР (169 против 576), и по этакой показателю Казахстан занимает второе место среди всех стран ОЭСР, предоставивших эти данные.

Диаграмма 3.21. Послеоперационная легочная эмболия или тромбоз глубоких вен после операции, данные за последний имеющийся год



Примечание: (a): 2013; (b): 2012; (c): 2011; (d): 2009.

Источники: данные Минздрава, август 2016 г. (по Казахстану); Статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI

В целом, имеющаяся информация по безопасности лечения и качеству медицинской помощи в Казахстане, рисует довольно парадоксальную картину. Некоторые элементы подтверждают, что система преимущественно тяготеет к

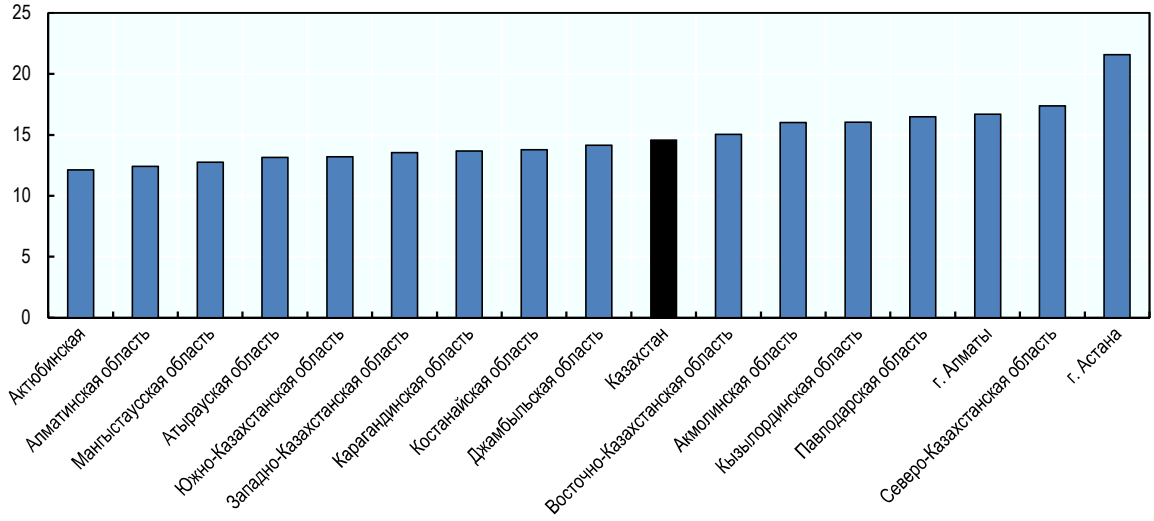
обслуживанию базовых и первоочередных потребностей; общие данные по смертности для некоторых видов хирургического вмешательства оказываются несопоставимыми со статистикой стран ОЭСР. При этом более сложные показатели одновременно показывают, что Казахстан либо находится на уровне средних или среди наиболее передовых стран. В то же время качество отчетности часто представляется сомнительным.

Имеющиеся данные указывают на отсутствие ограничений для доступа к имеющимся услугам

Вторым ключевым показателем работы стационарных медицинских учреждений является доступность медицинских услуг, которая может быть проанализирована различным образом. Способность «обеспечить доступ к услугам здравоохранения и пользоваться ими эффективно» (Duran et al., 2012) зависит от таких многочисленных факторов, как право на пользование, объем и качество имеющихся услуг, географическое распределение, график проведения операций, система записи и время ожидания (включая правила получения направления) при получении медицинских услуг плюс, помимо прочего, возможность пациента действовать сразу по нескольким направлениям. Могут возникать различные (практические, географические и экономические, т.п.) барьеры, при этом некоторые из них связаны с тем, как организовано предоставление услуг, а другие – с представлениями пациентов (прошлый опыт и/или восприятие качества медицинского обслуживания) или культурные предпочтения (уровень образования, ожидания, т. д.).

Как уже отмечалось выше, доступность медицинских услуг в Казахстане – с точки зрения числа госпитализаций – соответствует среднему показателю по странам ОЭСР, но существуют большие отличия по регионам. В Казахстане население имеет право на бесплатное больничное обслуживание, которое включается в гарантируемый государством базовый пакет медицинских услуг. В целом, 82% расходов на больничные услуги обеспечиваются из государственного бюджета (что очень близко к 86% в среднем по странам ОЭСР). Также не приходится сомневаться в том, что жители г. Алматы и г. Астаны имеют преимущества в том, что касается доступа к медицинским услугам, так как в этих двух городах сосредоточены наиболее передовые национальные клинические центры, в то время как географическая доступность услуг здравоохранения в отдаленных районах существенно затруднена, если принять во внимание огромную и малонаселенную территорию страны. И, действительно, если показатель числа госпитализаций сопоставим со странами ОЭСР (см. раздел 3.3.1), то по регионам наблюдается большой разброс в данных (см. Диаграмму 3.22). Если исключить из рассмотрения город Астану, численность госпитализаций на 100 жителей в г. Актюбинске составляет примерно 12 против более чем 17 на севере Казахстана.

Диаграмма 3.22. Число госпитализаций на 100 жителей в областях страны, 2014 г.



Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Ниже рассматриваются другие показатели, характеризующие доступность медицинских услуг в Казахстане.

Госпитализация преимущественно является внеплановой, что во многом не соответствует типичной ситуации в странах ОЭСР

Только четвертая часть всех случаев госпитализации является плановой. Из Диаграммы и таблицы ниже видно, что 1/4 всех пациентов поступают в результате планового направления от терапевта или иного специалиста, каждый третий пациент, обращающийся в больницу, добирается туда самостоятельно, а остальные поступают через отделение скорой помощи. Другим словами, почти 3/4 случаев госпитализации в больницы оказываются внеплановыми. Такая доля представляется довольно высокой. В Дании, хотя данные, возможно, и нельзя сравнивать напрямую, в 2014 г. только 30% случаев госпитализации определялись как «острые» (примерный эквивалент внеплановой госпитализации) по сравнению с 33% в 2010 г. В США примерно половина (Morganti et al., 2013) случаев госпитализации производится через отделения неотложной помощи, а в Великобритании этот показатель составляет примерно 40% (Purdi et al., 2012).

Таблица 3.26. Госпитализация в больницах Казахстана по типу, 2015 г.

Плановая госпитализация (по направлению терапевта / специалиста)	837.266	27%
Внеплановая неотложная госпитализация (с доставкой машиной скорой помощи)	1.278.130	40%
Внеплановая неотложная госпитализация (по решению пациента)	1.038.772	33%
Всего посещений	3.154.168	

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

В большинстве больниц в Казахстане, согласно данным, внеплановые операции преобладают в общем объеме хирургических операций. В приведенных ниже Таблицах 3.27 и 3.28 сравниваются «внеплановые услуги и услуги в плановом порядке» по типу больниц и по виду хирургических операций. Поступающие во

внеплановом порядке пациенты занимают койки, выделенные на плановую деятельность, нарушают деятельность операционных и нередко ведут к тому, что откладывается оказание необходимой медицинской помощи, что становится на практике барьером для доступности медицинских услуг (см. ниже). Высокоспециализированные стационарные медицинские учреждения третьего уровня являются единственной категорией больниц, в которых доля плановых операций выше внеплановых, возможно, благодаря большим возможностям заниматься заниматься лечением сложных заболеваний. В то же время, судя по всему, возможности упорядочения поступлений пациентов по целому ряду плановых операций существуют (см. Таблицу 3.28). В целом же складывается такая картина, что координация лечения между разными уровнями больничной системы невысока, поэтому необходимо усилить ее способность управлять процессом госпитализации пациентов (см. также рекомендации в разделе 3.5.).

Таблица 3.27. Плановые и внеплановые операции, все виды хирургических процедур по типам больничных учреждений, 2015 г.

	Плановые		Внеплановые	
Сельские больницы	15	12,30%	107	87,70%
Районные больницы	18.127	23,50%	59.001	76,50%
Многопрофильные неспециализированные больницы	113.674	34,83%	212.715	65,17%
Высокоспециализированные учреждения	44.672	78,53%	12.212	21,47%
Монопрофильные больницы	40.206	31,03%	89.385	68,97%
ВСЕГО	**216.694**		**373.420**	

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.28. Плановые и внеплановые операции по отдельным видам хирургического вмешательства, все больницы, 2015 г.

	Плановые		Внеплановые	
Неэкстренные/плановые операции коронарного шунтирования	2.679	(55,5%)	2.152	(44,5%)
Неэкстренное/плановое эндопротезирование тазобедренного сустава (в том числе коррекция эндопротезирование тазобедренного сустава)	3.708	(81,1%)	865	(18,9%)
Неэкстренное/плановое протезирование коленного сустава (в том числе коррекция протезирования колонного сустава)	3.630	(99,3%)	26	(0,7%)
Неэкстренная/плановая гистерэктомия	2.646	(80,1%)	659	(19,9%)

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Около 40% пациентов, которые обращаются в больницы, отказывают в госпитализации, поскольку их состояние не требует оказания медицинских услуг в стационаре

В целом, 60% тех, кто обращается в больницу, госпитализируются. В таблицах 3.29 и 3.30 показано поступление пациентов в больницу по типам обращения за медицинской помощью. У пациентов с направлениями вероятность госпитализации выше (82%), чем у тех, кто попал в учреждение либо через отделение скорой помощи (56%), либо самостоятельно (49%). Основной причиной отказа в госпитализации, в

том числе для пациентов с направлением, является отсутствие медицинских показаний для госпитализации (см. Диаграмму 3.23).

Таблица 3.29. Посещения больницы и госпитализация в Казахстане, 2015 г.

Всего посещений	**3.154.168**
Госпитализация	1.897.453 (60%)
Отказ в госпитализации	1.256.717 (40%)
Всего посещений на 100 жителей	**17,8**

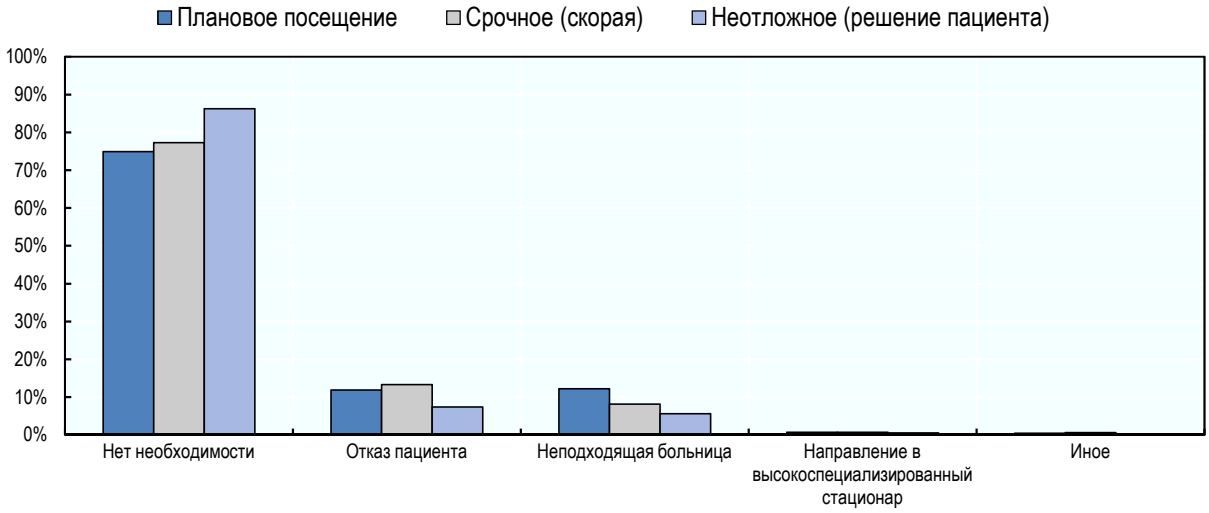
Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Таблица 3.30. Посещения больниц в Казахстане по типам обращения за медицинской помощью, 2015 г.

Плановые посещения (направления терапевта/специалиста)	**837.266**	**27%**
Госпитализировано	685.479	81,9%
Отказ в госпитализации	151.787	18,1%
Экстренное (поступление с машиной скорой помощи)	**1.278.130**	**40%**
Госпитализировано	709.814	55,5%
Отказ в госпитализации	568.316	44,5%
Экстренное (решение пациента)	**1.038.772**	**33%**
Госпитализировано	502.158	48,3%
Отказ в госпитализации	536.614	51,7%
Всего посещений	**3.154.168**	

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Диаграмма 3.23. Основные причины отказов в госпитализации, Казахстан, 2015 г.



Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Сельское население реже обращается в больницы. Однако, при обращении в больницу сельского жителя с большей вероятностью принимают на госпитализацию, кроме случаев обращения в больницы в крупных городах (г. Алматы и г. Астана). В Таблице 3.31 сравнивается сельское и городское население. Во второй колонке приводится процент сельского населения в том или ином регионе; в третьей – доля сельского населения в числе посещений больничных учреждений и в двух последних колонках – доля госпитализированных и не госпитализированных пациентов среди тех, кто обращался. Сельские жители составляют 43% населения; они реже обращаются в больницы, чем городское население, составляющее всего 32% от обращавшихся. Разница между сельским и городским населением в некоторых регионах особенно заметна (Акмола, Алматы, Атырау и Западный Казахстан). Но если сельские жители обращаются в больницу, у них меньше вероятность получить отказ в госпитализации (28% сельских жителей против 46% городских). В ряде регионов доля госпитализаций очень высокая (свыше 80% в Актюбинске, Атырау, Кызыл-орда и Караганда). В отсутствие дополнительной информации не представляется возможным установить, указывает ли это отличие на проблему с доступностью услуг для сельского населения, или же речь идет о географических, культурных или иных барьерах.

