

**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерство здравоохранения и социального развития
Республики Казахстан**

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента
стандартизации
медицинских услуг
Министерства здравоохранения и
социального развития
Республики Казахстан

УТВЕРЖДАЮ

И.о. Генерального директора
РГП на ПХВ «Республиканский
центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан

(подпись)

Шоранов М.Е.

« ____ » _____ 2014 г.

(подпись)

Байжунусов Э.А.

« ____ » _____ 2014 г.

Отчет

**по Договору №63 от 23 января 2014 года (подкомпонент А1)
(Программа 020 «Реформирование системы здравоохранения»
подпрограмма 016 «Реализация проектов за счет софинансирования внешних
займов из республиканского бюджета»)
за 3 квартал 2014 года**

М005 Поддержка институционализации НСЗ с дезагрегированием данных на областном уровне и техническое сопровождение в подготовке аналитических отчетов на основе НСЗ;
М007 Участие в проведении исследования «Комплексное обследование организаций здравоохранения, поставщиков и получателей медицинских услуг»;
М008 Проведение анализа индикаторов Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Ответственный исполнитель:

Руководитель
Центра экономических исследований

(подпись)

А. Нургожаев

« ____ » _____ 2014 г.

Астана, 2014 год

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
«Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

КЕЛІСЕМІН

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрлігі
Медициналық қызметті стандарттау
департаменті директоры

(қолы)

Шоранов М.Е.

« ____ » _____ 2014 ж.

БЕКІТЕМІН

Қазақстан Республикасы
денсаулық сақтау және әлеуметтік
даму министрлігі
«Денсаулық сақтауды дамыту
республикалық орталығы» ШЖҚ
РМК Бас директоры м.а.

(қолы)

Байжүнісов Е.Ә.

« ____ » _____ 2014 ж.

2014 жылғы 3-тоқсаны үшін
(«Денсаулық сақтау жүйесін реформалау» 020 бағдарламасы
«Республикалық бюджеттен ішкі қарызды бірлесіп қаржыландыру есебінен
жобаларды жүзеге асыру» 016 кіші бағдарламасы)
2014 жылғы 23 қаңтардағы №63 шарты (А1 компоненті) бойынша есебі

М005 Қазақстан Республикасы өңірлері деңгейінде бөлшектенген Денсаулық сақтау ұлттық шоттарын (бұдан әрі - ДСҰШ) институционализациялау және ДСҰШ негізінде жылдық есепті құруға техникалық қолдау көрсету;

М007 «Медициналық ұйымдарды, медициналық қызметтерді ұсынушылары мен тұтынушыларын кешенді зерттеу» жұмысына қатысу;

М008 2011-2015 жылдардағы «Саламатты Қазақстан» Қазақстан Республикасы денсаулық сақтауды дамыту мемлекеттік бағдарламасы индикаторларына талдау жүргізу.

Жауапты орындаушы:
Экономикалық зерттеулер
орталығының басшысы

(қолы)

Ә. Нұрғожаев

« ____ » _____ 2014 ж.

Астана, 2014 жыл

Лист согласования

№	Ф