Таблица 3.31. Процент сельского населения от общего числа посетивших больницы, госпитализированных и получивших отказ в госпитализации, по областям, 2015 г.

	A		B	A – B	% посетивших больницы сельских пациентов, которые	
Область	Доля сельского населения	Посещения	Из них: сельские	Разница	были госпитализи-рованы	получили отказ
Акмольская	53%	135.001	33%	20%	70%	30%
Актюбинская	38%	108.107	31%	7%	86%	14%
Алматинская	76%	264.065	61%	15%	76%	24%
Атырауская	52%	77.505	33%	19%	81%	19%
Восточно-Казахстанская	40%	277.976	29%	11%	76%	24%
Жамбылская	60%	189.945	47%	13%	72%	28%
Западно-Казахстанская	50%	116.220	35%	15%	65%	35%
Карагандинская	21%	199.927	18%	3%	90%	10%
Костанайская	47%	145.353	40%	7%	60%	40%
Кызылординская	56%	118.790	47%	9%	82%	18%
Мангистауская	52%	115.021	49%	3%	65%	35%
Павлодарская	30%	160.726	20%	10%	75%	25%
Северо-Казахстанская	56%	128.293	43%	13%	61%	39%
Южно-Казахстанская	55%	431.985	49%	6%	74%	26%
г. Алматы		398.439	6%	-6%	41%	59%
г. Астана		286.815	1%	-1%	43%	57%
Казахстан	**43%**	**3.154.168**	**32%**	**(32%)**	**72%**	**28%**

Источник: данные Минздрава, август 2016 г..

Время ожидания операции незначительно, однако остается открытым вопрос о том, в какой мере больничные услуги соответствуют тяжести заболевания

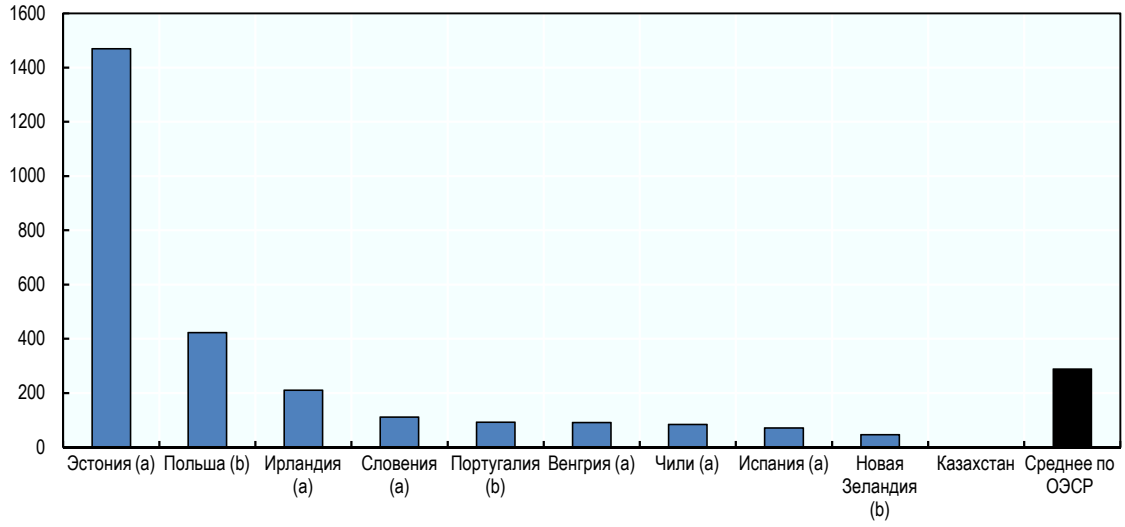
Согласно официальной статистике время ожидания госпитализации незначительно, однако небольшое количество операций ставит вопрос о том, насколько доступность медицинских услуг соответствует потребностям населения. По официальным данным время ожидания госпитализации по некоторым видам заболеваний за последние годы сократилось, главным образом, за счет внедрения упомянутой выше системы «выбери и запишись» через онлайн портал бюро госпитализации. Соответствующие данные и международные сопоставления по времени ожидания планового оперативного вмешательства при лечении катаракты приводятся ниже.

Таблица 3.32. Время ожидания плановой операции при лечении катаракты в Казахстане, по типу больниц, 2015 г.

	Среднее время ожидания в днях	% всех пациентов, ожидавших более 3 месяцев
Сельские больницы	0,0	0,0%
Районные больницы	0,0	0,0%
Многопрофильные неспециализированные больницы	1,4	2,0%
Высокоспециализированные	1,2	5,0%
Моно-профильные больницы	3,5	7,3%
В среднем, все больницы	1,2	0,03%

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

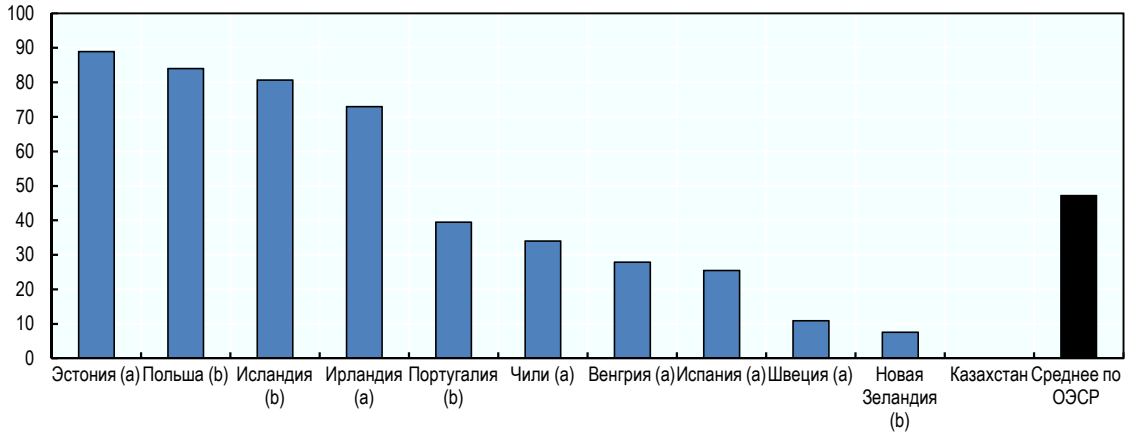
Диаграмма 3.24. Среднее время ожидания (дни) операции при лечении катаракты в ОЭСР и Казахстане, последний имеющийся год



Примечание: (a): 2015; (b): 2014.

Источники: данные Минздрава, август 2016 г. по Казахстану; Статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC.

Диаграмма 3.25. Операции при лечении катаракты в ОЭСР и Казахстане – процент пациентов, ожидавших свыше 3 месяцев, последний имеющийся год



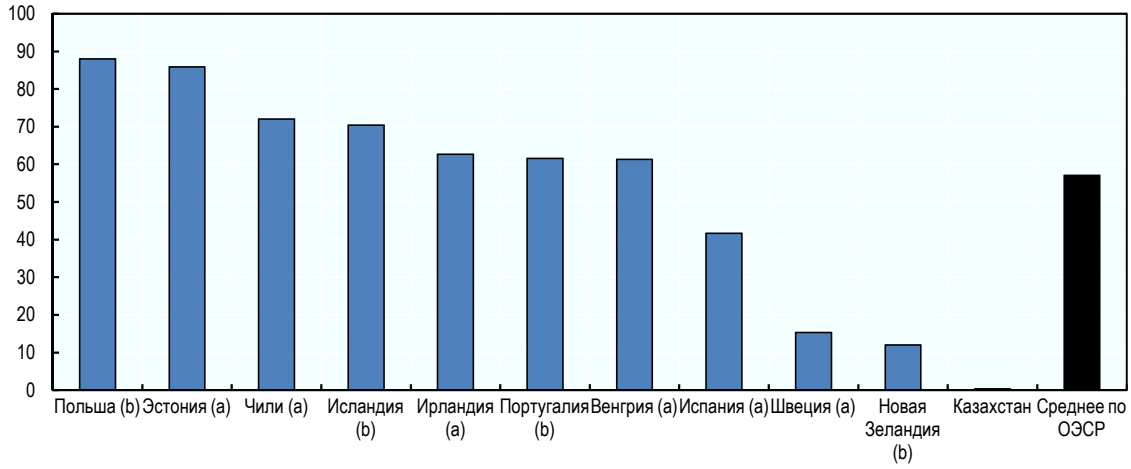
Примечание: (a): 2015; (b): 2014.

Источники: данные Минздрава, август 2016 г. по Казахстану; Статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC.

Время ожидания плановой операции по поводу катаракты (1,2 дня и 0,03% всех пациентов, ожидавших свыше 3 месяцев) в Казахстане меньше, чем в странах ОЭСР, по которым имеются данные. Однако и здесь сравнение следует проводить с осторожностью, так как время ожидания также совпадает с очень небольшим объемом указанных операций. Согласно имеющейся статистике по деятельности больниц (см. раздел выше – Наиболее частые диагнозы для хирургических операций), операции при лечении катаракты проводятся всего один раз в 5,5 дней в многопрофильных неспециализированных больницах, раз в 2 – 3 дня в высокоспециализированных больницах и раз в 33,9 дня в моно-профильных больницах, а это – очень низкие показатели. Число операций при лечении катаракты, согласно предоставленным данным, по всем категориям больниц составляет 20 000 операций в год. Для сравнения, например, в Литве (с населением 3 млн чел.) в 2014 г. было проведено свыше 21 000 операций[13], а в Венгрии (с населением менее 10 млн чел.) – почти 85 000 операций.

Картина по другим видам операций – аналогичная (но подробных данных не приводится). Время ожидания операции коронарного шунтирования очень незначительно, но эта процедура не значится среди наиболее частых видов операций, проводимых в больницах какой-либо категории. Для протезирования коленного или тазобедренного сустава среднее время ожидания соответствует среднему по ОЭСР, и доля пациентов, ожидающих свыше 3 месяцев, оказывается чрезвычайно низкой (см. Диаграмму). Однако эти виды операций показаны в числе 10 наиболее распространенных операций только в высокоспециализированных больницах, где они проводятся менее 1000 раз в год каждая (1 протезирование тазобедренного сустава раз в 12 дней и 1 протезирование коленного сустава раз в 13 дней). В 2014 г. в Литве были проведены 4718 операций протезирования тазобедренного сустава и 2196 операций протезирования коленного сустава (Eurostat Statistics Explained, 2015c).

Диаграмма 3.26. Эндопротезирование тазобедренного сустава в странах ОЭСР и в Казахстане – процент пациентов, ожидающих свыше 3 месяцев, последний имеющийся год



Примечание: (a): 2015; (b): 2014.

Источники: данные Минздрава, август 2016 г. по Казахстану; Статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC.

Недостаточно данных о доступности больничных услуг с точки зрения пациентов для лучшего понимания возможных существующих барьеров

В целом, как представляется, не хватает данных о доступности больничных услуг с точки зрения пациентов, что помогло бы лучше понять весомость финансовых, географических или иный барьеров. Важно отметить, что в данных больниц не учитывается статистика отказов пациентам в госпитализации или что они могут принять решение не обращаться в больницу из-за отсутствия средств. Некоторые виды стационарной медицинской помощи должны быть бесплатными, но данные не фиксируют, обращались ли пациенты за бесплатной помощью или за услугами, за которые больницы взимают плату. В целом, имеющиеся данные не дают возможности установить, насколько доход пациента или его социально-экономическое положение играют роль в том, чтобы он мог добраться до ворот больницы или чтобы он был госпитализирован. Насколько известно, не проводилось также исследования о том, какое время требуется пациенту для того, чтобы обеспечить лечение своего заболевания.

Возможно, что повышение эффективности работы недостаточно стимулируется

Производительность (техническая эффективность) измеряет отношение между результатом работы и используемыми ресурсами (конкретнее, полученный результат, который можно достичь, используя заданное количество потребляемых ресурсов и имеющуюся технологию). В методической литературе можно найти множество подобных определений, но специалисты в ОЭСР (OECD, 2013) и многие другие авторы (Street and Hakkinen, 2009) подчеркивают различие между технической эффективностью и эффективностью распределения ресурсов (то есть максимальным результатом, который можно получить с меньшей совокупностью

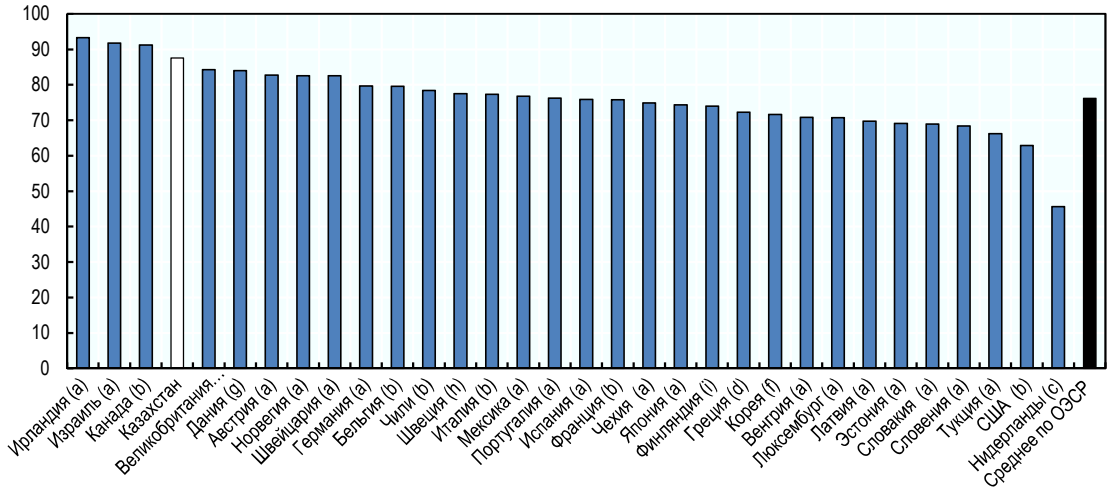
потребляемых ресурсов при данном уровне цен). Это отличие важно, так как эффективность работы больницы измеряет результат, достигнутый при использовании уже выделенных ресурсов. Ее можно измерять разными показателями (например, затратами на тот или иной вид деятельности; средней занятостью больничных коек; продолжительностью пребывания пациента в стационаре; показателями загрузки операционных; проведением операций в амбулаторных условиях; неявкой персонала на работу, т. д.), а также оценивать результат экономического стимулирования.

С учетом имеющейся информации, в данном разделе мы рассмотрим техническую эффективность через сравнение показателей средней занятости коек, продолжительности пребывания пациентов в стационаре и проведением операций в амбулаторных условиях. При проведении анализа эффективности работы мы продолжим обсуждение некоторых аспектов использования клинико-статистических групп в качестве платежного механизма с целью повышения эффективности работы.

Средняя занятость коек и продолжительность пребывания пациентов в стационаре довольно высоки

В целом, в Казахстане, несмотря на большое число больниц и больничных коек, средняя занятость коек аналогична этому показателю в странах ОЭСР (и даже чуть выше). Это объясняется относительно частым обращением в больницы за медицинской помощью и длительным периодом пребывания в стационаре.

Диаграмма 3.27. Средняя занятость больничных коек, данные за последний имеющийся год



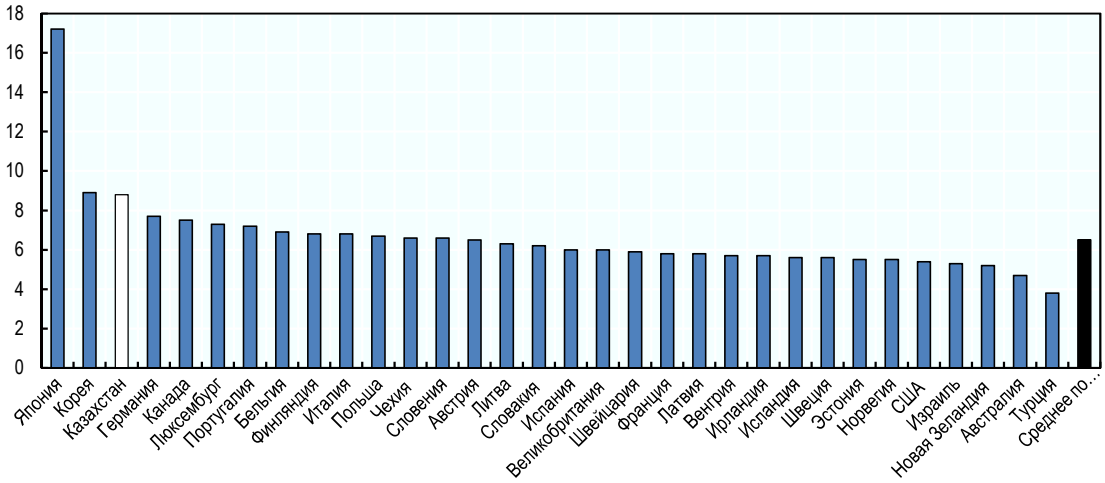
Примкечание: (a): 2014; (b): 2013; (c): 2012; (d): 2011; (e): 2010; (f): 2003; (g): 2001; (h): 1996; (i):1995.

Источники: данные Минздрава, август 2016 г. по Казахстану; Статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

В Казахстане продолжительность пребывания в стационаре (8,8 дней для интенсивной терапии и 11,5 дней по всем причинам, данные за 2015 г.[14]) выше средней по ОЭСР (соответственно, 6,5 и 7,5). Это указывает на то, что оказание услуг в Казахстане по-прежнему зависит в большой степени от услуг, оказываемых в

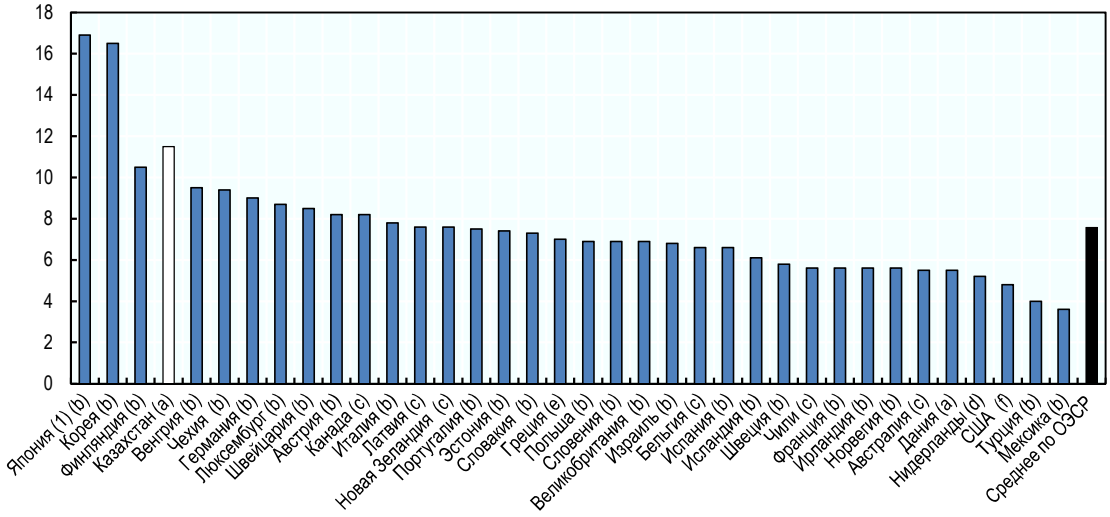
стационарах, а также что, возможно, отсутствует пост-интенсивная терапия для прохождения пациентами реабилитации после выписки.

Диаграмма 3.28. Средняя продолжительность пребывания в стационаре (СПП), в днях (интенсивная терапия), Казахстан и ОЭСР, 2013 г.



Источники: данные Минздрава, август 2016 г. по Казахстану; статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm

Диаграмма 3.29. Средняя продолжительность пребывания в стационаре (СПП), в днях (все причины), Казахстан и ОЭСР – данные за последний имеющийся год

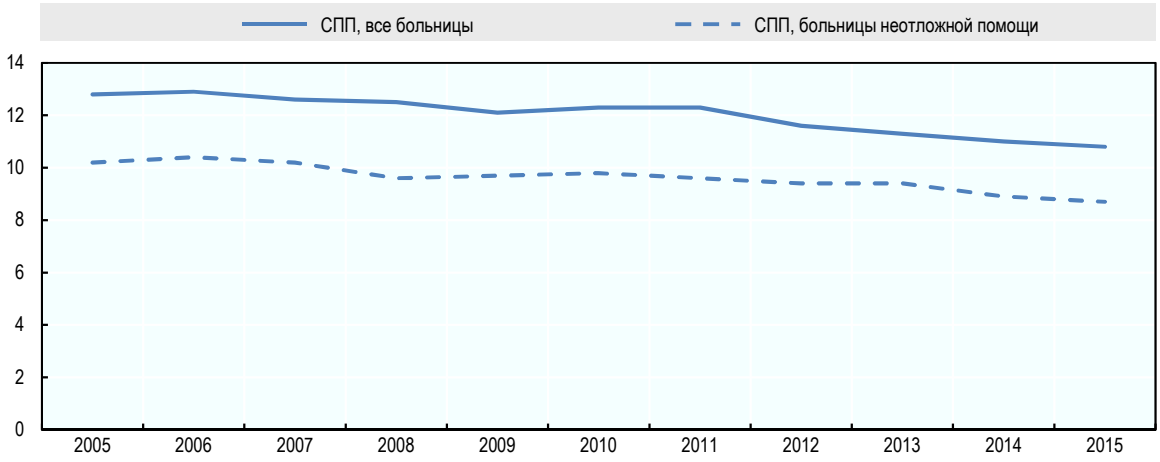


Примечание: a): 2015; (b): 2014; (c): 2013; (d): 2012; (e): 2011; (f): 2010. (1) Данные относятся к средней продолжительности пребывания в стационаре для неотложной помощи (кроме коек для длительного оказания медицинской помощи в больницах).

Источники: данные Минздрава, август 2016 г. по Казахстану; Статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC

СПП в Казахстане сокращается медленно. На Диаграмме 3.31 видно, что в период между 2005 г. и 2015 г. СПП во всех больницах, а также в стационарах неотложной помощи в Казахстане сокращалась примерно на 15%, медленнее, чем в среднем в странах СНГ[15] (почти 20-процентное сокращение в обоих случаях), но быстрее, чем в странах ОЭСР (около 5%); в то же время в последнем случае уровни существенно ниже.[16]

Диаграмма 3.30. Тенденции в средней продолжительности пребывания в стационаре (СПП) в Казахстане, 2005 – 2015 гг.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (2016).

На фоне очень высокой и снижающейся СПП выделяются высокоспециализированные стационары. На Диаграмме 3.31 показана СПП и тенденции изменения этого показателя по различным категориям больниц. СПП в Казахстане колеблется от почти 18 дней в высокоспециализированных стационарах до 7,6 дней в сельских больницах и почти такой же продолжительностью – в районных больницах (там этот показатель составляет 7,7). В двух последний категориях больниц СПП показатель уменьшился, соответственно, на 20% и 15%. СПП в специализированных многопрофильных больницах второго уровня ближе к 9 дням и сокращается медленнее (на 11% с 2005 г. по 2015 г.). Напротив, в высокоспециализированных медицинских учреждениях третьего уровня показатель СПП в последние годы вырос и является самым высоким по всем пяти категориям больниц. Наконец, показатель СПП в моно-профильных больницах также остается очень большим (около 15 дней), хотя и сокращается относительно быстрыми темпами (30%).

Диаграмма 3.31. Средняя продолжительность пребывания в стационаре (СПП) в разбивке по типу больниц в Казахстане, все причины, 2005 – 2015 гг.

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

СПП по видам заболеваний опять показывает, что использование больничных ресурсов в Казахстане несколько отличается от принятого в странах ОЭСР. В Таблице 3.33 показана СПП для конкретных болезней по типам больниц в Казахстане[17]. Из таблицы видно, что СПП может в какой-то степени отражать серьезность положения: для высокого артериального давления (включено в таблицу в разделе «Заболевание, которое характеризуется высоким артериальным давлением» СПП достигает 10 дней и колеблется, соответственно, между 8,7 и 8,9 (в моно-профильных и районных больницах, причем в последние они являются наименее оборудованными учреждениями) и 11,8 (в высокоспециализированных больницах, наиболее оборудованных). Аналогичная картина складывается и с другими заболеваниями, тяжесть которых, судя по всему, отражается на более длительной СПП. Однако, как показывают данные, лечебная практика не является единообразной для всей системы. СПП для туберкулеза, например, колеблется от 111,1 дней в моно-профильных больницах до 77,1 в высокоспециализированных больницах третьего уровня и 7,5 – в неспециализированных многопрофильных больницах второго уровня. Другими словами, в Казахстане одна и та же болезнь дает разную СПП скорее в силу типа учреждения, в котором пациенты проходят лечение, нежели из-за строго медицинских причин.

Таблица 3.33. Особенности СПП (в днях) по конкретным заболеваниям и категориям больниц в Казахстане, 2014 г.

	Районные больницы	Многопро-фильные больницы второго уровня	Высокоспеци-ализированные больницы	Монопрофиль-ные больницы	Среднее значение
Острый инфаркт миокарда	6,3	7,4	10,6	10,8	8,8
Острая ревматическая лихорадка	10,6	12,5	17,4	17,0	14,4
Астма	8,8	9,1	10,8	21,7	12,6
Ожоги	9,6	11,9	14,4	-	12,0
Желчно-каменная болезнь, воспаление желчного пузыря, воспаление желчных путей	8,3	9,7	10,4	4,6	8,3
Хроническая ревматическая болезнь сердца	9,2	9,6	12,8	14,5	11,5
Диабет	8,9	9,7	9,0	23,3	12,7
Болезнь, характеризуемая высоким артериальным давлением	8,9	10,6	11,8	8,7	10,0
Болезни нервов, нервных корешков и сплетения	9,6	10,8	11,3	--	10,6
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	9,3	9,8	10,6	3,0	8,2
Гастрит и дуоденит	8,1	8,1	13,3	15,9	11,4
Глаукома	10,0	7,7	9,2	7,3	8,6
Гломерулонефрит	7,9	11,7	11,9	3,2	8,7
Инфекционный гепатит	12,8	14,8	18,8	15,6	15,5
Кишечные инфекции	7,6	7,7	3,5	6,9	6,4
Злокачественные новообразования	8,4	11,7	19,2	22,2	15,4
Пневмония	9,5	10,3	13,5	12,9	11,6
Отравляющие наркотики и биологические вещества, токсичные вещества, принимаемые в немедицинских целях, прочие и внешние причины, неустановленные состояния	4,7	4,1	5,8	2,3	4,2
Туберкулез легких	24,9	7,5	77,1	111,1	55,2
Системные заболевания соединительных тканей	9,4	11,2	13,8	9,4	11,0
Тубулоинтерстициальный нефрит	8,9	9,6	12,1	32,7	15,8

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Приведенные данные еще раз свидетельствуют о том, что многие услуги, которые оказывают в больницах Казахстана, в странах ОЭСР оказывают иные медицинские учреждения (в которых лечение могут проводить амбулаторно). В качестве примера можно привести лечение туберкулеза легких, по которому в Казахстане особенно высокий показатель СПП (в среднем 55,2 дней).

Наряду с высказанным ранее замечанием о том, что большинство типов больниц лечат одни и те же болезни, можно также сделать вывод о том, что казахские больницы, скорее всего, устанавливают продолжительность лечения в зависимости от наличия у пациента различных обстоятельств, при этом срок пребывания пациента в стационаре почти не связан с реальной сложностью заболевания (в случае туберкулеза легких распространена практика «содержать» пациентов по социальным причинам в одних категориях больниц и для лечения - в других). При этом нет данных о том, как это сказывается на финансовом положении соответствующих учреждений. Это, наверное, говорит о том, что система клинико-статистических групп пациентов имеет ограниченное воздействие на действия больниц (см. ниже).

Некоторые данные о применении современных технологий и процессов

Оценка эффективности работы больницы – задача непростая, но более пристальный анализ того, как применяются конкретные технологии, дает некоторые подсказки. В системах, которые стимулируют эффективное оказание медицинской помощи, стараются максимально задействовать современное и дорогостоящее оборудование и пытаются внедрять процедуры, которые позволяют оказывать услуги с меньшими ресурсами – например, дневные стационары. И по одному, и по другому направлению Казахстан мог бы добиться значительного продвижения.

Данные по частоте проведения диагностических тестов в больницах указывают на низкую интенсивность лечения и/или на невысокую эффективность распределения ресурсов

Для всех стационаров характерен низкий показатель частоты диагностических тестов. В условиях, когда отсутствуют данные по количеству оборудования, которое имеется в каждой больнице, необходимо проявлять осторожность при анализе количества диагностических тестов в расчете на одну больницу. В приведенной ниже таблице содержатся данные об основных диагностических тестах по каждой категории больниц в привязке к числу больничных учреждений. Прежде всего, можно отметить, что количество тестов – очень незначительное и еще раз свидетельствует о сравнительно низкой эффективности лечения в большинстве больниц Казахстана. Небольшое число диагностических тестов в расчете на день по каждой больнице позволяет также получить представление о масштабах работы по более рациональному использованию технологического оборудования[18] с тем, чтобы повысить эффективность его применения. Для сравнения заметим, что по состоянию на 2005 г. (Ruolz and Fortin, 2007) средний показатель интенсивности использования компьютерного томографа в Канаде составил 3 раза в час, а магнитно-резонансного томографа – 1,5 раза (оба показателя близки к среднему показателю использования в Казахстане аналогичных видов оборудования в расчете на день).

Таблица 3.34. Частота исследований по типу больницы, некоторые технологии

		Районные больницы	Больницы второго уровня	Больницы третьего уровня	Моно-профильные больницы	ВСЕГО
Исследования на компьютерном томографе	кол-во исследований	13.089	169.039	27.247	46.186	255.561
	число учреждений	181	163	33	279	765
	в день/ учреждение	0,20	2,84	2,26	0,45	0,92
МРТ исследования	кол-во исследований	306	82.146	19.770	6.577	99.540
	число учреждений	181	163	33	279	765
	в день/ учреждение	0,00	1,38	1,64	0,06	0,36
Ультразвуковые	кол-во исследований	17.657	164.259	80.069	83.497	345.482
	число учреждений	181	163	33	279	765
	в день/ учреждение	0,27	2,76	6,65	0,82	1,24

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

Остается недостаточно развитой система проведения хирургических операций в амбулаторных условиях

Характерной особенностью реформ, направленных на рационализацию больничного сектора, являются меры, направленные на формирование сбалансированной структуры медицинских учреждений, в которой пациентам не оказывается стационарная медицинская помощь в тех случаях, когда она может быть более эффективно оказана на иных уровнях – либо в амбулаторных условиях, либо даже в учреждении здравоохранения по оказанию первичной медицинской помощи[19]. К числу наиболее подходящих операций, которые можно проводить без госпитализации, относятся операции по удалению катаракты, паховой грыжи и желчного пузыря.

В Казахстане доля операций при удалении катаракты, проводимых в амбулаторных условиях, согласно предоставленным данным, за последний год выросла почти на 8% (с 25,8% в 2014 г. до 33,2% в 2015 г.). Лечение паховой грыжи и удаление желчного пузыря также все чаще проводятся на базе дневных стационаров (хотя здесь рост идет медленнее) – см. ниже.

Таблица 3.35. Плановые операции – тенденции в стационарном и амбулаторном лечении, все больницы, 2014 – 2015 гг.

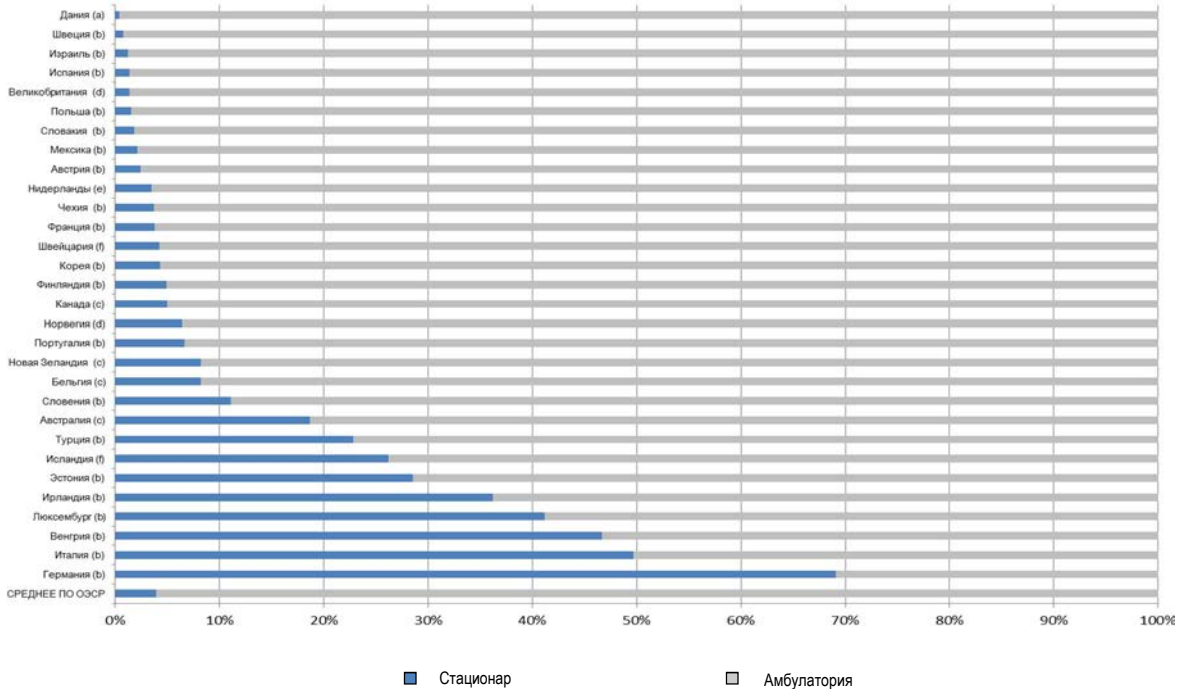
	Всего		% стационарных		% амбулаторных	
	2014 г.	**2015 г.**	**2014 г.**	**2015 г.**	**2014 г.**	**2015 г.**
Операции по удалению катаракты	22.466	25.298	74,2%	66,9%	25,8%	33,2%
Операции на паховой грыже	22.690	22.822	95,8%	93,1%	4,2%	6,9%
Операции по удалению желчного пузыря	29.452	21.189	99,7%	99,4%	0,4%	0,6%

Источник: данные Минздрава, август 2016 г.

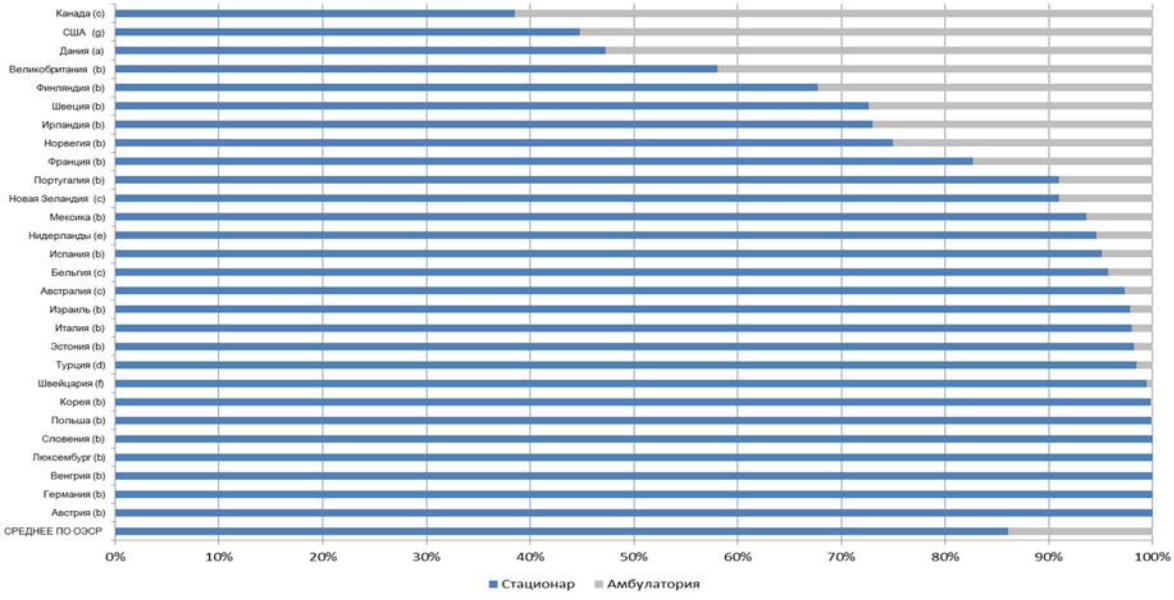
В то же время и абсолютное количество операций, и доля всех трех видов операций, проводимых в амбулаторных условиях, существенно отстают от средних показателей по ОЭСР (см. ниже):

Диаграмма 3.32. Плановые хирургические процедуры – стационарные против амбулаторных – ОЭСР, последний имеющийся год

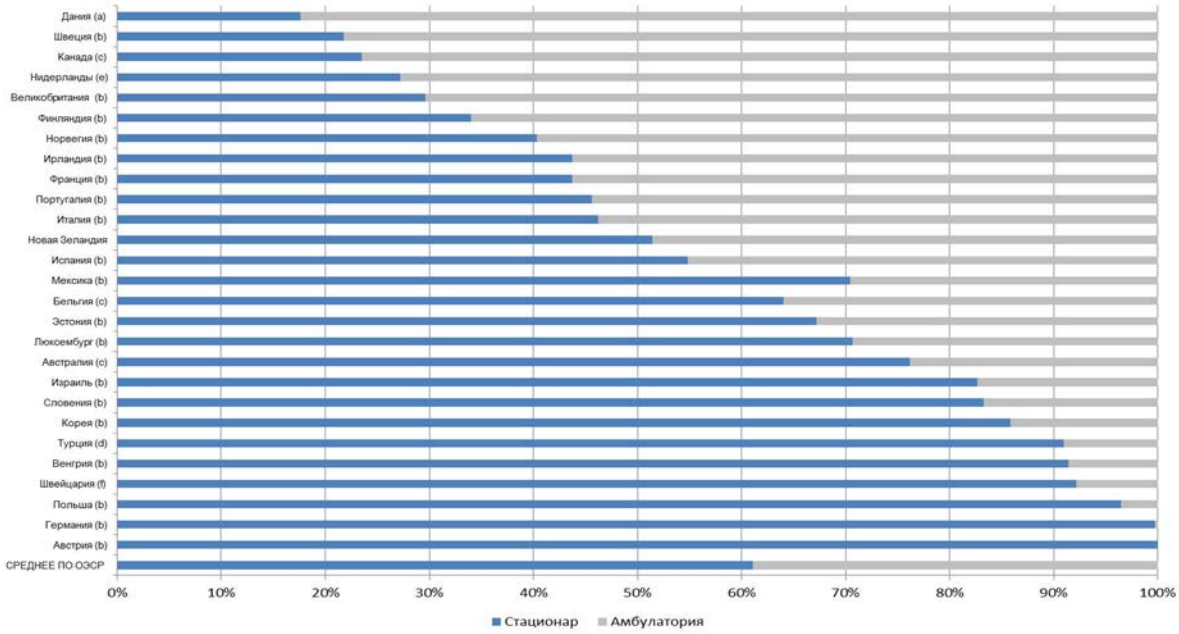
(i) Удаление катаракты



(ii) Удаление желчного пузыря



(iii) Лечение паховой грыжи



Примечание: (a): 2015; (b): 2014; (c): 2013; (d): 2012; (e): 2010; (f): 2008; (g): 2006.

Источник: Статистика ОЭСР по здравоохранению, 2016 г. http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30167

Последствия стремительного внедрения клинико-статистических групп пациентов полностью пока не ясны

В Казахстане будущие общие бюджеты распределяются между больницами на основании контрактов с выплатами в зависимости от вида деятельности, что подразумевает систематическое формирование клинико-статистических или диагностически связанных групп пациентов (см. также выше). Помимо возраста и пола пациента в клинико-статистических группах используются также следующие признаки: (i) основной диагноз; (ii) тяжесть заболевания; (iii) выполненные процедуры; (iv) сопутствующая патология и (v) состояние при выписке. Выплаты по этой системе производятся по росписи, устанавливаемой Минздравом и фактически сохраняющейся без изменений (хотя тариф по клинико-статистическим группам, выплачиваемый больницам, был увеличен на 3,5% в 2013 г. и 2014 г.).

Строго говоря, таким образом система клинико-статистических групп в Казахстане с самого начала была в большей степени ориентирована на цели финансирования услуг и распределения бюджета, чем на описание видов деятельности больниц или на измерение результатов их деятельности с уточненными схемами классификации пациентов (поэтому клинико-статистические группы здесь анализируются далее как компонент работы по повышению эффективности).

Неизбежно современная система клинико-статистических групп в Казахстане строится по довольно грубым критериям. Различия в количестве койко-мест и большой диапазон затрат на лечение, связанный с разным состояния пациентов (индекс КСГ), невозможно точно учесть. Больницы с большим числом койко-мест или же проводящие лечение пациентов, находящихся в более тяжелом состоянии в

пределах одной клинико-статистической группы, оказываются в невыгодном состоянии, и наоборот, потенциально создается парадокс, когда высококачественная больница или отделение, способные привлекать более тяжелых пациентов по своему клиническом опыту, могут быть наказаны за превышение затрат свыше установленных тарифов. Таким образом, различия, которые не всегда вызваны неэффективной работой больницы, а обусловленные тяжелым состоянием находящихся в стационаре пациентов или разным числом койко-мест, учитываются недостаточно, и, как следствие, экономические стимулы, которые могут создаваться (например, с точки зрения завышения кодов услуг или тенденции больниц экономить на качестве) не всегда очевидны.

В настоящее время по системе клинико-статистических групп в Казахстане финансируется достаточно ограниченный круг медицинских стационарных учреждений, число которых точно неизвестно, и немалое число больниц не подпадают под финансирование в рамках клинико-статистических групп. В больницах, финансируемых по системе клинико-статистических групп, немалое число видов деятельности финансируется иными способами. Неплохо было бы провести анализ воздействия реформы на финансирование больничных учреждений.

В целом эффективность по-прежнему сложно определить

В заключение, и это опять идет в противовес практике, принятой во многих странах ОЭСР, отсутствуют необходимые данные в отношении финансовых результатов, производительности или неявки сотрудников в больницах, также как и многие другие показатели, которые могли бы помочь в оценке эффективности работы больниц. В учреждениях «с правом ведения экономической деятельности» действуют наблюдательные советы, отвечающие за финансовое/административное управление, но в то же время почти нет данных о том, что Министерство здравоохранения и Министерство социального развития (или даже региональные власти, которым принадлежат больничные учреждения) обладают возможностями для того, чтобы обеспечить большую подотчетность больниц, которая идет рука об руку с предоставлением больницам большей самостоятельности.

С другой стороны, растет объем данных о клинико-статистических группах и затратах по возрастным группам, сельскому и городскому населению, в разбивке по стационарным, амбулаторным, высокоспециализированным, реабилитационным и дневным медицинским учреждениям (отдельно по поликлиникам и стационарам). Эта информация уже анализируется и используется в КОМУ для составления контрактов, другими словами, для понимания затрат и их надлежащего прогнозирования. Введение схемы обязательного социального медицинского страхования должно сопровождаться наращиванием усилий по оценке и сравнению различных аспектов деятельности больниц на более системной основе и ее воздействия на систему финансирования медицинских учреждений.

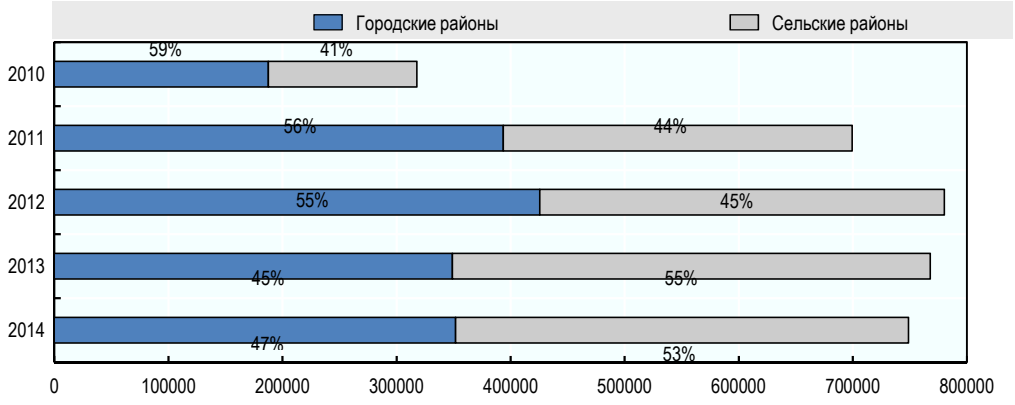
Реагирование/ориентация на потребности пациента

В странах ОЭСР уделяется все больше внимания опыту пациентов при получении медицинской помощи и собирается все больше информации по этой теме *(Достаточно ли времени врачи уделяют пациентам во время консультации регулярных посетителей?», «Дают ли они возможность пациентам задавать вопросы или высказывать опасения?» «Понятны ли их объяснения?», «Вовлекают ли они пациента в принятие решений о медпомощи и лечении?»)*. Ответы на эти

вопросы позволяют оценить, насколько внимательны врачи к потребностям и ожиданиям пациентов.

Так, в Казахстане предоставление пациенту права выбирать медицинское учреждение, в котором он предпочитает проводить лечение – это способ стимулировать больницы в большей степени ориентироваться и реагировать на потребности пациентов. Эта возможность появилась в 2010 г., и число пациентов, воспользовавшихся такой возможностью, стремительно выросло и достигло примерно 700 000 – 800 000 обращений в год. Первоначально именно городские жители должны были в первую очередь воспользоваться этой возможностью, но теперь свыше половины выбравших этот вариант проживают в сельской местности. Поскольку сельское население в меньшей степени склонно посещать больницы, складывается ощущение, что эта политика оказалась особенно полезна именно им.

Диаграмма 3.33. Число пациентов, воспользовавшихся правом свободного выбора медицинских учреждений оказывающих услуги населению в Казахстане, всего и распределение между сельским и городским населением, 2010 – 2014 гг.



Источник: Презентация Министра здравоохранения. Минздрав, Астана, 2015 г.

Однако, для того, чтобы оценить степень удовлетворенности жителей услугами медицинских учреждений, нужны дополнительные данные, собранные на уровне пациентов.

3.5. Итоговая оценка и стратегическое направление развития

Оценка исходных факторов, видов деятельности и результатов в больничном секторе

Совершенно очевидно, что больничный сектор в Казахстане коренным образом изменился с момента обретения страной независимости. Меньшее число более современных и лучше оснащенных больничных учреждений предоставляют населению основной набор специализированных услуг, включая самые передовые. Одновременно проводится сразу несколько реформ, которые, в том числе, привели к последовательным или одновременным изменениям в:

- Источниках финансирования (из республиканского бюджета к финансированию из бюджетов областей и местных органов власти, с

переходом на централизованные и более стратегически ориентированные закупки);

- Методах финансирования (от постатейного финансирования к платежам, которые все лучше отражают деятельность больничных учреждений и стимулируют повышение эффективности работы, по крайней мере в городских медицинских учреждениях);
- Организации и администрировании (многим государственным больницам разрешено развивать коммерческие виды деятельности, создаются специальные государственные компании, развивается частный сектор в сфере здравоохранения);
- Обновлении многих других аспектов системы регулирования отрасли. Например, была введена аккредитация для поощрения повышения качества и безопасности предоставляемых медицинских услуг; пациенты имеют возможность выбирать медицинское учреждение, в котором они хотели бы пройти лечение, на основе объективной информации, которая им предоставляется через онлайн портал, т. д.

Хотя многие из этих элементов уже являются частью арсенала правовых методов регулирования больничного сектора в странах ОСЭР, их, тем не менее, необходимо тщательно прорабатывать с тем, чтобы обеспечить устойчивое развитие отрасли и обеспечить благоприятное воздействие на развитие системы здравоохранения (European Steering Group on Sustainable Healthcare, 2014).

В то же время одновременное проведение сразу нескольких реформ в Казахстане создает некоторые специфические трудности. Реформы нередко разворачиваются стремительно (например, решение о переходе на систему клинико-статистических групп было принято в 2011 г., а финансирование на этой основе началось в 2012 г. – поразительно короткий период по международным стандартам (Busse et al., 2011)). Помимо этого, на практике не все элементы разнообразных реформ соответствуют заявленным целям и явным образом скоординированы с ними. Такой подход объясняется как раз необходимостью приспособить принципы реформирования к специфическому казахскому контексту и политическим реалиям, но в некоторых случаях в результате возникают довольно парадоксальные ситуации.

В частности, остается незавершенной проработка всех элементов реформирования в рамках проблематики консолидации больничного сектора. Как отмечалось, в тесной координации с органами власти был разработан мастер – план, который должен был дать стратегическую дорожную карту для проведения кардинальных изменений и модернизации оказания медицинских услуг с учетом потребностей населения и имеющихся возможностей системы здравоохранения. По состоянию на конец 2017 года этот план по-прежнему находился в стадии доработки, и намерение его реализовать по-прежнему оставалось в силе. Параллельно продолжается разработка и согласование программ инвестиций и развития отрасли различными заинтересованными лицами как на центральном уровне, так и в регионах и даже в частном секторе.

Также еще не полностью завершено реформирование финансовой сферы в здравоохранении. Введение клинико-статистических групп, несомненно, способствовало большей прозрачности финансирования неотложной помощи. Была заложена более прочная база для развития и совершенствования контрактов, которые должны стать едиными в случае запланированного введения системы социального

медицинского страхования. С другой стороны, стремительное внедрение системы клинико-статистических групп в самом начале потребовало использования довольно приблизительных данных, что, судя по всему, привело к перекосу выплат в пользу более сложной медицинской помощи. Помимо этого, движение в направлении прозрачной и основанной на нормативах схемы финансирования не было распространено на все части системы здравоохранения, в чем говорилось выше. Например, финансирование больниц в случае онкологических заболеваний или туберкулеза, которые составляют значительный сегмент услуг, которые оказывают многопрофильные больницы, остаются за рамками выплат по клинико-статистическим группам. Сельские и районные больницы также в целом напрямую финансируются из бюджета, но уровень этого финансирования, как считают эксперты, не всегда отражает деятельность или результаты работы этих медицинских учреждений.

В этом контексте больничная система, судя по всему, пока не в состоянии полностью реагировать на те стимулы, которые возникают благодаря реформе финансирования и, в частности, системе клинико-статистических групп (которые были призваны, как это разъяснялось выше, стимулировать более эффективное использование ресурсов и стандартизацию медицинской практики). Нет пока и данных о финансировании больниц, что говорит о недостаточности внимания к тому, чтобы заставить их нести ответственность за свое финансовое положение.

В общем и целом, как показывает анализ материала данной главы, в некоторых прочих аспектах переход к современной больничной системе пока еще не полностью укоренился. Больничная система остается сильно раздробленной, о чем свидетельствует наличие в стране 34 разных категорий больниц. Их структурирование – с учетом мнения специалистов – в соответствии с функциональными направлениями деятельности позволило выявить некоторые ключевые особенности современной больничной системы.

Во-первых, на долю стационарных медицинских учреждений, которые специализируются по отдельным видам заболеваний или по группам населения по-прежнему приходится 40% всех больниц, 40% койко-мест и примерно треть всех случаев госпитализации. В отличие от этой ситуации, большинству постсоветских стран удалось в большей степени отойти от общего советского наследия моно-профильных учреждений. Этот переход нередко был вынужденным в силу необходимости целевых инвестиций и более эффективного использования имеющихся ресурсов, как кадровых, так и материальных, но, что особенно важно, эта тенденция определяется также тяжестью заболеваний и изменениями в процессе лечения и в используемых для этого технологиях, которые необходимы и которые ведут к большей координации медицинской помощи в сложных случаях, когда речь идет о различных хронических заболеваниях.

Во-вторых, анализ деятельности больничных учреждений через призму новой классификации выявил сложность в определении всех элементов бизнес-моделей при организации операций в больничном секторе Казахстана. Для начала, как было убедительно показано, «сельские больницы» не в состоянии оказывать, да и не оказывают специализированные услуги; они могут играть важную роль в обеспечении «входа» в систему оказания медицинской помощи для сельского населения, но с финансовой точки зрения их скорее следует отнести к области первичной, социальной или реабилитационной помощи. Для остальных категорий многопрофильных больниц классификация показала, что несмотря на различия в

объемах предоставляемых ресурсов для разных уровней сложности медицинских услуг, на самом деле практически нет никаких данных о том, что виды деятельности действительно сильно различаются между собой, за исключением сферы некоторых высокоспециализированных услуг. Другими словами, больницы в Казахстане недостаточно дифференцированы между собой и слабо связаны вертикально. Опять-таки это организационный принцип, которого придерживаются большинство стран ОЭСР, поскольку он позволяет больницам дифференцировать предлагаемые услуги так, чтобы обеспечить экономию средств за счет увеличения объема и разнообразия оказываемых медицинских услуг. Это также позволяет оказывать услуги безопасно и эффективно (Roland et al., 2013).

Наконец, хотя это довольно сложно подсчитать, информация, собранная в ходе проведения данного анализа, заставляет думать, что в больницах меньше чем хотелось бы (на самом деле, очень мало) взаимодействия с остальными секторами системы здравоохранения и социальной помощи, включая первичное звено медицинской помощи, дома-интернаты и другие аналогичные учреждения. Другими словами, координация медицинской помощи в Казахстане по-прежнему развита недостаточно. Это, опять же, было указано в качестве приоритетного направления в программы «Денсаулык» на 2016 – 2019 гг.

В целом, клинической модели, определяющей роль больниц, требуется дальнейшее развитие, чтобы лучше справляться с уровнем заболеваний в стране и более эффективно обслуживать населения в соответствии с имеющимися потребностями. Небольшая часть стационарных медицинских учреждений в состоянии предоставлять высокоспециализированные услуги и оказывать медицинскую помощь, речь идет о низкой (эпидемиологической) распространенности болезней, сложном характере заболеваний и высоких удельных затратах на лечение (например, трансплантация органов). В то же время эти же медицинские учреждения в больших масштабах занимаются лечением простых и типовых заболеваний с низкими затратами в расчете на одного пациента. Фактически, как уже говорилось, для подавляющего большинства стационаров характерна низкая интенсивность работы по оказанию медицинских услуг (как это было показано на примере высокого удельного веса несложных операций по удалению аппендицита и проведению кесарева сечения при анализе структуры оказываемых больницами услуг или даже если просто посмотреть на низкую долю случаев госпитализации пациентов с диагнозами угрожающих жизни заболеваний).

Анализ также показывает, что значительная часть медицинской помощи, которую оказывают в больницах Казахстана, в современных системах здравоохранения обычно не требует пребывания в стационаре. И наоборот, значительная часть медицинской помощи, которая в больницах ОЭСР (особенно в Европе, где данные позволяют провести больше сравнений) считается рутинной, по-прежнему довольно редко оказывают в Казахстане, по крайней мере, согласно предоставленным данным (например, операции по удалению катаракты, проводимые в условиях дневного стационара, либо же коронарное шунтирование). Несмотря на то, что население в Казахстане достаточно молодое, состояние с заболеваемостью в стране таково, что наличие подобных различий в организации медицинской помощи ставит под сомнение возможности больничной системы эффективно удовлетворить потребности населения.

В итоге, набор медицинских услуг в казахских больницах по-прежнему довольно сильно отличается от услуг типичных больниц в ОЭСР.

Результаты оценки результатов работы больниц, которые получены в ходе проведенного анализа, следует понимать именно в этом контексте. Самые обобщенные данные указывают на то, что доступ к имеющимся больничным услугам оказывается, в общем-то, адекватным, показатели выписки находятся на уровне среднего по ОЭСР, а время ожидания крайне незначительно. Такие высокие показатели уровня эффективности работы, как средняя продолжительность пребывания в больнице или средняя занятость койки, также сопоставимы со странами ОЭСР (на самом деле, общий уровень смертности в больницах оказывается примерно в сто раз ниже, чем в странах ОЭСР). В то же время при более тщательном анализе данных и при анализе показателей с точки зрения перспективы развития этого сектора здравоохранения создается более противоречивая картина, ставящая под сомнение способность больничного сектора оказывать надежную медицинскую помощь в соответствии с состоянием заболеваемости в стране. По результатам анализа эксперты также пришли к выводу о значительном потенциале для более рациональной организации работы с экономической и функциональной точки зрения.

Вместе с тем, предоставленных для анализа данных, судя по всему, недостаточно для более детальной общей оценки результатов работы больничного сектора. Отсутствуют многие показатели, которые используются с этой целью в странах ОЭСР (см. также следующий раздел). В общем и целом, не ясно, анализируется ли на регулярной основе и полностью ли задействуется для оценки уровня эффективности сектора и его отдельных учреждений та информация, которая уже собрана в системе. Поэтому, несмотря на множественность сигналов о том, что реформы идут в верном направлении, сказать можно только то, что при отсутствии систематической оценки хода реформ степень, в которой они содействуют движению в сторону поставленных целей, остается неясной.

Совершенствование оказания медицинской помощи в больницах в Казахстане: рекомендации

Казахстан заявил о том, что целью развития системы оказания медицинской помощи в стационарах является соответствие стандартам ОЭСР с точки зрения результатов работы медицинских учреждений, структуры услуг в стационаре и уровня расходов. Поэтому реформы, проведенные в Казахстане с целью модернизации больничной помощи, следует оценивать с учетом данной задачи.

В этом отношении, несмотря на очевидный прогресс, в данной главе говорилось о том, что достигнутые изменения пока не оказали достаточного воздействия на работу стационарных медицинских учреждений, чтобы сократить разрыв (что, во многих отношениях, не должно удивлять, учитывая низкий исходный уровень). Как следствие, *во многих казахских больницах требуются дальнейшие последовательные усилия для того, чтобы довести работу до такого уровня качества и эффективности, который характерен для современных больниц в странах ОЭСР*.

Решение этой непростой задачи призвано помочь в определении стратегического направления движения для всей системы. В данном завершающем разделе предлагаются некоторые самые общие приоритеты по реформированию структуры, функций и схемы управления больничной системой в Казахстане. Эти приоритеты опираются на опыт, полученный странами ОЭСР; там, где уместно, предлагаются примеры того, как страны ОЭСР решают конкретные проблемы. В целом, данные

рекомендации призваны помочь консолидации и определению приоритетов в текущей работе, которая, в целом, идет в верном направлении.

Необходимо ускорить процесс реорганизации системы оказания услуг в стационарах, обеспечить доступ к качественной медицинской помощи с учетом потребностей местного населения

Необходимо ускорить консолидацию все еще раздробленного больничного сектора. Главная цель реструктуризации – повсеместное распространение услуг, которые пока оказываются в моно-профильных медицинских учреждениях (Atun, 2008), и большая дифференциация набора услуг, которые оказывают многопрофильные больницы различного уровня. Все медицинские стационарные учреждения должны быть функционально связаны. Необходимо обеспечить доступ к медицинским услугам для населения, проживающего в удаленных и периферийных районах. Некоторые из подходов, применяемых в странах ОЭСР (см. ниже Вставку 3.1), могут быть адаптированы к условиям Казахстана.

Вставка 3.1. Кратко о действующих подходах к оказанию больничных услуг в сельских районах

Австралия

- Многопрофильные услуги (МПУ), направленные на оказание услуг здравоохранения в небольших, удаленных или сельских районах и основанные на упрощенном финансировании
- Использование телемедицины
- Подготовка медицинских кадров включает в себя удаленное обучение или подготовку кадров для работы в сельских больницах
- Сети для экстренной медицинской помощи

Канада

- Внимание уделяется вопросам перевода на лечение в больницы при необходимости
- Медицинские авиаперевозки
- Сельские центры здоровья, оказывающие неотложную помощь

Эстония

- Наращивание взаимодействия в сетях больничных учреждений с целью расширения доступа к специализированной помощи в небольших больницах

Италия

- Национальные стандарты для больниц в удаленных районах
- Больницы в удаленных районах определяются по их расстоянию до центра, куда дается направление для дальнейшего лечения

Испания

- Нет специализированных сельских больниц, так как больницы классифицируются по клиническому предназначению
- Все больше экстренных услуг оказывается медицинскими учреждениями первичной врачебной медико-санитарной помощи

Великобритания

- Централизация услуг
- Поддержка небольших больниц
- Сетевое взаимодействие

США

- Показательные меры политики федерального уровня включают в себя меры по компенсации затрат; меры, направленные на расширение доступа к медицинскому страхованию и показательные программы для опробования новых моделей оказания медицинской помощи и развития системы здравоохранения

Источник: Rechel (2016)

С практической точки зрения, мастер-план, разработанный в 2010 году в рамках проекта Всемирного банка (в котором отражены принципы, изложенные выше, а также дан углубленный анализ по регионам текущего состояния и потенциала для преобразований в каждом из учреждений), лёг в основу официального генерального плана Министерства, который по состоянию на 2017 год, находился в стадии завершения.

Требуются более систематические усилия по упорядочению новых инвестиций, частных или государственных, финансируемых центром или областью, с учетом упомянутых выше планов развития больничного сектора. Нести ответственность за их реализацию должны самые разные заинтересованные лица и организации.

Для содействия процессу можно было бы даже объединить взаимно дополняющие друг друга учреждения здравоохранения, которые в большей мере должны использоваться для решении стратегических задач, под началом одного руководителя, который отвечал бы сразу за работу нескольких медицинских учреждений (меры по управлению работой организации в пределах одного больничного комплекса, будут встречать меньше сопротивления, нежели в нескольких отдельных больницах, – см. ниже международный опыт во Вставке 3.2).

Наконец, необходимо уделять особое внимание управлению изменениями и доведению до сведения, в частности, той части общественности, которой должно быть ясно, что решения о реструктуризации могут фактически привести к улучшению доступа к безопасной медицинской помощи, лучше адаптированной к потребностям.

Вставка 3.2. Реструктуризация больниц – некоторые примеры положительного опыта

Преобразование больничной системы всегда оказывается делом непростым. Ниже представлены некоторые примеры стимулирования преобразований в различных сферах:

- В Эстонии на ранних стадиях проведения реформ больницы, которые было решено объединять, были поставлены под единое руководство. Тщательное управление качеством помогает деполитизировать дискуссии относительно слияний и закрытий медицинских учреждений.
- В Австрии различные органы власти на местах осуществляют совместное управление сетью учреждений что, таким образом, создает стимулы для эффективной организации оказания медицинских услуг.
- В Финляндии в результате слияния 17 больниц, в которых насчитывается 20 000 сотрудников и 3 300 койко-мест, появилась больница Хельсинского университета, рассчитанная на обслуживание 1,4 млн жителей.
- В Швеции два крупных больничных комплекса были объединены в больницу Каролинского университета в Стокгольме, в которой насчитывается 15 000 сотрудников и 1 700 койко-мест для обслуживания чуть более 1 млн жителей.
- В Великобритании пять больниц были объединены в одну – Учебный больничный центр Шеффилда для обслуживания 640 000 жителей.
- В Испании недавно на опыте слияния под одним руководством двух крупных больниц в Севилье было разработано Руководство по планированию объединения больниц.
- В Литве учреждения в регионах функционально группируются по направлениям работы, чтобы пациенты могли как можно быстрее добраться до учреждения, лучше всего лечащего их заболевания с учетом степени сложности. После оказания сложных медицинских услуг на высоком уровне пациенты затем переводятся в учреждения более низкого уровня для последующего технически менее сложного лечения.

Определить четко обозначенные и понятные пути и решения вопроса о том, чем в принципе должна и чем не должна заниматься больница.

В Казахстане больницам необходимо сделать следующий шаг к дальнейшему повышению качества медицинской помощи. На данном этапе практически все больницы прошли через процесс аккредитации; разработаны большие комплекты методических руководств и протоколов. Однако применение этих инструментов и процессов клинической работы и управления качеством на практике пока не состоялось. В 2016 г. были предприняты дополнительные шаги в этом направлении. С целью повышения стандартов медицинской помощи при Министерстве здравоохранения была создана Объединенная комиссия по качеству медицинских услуг. В 2016 г. комиссия провела свыше 10 заседаний, в ходе которых было принято более 130 клинических протоколов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов, 18 медицинских технологий (методов лечения заболеваний в области кардиологии, онкологии, офтальмологии, нейрохирургии, гастроэнтерологии) и 3 стандарта по оказанию медицинской помощи. Необходимо будет решить задачу поддержки и мониторинга эффективной реализации принятых решений на всех уровнях системы стационарных медицинских учреждений. Управление клинической работой в больничной системе должно быть усилено и модернизировано.

Сложной структурной проблемой является формирование культуры обеспечение качества медицинских услуг, особенно с учетом традиции «управления и контроля». Изменения культуры в этой области не будут происходить, если профессионалы и другие заинтересованные стороны не будут адекватно мотивированы и не будут вовлечены в этот процесс. Необходимо тщательное сочетание политики, убеждения и хорошо продуманных контрактных стимулов (см. ниже).

Необходимо укреплять и модернизировать управление клинической работой в больничной системе; следует также усилить координацию действий при оказании медицинских услуг между первичной врачебной помощью и экстренной стационарной помощью, а также между последней и службами реабилитации, как это предусмотрено программой «Денсаулык» на 2016 – 2019 гг. Надлежит повысить клинический потенциал персонала и совершенствовать управленческие навыки соответствующих специалистов и, в конечном итоге, всей системы стационарных медицинских учреждений для удовлетворения потребностей населения в эффективной и надежной медицинской помощи, развивая уже имеющиеся инициативы (см. Раздел 3.2).

Страны ОЭСР предлагают множество примеров как по совершенствованию клинической практики, так и по координации оказания медицинской помощи между больницами и другими учреждениями здравоохранения, в том числе контроль за показателем повторной госпитализации через финансовые стимулы, введение строгих программ использования передового опыта с последующей обязательной проверкой, что сказывается на развитии профессиональной карьеры медицинского персонала (фактически повсеместная практика во всех странах ОЭСР), создание прозрачных систем оценки результатов работы (Cashin et al, 2014), организацию системы оплаты по результатам с постоянным и тщательным контролем, как в Великобритании и Франции (Nolte et al., 2014), привлечение профессиональных менеджеров к управлению медицинскими учреждениями, установление, при необходимости, четких санкций за высокие показатели повторной госпитализации – как в США, Германии и Бельгии (Charlesworth, 2012).

Более эффективно задействовать механизмы финансирования и контрактную систему

Финансирование больниц остается раздробленным, а система клинико-статистических групп нуждается в дальнейшем совершенствовании. Прогресс в этих областях поможет значительно улучшить работу по контрактам, что особенно необходимо, чтобы намерение задействовать социальное медицинское страхование стало реальностью (Marshall et al., 2014).

Будущий единый покупатель медицинских услуг должен использовать контракты как инструмент, обеспечивающий качество медицинского обслуживания и процесс оказания медицинских услуг. Согласно международному опыту сам процесс заключения контрактов настолько же важен как и содержание контрактов (Loevinsohn, 2008). Он должен осуществляться в сочетании с мерами, направленными на создание альтернативных вариантов стационарной медицинской помощи, среди которых – лечение в амбулаторных условиях и в условиях однодневного стационара, а также важнейшие мероприятия по социальной и медицинской реабилитации плюс более эффективная координация между различными сегментами медицинской помощи.

Регулирование самостоятельности больниц и усиление их подотчетности

Реорганизация больничного сектора и развитие более понятных моделей ведения бизнеса и оказания медицинских услуг требует совершенствования системы управления в учреждениях здравоохранения, имеющих значительную самостоятельность с тем, чтобы (i) приспособиться к изменениям в быстро меняющихся условиях регулирования и финансирования деятельности больниц; (ii) удовлетворять спрос пациентов на медицинские услуги и (iii) укладываться в затраты.

Краеугольным камнем повышения ответственности перед обществом является выбор пациента. Как считается, в настоящее время пациенты уже могут реализовать свое право на выбор медицинского учреждения, в котором они могут получать лечение. Важным направлением работы по поддержанию этой инициативы является составление Республиканским центром по развитию здравоохранения рейтинга или ранжирования больниц, что соответствует международной практике (Kelly and Tetlow, 2012).

В то же время нужно отметить, что одни только пациенты не смогут заставить больницы нести ответственность, и самостоятельность должна быть дополнена повышенной подотчетностью перед обществом. Притом что внутри системы административные обязанности четко прописаны, главная обязанность по эффективному контролю и направлению отдельных учреждений в сторону целей системного уровня распылена между регионами, департаментами и структурами Министерства здравоохранения (КОМУ). При наличии некоторых работающих инструментов не ясно, кто отвечает за текущий анализ данных для мониторинга различных аспектов эффективности работы и должен заставлять больницы нести за них ответственность.

В особенности, из этой тенденции не должна выпасть растущая роль частного сектора. Повсеместно в ОЭСР работа частных больниц подлежат регулированию и контролю для обеспечения повышенной эффективности в обслуживании граждан,

для чего потребуется уточнить роль Министерства здравоохранения в отношении оказания услуг учреждениями частного сектора (Eurofund, 2017).

Стратегия и управление на основе информации

В общем, для принятия решений на уровне отдельных медицинских учреждений и всей системы в целом могут потребоваться более качественные данные, чем те, которые имеются в настоящее время в Казахстане, и более эффективное их использование. Теми данными, которые запрашивали эксперты ОЭСР у властей Казахстана далеко не исчерпывается вся полнота имеющейся информации. Тем не менее, даже по относительно базовым показателям имеющиеся цифры указывают на ряд недостатков в качестве данных, формируемых информационными системами, а также на возможные пробелы. За последние годы информационные системы как в развитых, так и в развивающихся странах, в целом позволяют формировать большие массивы информации (состояние здоровья, деятельность в системе здравоохранения, т. д.). Однако чаще всего данные (особенно по таким категориям потребляемых ресурсов, как численность персонала и его состав, расходы на здравоохранение, а также таким результатам, как агрегированная деятельность больниц) оказываются раздробленными, они не объединены или не анализируются таким образом, чтобы проверить или иногда даже оспорить их качество, либо сопоставить их, чтобы убедиться в существовании (непротиворечивой) картины. На самом деле, данные нередко совсем не способствуют какому-либо системному совершенствованию процесса принятия оперативных решений, направленных на повышение эффективности работы.

Государственная программа «Информационный Казахстан» поддерживает введение информационной системы по состоянию здравоохранения в стране. Одним из ключевых показателей этой программы является 100%-ное подключение всех медицинских учреждений к единой сети здравоохранения.

Разработка новых инструментов и подходов к сбору данных и эффективному использованию информации о состоянии здоровья населения могло бы быть первым шагом в направлении совершенствования управления в больницах и больничной системой в целом. Для того, чтобы эта работа была успешной, необходимо следующее:

- установление целей и промежуточных задач для больниц и больничной системы;
- выбор соответствующего комплекса показателей для измерения различных аспектов эффективности и продвижения к поставленным целям;
- наличие детальных, точных и надежных данных, сопоставляющих текущий уровень с желаемыми стандартами;
- аналитические возможности для выявления различий в результатах работы медицинских учреждений;
- информация о мерах, которые направлены на решение конкретного набора проблем (способности увязать имеющиеся сведения с предложениями по совершенствованию);
- знания для умелого пользования данными и информацией, позволяющих добиться изменений (алгоритмы распространения сведений и влияние на

поведение тех или иных участников процесса, занятых поисками предлагаемых решений);

- анализ воздействия реформ для оценки того, достигают ли они задуманных результатов, при контроле возможного незапланированного воздействия на иные аспекты деятельности.

Создание целевой и качественной информационной базы составляет лишь часть уравнения. Органам власти необходимо укреплять систему получения стратегически важных данных – другими словами, вырабатывать всеобъемлющие основы для выявления подлежащих решению политических задач, понимания причинно-следственных связей, которые определяют взаимодействие политических решений с этими задачами (что влияет на что и как), собирать данные, обосновывающие те или иные политические решения, и получать соответствующие сигналы предупреждения в случае недопустимого отклонения ситуации от желаемых стандартов.

Даже если удастся успешно заложить основы для реформирования, важнейшим все равно остается контроль за показателями деятельности больниц и обеспечение стратегического направления их развития, и это утверждение справедливо для любой страны (Jeurissen, 2016) (см. Вставку 3.3 по системам измерения деятельности больниц в странах ОЭСР).

Противоречия, вскрытые в различных аспектах работы стационарных медицинских учреждений Казахстана, скорее всего отражают сложности переходного периода, который страна (и находящиеся на ее территории больницы) переживают в последние годы. Без всякого сомнения, для больниц и различных заинтересованных лиц и организаций, которым они подотчетны, этот процесс был очень сложным. Однако сложность может привести к несогласованности целей реформ и инструментов для их реализации. По этой причине теперь Казахстану необходимо уделить самое пристальное внимание выработке стратегии и управления системой здравоохранения. Нужно систематически оценивать результаты проделанной работы и собирать необходимые сведения/информацию высокого уровня с тем, чтобы обеспечить принятие рациональных решений.

В этой связи объективная оценка информации, полученной от различных заинтересованных сторон, с учетом замечаний, содержащихся в настоящей главе, представляет собой, возможно, наиболее серьезный вопрос для решения. Услуги, оказываемые в стационарных медицинских учреждениях, должны в большей мере «отражать состояние здоровья» населения Казахстана и реагировать больше и лучше на действительные причины смерти, заболеваний и инвалидности. Также им необходимо делать это с максимальной степенью эффективности и надлежащего внимания к восприятию обществом работы медицинских учреждений и стандартов качества.

В конечном итоге, больничные реформы являются частью более широких системных изменений и, судя по международному опыту, требуют времени (Hurst, 2010); вот почему так важно не менять принятого курса без тщательной оценки сделанного и воздерживаться от попыток «сделать что-нибудь новое» без надлежащего анализа ситуации.

Вставка 3.3. Национальные программы измерения результатов работы больниц в странах ОЭСР

Проведенное ОЭСР в 2015 г. исследование, в котором приняли участие 15 стран (Австралия, Канада, Чили, Дания, Финляндия, Израиль, Италия, Корея, Латвия, Мальта, Мексика, Норвегия, Сингапур, Швеция и США), показало следующее:

- в большинстве стран существуют национальные программы формирования показателей, измеряющих результаты работы больниц, но они находятся на самых разных этапах развития;
- использование данных по больницам и клиническому сообществу обретает все большую важность по мере развития системы;
- на основе такой информации создаются программы оплаты по результатам работы для увязывания финансовых стимулов с результатами медицинской помощи;
- большинство стран публикует некоторую часть данных по результатам работы больниц.

В приведенной ниже таблице даны основные показатели, которые обычно используются этими странами для измерения результатов работы и которые организованы по категориям, предлагаемым проектом ВОЗ “Path” [инструмент оценки эффективности для повышения качества услуг в больницах – *прим. переводчика*]

ОБЛАСТЬ ИЗМЕРЕНИЯ	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
Своевременность	Время ожидания в отделении скорой помощи, время ожидания плановых операций, время ожидания онкологической помощи, время ожидания для амбулаторных пациентов.
Эффективность	Продолжительность пребывания (например, индекс относительного пребывания), средние затраты на госпитализацию (затраты на одного выписанного пациента, взвешенные по затратам ресурсов), административные расходы в составе общих затрат, тарифы дневных стационаров, удельная стоимость госпитализации для проведения хирургической операции в случае пациентов, пребывающих в больнице больше одного дня, сравнение фактических результатов со сметой, загрузка операционных, производительность персонала
Безопасность	Инфекции, связанные с медицинской помощью, иногда с особым вниманием противомикробной резистентности (например, заражения крови из-за введения катетера, распространенность Clostridium difficile, метициллин-резистентный Staphylococcus aureus, ESBL Kleb и E. Coli), послеоперационные осложнения (например, тромбоз глубоких вен или легочная эмболия) и связанные с сестринским уходом осложнения (например, язвы-пролежни, падение пациента, связанные с медицинским уходом пролежни) и иные неблагоприятные явления (экстремальные события, например, ошибка выбора места хирургического вмешательства, наличие постороннего предмета в полости операции). Некоторые показатели также связаны с процессами: работа по внедрению клинического управления, соблюдение гигиены рук, безопасность хирургических вмешательств (контрольный перечень), борьба с противомикробной резистенцией, регистрация пациента, безопасность переливания крови или ее препаратов (ошибка при переливании), безопасность медицинских препаратов, клиническая информация, связанная с химической патологией, гематологией; своевременное уведомление о клинически опасных показаниях, сокращение случаев пневмонии, связанной с искусственной вентиляцией легких, система информирования и обучения.
Результативность	Стандартизированные показатели смертности, уровень летальности по конкретным заболеваниям (например, острый инфаркт миокарда, инсульт), показатели доказательной медицинской помощи при конкретных заболеваниях (например, аспирин, прописываемый при выписке пациентов с острым инфарктом миокарда) и уровень повторной госпитализации в течение 30 дней, надлежащее использование диагностической визуализации (например, МРТ нижнего отдела позвоночника при поясничных болях), количество кесаревых сечений.
Мнение и отзывы пациентов	Показатели, описывающие опыт пациентов (например, информирование, чистота), отзывы пациентов о качестве помощи и измерении результатов (отмечено только в случае Великобритании), уровень применения фиксации в отношении лиц с психическими заболеваниями, отзывы о медицинском персонале во время лечения.
Ответственное управление	Амбулаторная медицинская помощь с акцентом на пропаганду здорового образа жизни (например, прививки), отзывы пациентов относительно информирования при выписке и перехода с одного уровня медицинского обслуживания на другой, качество продолжения лечения пациента по месту жительства после госпитализации по поводу психического заболевания.
Подготовка персонала	Безопасность персонала (например, раны от игл шприца), прогулы, переработка, непрерывная подготовка и обучение, культура на рабочем месте, отзывы персонала, текучесть кадров показатели трудовой загрузки (например, отношение часов работы персонала к койко-дню).

Источник: Klazinga (2016)

Примечания

1 «Казахстан в новой глобальной реальности: рост, реформы, развитие», Послание Президента Республики Казахстан от 30 ноября 2015 года http://www.rcrz.kz/docs/ppp/PPP%20in%20healthcare%20March%202016.pdf

2 ГЧП в Казахстане, 1 кв-л 2016 г., http://www.rcrz.kz/docs/ppp/spravka-ppp-en.pdf. (Консультация от 24 августа 2016 г.)

3 Портал «Бюро госпитализации» (www.bg.eisz.kz и https://egov.kz/cms/en/articles/health_care/2Fportal_byro_gosp); а также (http://www.rcrz.kz/index.php/ru/o-centre/nashi-zhurnaly?id=95), (http://www.rcrz.kz/index.php/ru/o-centre/nashi-zhurnaly/8-struktura/373-perechen-reiting-2014); Консультация от 28 августа 2016 г.

4 Согласно HiT 2012 op. cit., в районных больницах было 100 – 300 коек, а в неспециализированных многопрофильных больницах – от 600 до 1000 коек. Это явное противоречие между ожидаемым и фактическим размером также отмечалось в работе Sanigest (2010), “Needs and Market Assessment: Analysis of the Supply and Demand for Care in the 14 Oblasts and 2 cities” [Потребности и оценка рынка: анализ спроса и предложения услуг медицинского ухода в 14 областях и 2 городах”].

5 Не было предоставлено данных о количестве операционных, родильных палат, магнитно-резонансных томографов (МРТ) и компьютерных томографов (КТ).

6 Даже если помнить, что данные, вероятно, занижены, учитывая, что некоторые больницы – и их персонал – исключены из базы данных.

7 Германия: Майер, 1977, К концентрации родильных и педиатрических отделений в земле Рейнланд-Пфальц. Вклад в снижение материнской и детской смертности. Апрель 1977 г.; 125(4):225-33, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/854034; Испания: Министерство здравоохранения и социальной политики, 2009 г., О беременности и родах в стационаре. Стандарты и рекомендации. Мадрид, http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf.

8 Это справедливо в отношении диагнозов при выписке «Самопроизвольные роды при теменном предлежании плода – O80.0» или «Иные формы стенокардии – I20.8»; среди диагнозов для операций то же самое происходит в отношении диагноза «Классическое кесарево сечение – 74.00» или «Выскабливание полости матки после родов или аборта – 69.02».

9 Лэрри Саммерс с докладом “Лэнсет”, Стэлла Доусон, Томсон Рейтерс – Всемирный банк пытается найти компромисс в отношении наилучших подходов к совершенствованию здравоохранения, суббота, 12 апреля 2014 г. http://www.trust.org/item/20140412121437-vkwgy/?source=hpbreaking; https://www.devex.com/news/new-high-level-support-for-universal-health-coverage-83295

10 http://www.enherts-tr.nhs.uk/about-the-trust/mortality-data/crude-mortality-rate/ Консультация от 1 декабря 2016 г.

11 Исследование 60 пациентов в больницах.

12 В вышеупомянутой системе Национальной службы здравоохранения Великобритании общий коэффициент смертности от хирургического вмешательства составляет 0,8.

13 Евростат. Хирургические операции и процедуры, проводимые в больницах согласно ICD-9-CM.

14 Данные за 2016 г. показывают дальнейшее снижение – до 9,2.

15 Содружество независимых государств.

16 Расчет авторов на основе статистики ОЭСР по здравоохранению.

17 Информация по сельским больницам не была предоставлена.

18 Данные по числу единиц оборудования не были предоставлены и, таким образом, за средним показателем могут скрываться большие различия, если оборудование не распределяется равномерно среди медицинских учреждений.

19 Кристенсен К., 2009, Рцепт новатора. Разрушительное решение для здравоохранения, Макгроу Хилл, Нью-Йорк.

Список использованной литературы

Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation (2016), http://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2015.

Angeli F, Maarse H. (2012), "Mergers and acquisitions in Western European health care: exploring the role of financial services organizations", *Health Policy*,Vol.105; pp. 265-272.

Arah O. et al (2006), "Conceptual framework for the OECD health care quality indicators project", *International Journal of Quality Health Care*, 18(Suppl.)1:5-13; Nolte, E and C. McKee, M. 2008

Aringazina A., G. Gulis and J. Allegrante (2012), "Public Health Challenges and Priorities for Kazakhstan", *Central Asian Journal of Global Health*, Vol. 1, No. 1, DOI 10.5195/cajgh.2012.30 | http://cajgh.pitt.edu

Atun R, S Bennet, and A. Duran A (2008), "When do vertical (stand-alone) programs have a place in health systems?", *Health Systems and Policy Analysis*, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Busse R, A. Geissler, W. Quentin and M. Wiley M eds. (2011), "Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals", *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, pp.3-23

Canadian Society for International Health (2013), Kazakhstan Health Sector Technology Transfer and Institutional Reform Project (KHSTTIRP) - Subcomponent B1: Health System Accreditation - CSIH Achievements and Recommendations http://www.csih.org/wp-content/uploads/2013/05/Project-Summary-Accreditation-_-June-2013.pdf

Carinci F et al. (2015). "Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators". *International Journal for Quality in Health Care*, 2015, 27(2), 137–146. http://intqhc.oxfordjournals.org/content/27/2/137

Cashin C, Y Chi, P. Smith, M. Borowitz and S. Thomson S, eds (2014), "Paying for Performance in Health Care; Implications for health system performance and accountability", *Open University Press*, pp 4-20

Chanturidze T, M. Esau, S. Hölzer and E. Richardson (2016), "Introducing Diagnosis-Related Groups in Kazakhstan: Evolution, achievements, and challenges", *Health Policy*, Vol. 120(9):987-91. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.07.007.

Charlesworth A, Davies A, Dixon J (2012) *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value*, The Nuffield Trust, www.nuffieldtrust.org.uk/euro-summit/2012.

Conrad D. and L. Perry (2009), "Quality-Based Financial Incentives in Health Care: Can we Improve Quality by Paying for It?", *Annual Review of Public Health*, 30: pp.357-71.

Duran A, Kutzin J, Martin-Moreno JM, Travis P (2012), "Understanding health systems: scope, functions, and objectives". In: Figueras J, McKee M, editors. Health Systems Health, Wealth, and Societal Well-being. New York: McGraw Open University Press.

Duran A and R Saltman (2015), "Governing public hospitals", Blank R, Kuhlmann E, Bourgeault IL, Wendt C, eds. *International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. Basingstoke, UK: Palgrave MacMillan; 443-461

Eurofound (2017), Delivering hospital services: A greater role for the private sector?

European Steering Group on Sustainable Healthcare (2014), *Acting together: a roadmap for sustainable healthcare*, Brussels, p. 8.

Eurostat Statistics Explained (2015), Hospital discharges and length of stay statistics. Data extracted in October 2015; http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Hospital_discharges_and_length_of_stay_statistics

Eurostat Statistics Explained (2015b), Surgical operations and procedures statistics. Data extracted in January 2017. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Surgical_operations_and_procedures_statistics

Eurostat Statistics Explained (2015c), Surgical operations and procedures statistics. Data extracted in January 2017. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Surgical_operations_and_procedures_statistics

Government of Canada (1998), Energy Efficiency in Buildings Benchmarks and Best Practices for Acute and Extended Health Care Facilities: A Guide for Energy Managers and Finance Officers, http://www.nrcan.gc.ca/energy/publications/efficiency/buildings/5985 Consulted 17 September 2016

Gawande A. (2009), *The Checklist Manifesto –How to Get Things Right*, Penguin Book, New York, p. 8

Guenther R, 2010, Global lessons in healthcare, Healthcare design, October 1, http://www.healthcaredesignmagazine.com/article/global-lessons-healthcare

Hall M. et al. (2013), Trends in Inpatient Hospital Deaths: National Hospital Discharge Survey, National Center for Health Statistics data brief No. 118, https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db118.htm

Herzlinger, R. (2004), Consumer-Driven Health Care: Implications for Providers, Payers, and Policymakers. San Francisco: Jossey-Bass.

Hurst J (2010), Effective ways to realise policy reforms in health systems, in: OECD health working papers no. 51. OECD. http://dx.doi.org/10.1787/5kmh377l4n9x-en

Jeurissen P, A Duran and R Saltman (2016) Uncomfortable realities: the challenge of creating real change in Europe's consolidating hospital sector, BMC Health Services Research 16(Suppl 2):168

Katsaga A, Kulzhanov M, Karanikolos M, Rechel B. (2012), *Kazakhstan: Health system review. Health Systems in Transition*, 2012:14(4):34-36

Kelly E and G. Tetlow (2012), Choosing the place of care. The effect of patient choice on treatment location in England, 2003-2011, Institute of Fiscal Studies and the Nuffield Trust.

Kuhlmann E, Rangnitt Y, von Knorring M, 2016. Medicine and management: looking inside the box of changing hospital governance. BMC Health Services Research 16 (Suppl 1): 159. DOI *10.1186/s12913-016-1393-7*

Kumar AB, Izekenova A and Abikulova A (2013) *Inpatient care in Kazakhstan: A comparative analysis*. J Res Med Sci. 2013 Jul; 18(7): 549–553 (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3897019/)

Loevinsohn B, 2008, Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries, A Toolkit, Health, Nutrition, and Population Series, World Bank, Washington, p 20, DOI: 10.1596/978-0-8213-7536-5, http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/415176 1216235459918/ContractingEbook.pdf

Marshall L, Charlesworth A, Hurst J: The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence, *Research report,* The Nuffield Trust, 2014, http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications

Morganti K. et al. (2013), The Evolving Role of Emergency Departments in the United States, Rand Cordporation, http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR280.html

Ministry of Healthcare and Social Development (2015), National Health Accounts Of The Republic Of Kazakhstan, A report on health care expenditure for the year 2014

NHS Scotland (2013), Hospital Standardised Mortality Rates, Quarterly HSMR Release.

Noordzij PG, Poldermans D, Schouten O, Bax JJ, Schreiner FA, Boersma E (2010). "Postoperative mortality in The Netherlands: a population-based analysis of surgery-specific risk in adults". *Anesthesiology.* 112 (5): 1105–15. doi:10.1097/ALN.0b013e3181d5f95c.PMID 20418691.

Nolte E, Pitchforth E, Miani C, Mc Hugh S (2014) The changing hospital landscape. An exploration of international experiences, Rand Europe

OECD (1993) Glossary of Industrial Organisation Economics and Competition Law, compiled by R. S. Khemani and D. M. Shapiro, commissioned by the Directorate for Financial, Fiscal and Enterprise Affairs, available at: http://www.oecd.org/regreform/sectors/2376087.pdf

OECD (2016) "Understanding Hospital performance. Progress on Hospital Performance Project and Future Directions for Strategic Work", DELSA/HEA(2017) 27.

Pachilova, R and Sailer, (2015) 'Size and complexity of hospitals matter for quality of care: A spatial classification of NHS buildings', In: Karimi, Kayvan; Vaughan, Laura; Sailer, Kerstin; Palaiologou, Garyfalia; Bolton, Tom (eds): Proceedings of the 10th International Space Syntax Symposium, 31:1-31:16 http://www.sss10.bartlett.ucl.ac.uk/wp-content/uploads/2015/07/SSS10_Proceedings_031.pdf

Pretty D. et al. (2012), Tracheotomy-Related Catastrophic Events: Results of a National Survey, US National Library of Medicine National Institutes of Health, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3614343/

Purdi S. et al. (2012), Interventions to reduce unplanned hospital admission: a series of systematic reviews, http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/primaryhealthcare/migrated/documents/unplannedadmissions.pdf

Sanigest Solutions (2010) Guidelines for Master Planning in the Hospital Network. Document presented to the Ministry of Health. June 11, 2010

Rechel B, et al. (2016) Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. Health Policy July 2016 Volume 120, Issue 7, Pages 758–769

Roland M, Lewis R, Steventon A, Abel GA, Adams JL, Bardsley M, Brereton L, Chitnis X, Conklin A, Staetsky L, Tunkel S, Newbould J, (2013), Ernst & Young LLP: Does integrated care deliver the benefits expected? Findings from 16 integrated care pilot initiatives in England. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2013. http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9703.

Ruolz A. and G. Fortin (2007), Could MRI and CT Scanners Be Operated More Intensively in Canada?, Health Policy, 3(1): e113–e120

Saltman R, A/ Duran A and H. Dubois H (2011), *Governing Public Hospitals*, European Observatory of Health Systems and Policies.

Segen's Medical Dictionary (2011), retrieved September 29 2016 from http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/cephalotrypesis

Stabile M and S Thomson (2014), "The changing role of government in financing health care: an international perspective", *Journal of Economic Literature,* Vol 52(2), 480-518.

Street A and U Hakkinen (2009) Health system productivity and efficiency, in Smith PC, Mossialos E, papanicolas I and Leatherman S (Eds.) Performance Measurement for Health System Improvement. Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge University Press, New York (on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies). 2009, 222-248.

Watters D., M. Hollands , R. Gruen, et al. (2015), "Perioperative Mortality Rate (POMR): A Global Indicator of Access to Safe Surgery and Anaesthesia, World J Surg, doi:10.1007/s00268-014-2638-4.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА И РАЗВИТИЯ

ОЭСР представляет собой уникальный форум, в рамках которого правительства совместно работают над решением экономических, социальных и экологических проблем, возникающих в условиях глобализации. ОЭСР также находится на переднем плане усилий, направленных на обеспечение понимания новых тенденций и оказание помощи правительствам в решении связанных с этим задач, таких как корпоративное управление, информационная экономика и проблемы стареющего населения. Организация предоставляет площадку, где правительства могут обмениваться своим опытом в области экономической политики, вести поиск решения схожих проблем, узнавать о положительном опыте других стран и координировать свою национальную и внешнюю политику.

К числу членов ОЭСР относятся Австралия, Австрия, Бельгия, Великобритания, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Канада, Корея, Ла́твия, Люксембург, Мексика, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Польша, Португалия, Словацкая Республика, Словения, Соединенные Штаты Америки, Турция, Финляндия, Франция, Чешская Республика, Чили, Швейцария, Швеция, Эстония и Япония. В работе ОЭСР также принимает участие Европейский Союз.

Издательство ОЭСР распространяет среди широкого круга пользователей статистическую информацию, собранную Организацией, и результаты исследований на экономические, социальные и экологические темы, а также конвенции, руководства и стандарты, принятые странами-членами.

OECD PUBLISHING, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
(81 2018 03 8 P) ISBN 978-92-64-29288-8 – 2018

ОБЗОРЫ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: КАЗАХСТАН 2018

За последние десятилетия Казахстан добился значительных успехов в сфере экономического развития. В политической повестке дня страны все большее внимание уделяется вопросам охраны здоровья. Это связано с реализацией ряда реформ, направленных на модернизацию системы здравоохранения и улучшение здоровья населения. В данном обзоре используются общепризнанные принципы и индикаторы для оценки как системы здравоохранения Казахстана в целом, так и системы первичной медико-санитарной помощи и больничного сектора. Данные, предоставленные Казахстаном, используются для сопоставления различных показателей деятельности с показателями стран ОЭСР. В то время как в обзоре указывается на заметные успехи, достигнутые Казахстаном, по-прежнему остаются нерешенными вопросы, связанные с улучшением доступности и эффективности медицинских услуг, а также обеспечением равного доступа к ним. В докладе указаны ключевые меры, которые в целях повышения эффективности системы здравоохранения Казахстану следует рассмотреть в качестве приоритетов на ближайшие годы.

Данный Обзор можно прочитать онлайн по адресу: ***http://dx.doi.org/10.1787/9789264292895-ru***.

Данная работа опубликована в электронной библиотеке ОЭСР, на которой доступны все Публикации ОЭСР, а также периодические издания и статистические базы данных.
Дополнительная информация находится на сайте электронной библиотеки: ***www.oecd-ilibrary.org***.

2018

OECD*publishing*

www.oecd.org/publishing

THE LONDON BOOK FAIR WINNER INTERNATIONAL EXCELLENCE Awards 2017 IN PARTNERSHIP WITH THE PUBLISHERS ASSOCIATION

ISBN 978-92-64-29288-8
81 2018 03 8 P

9 789264 292888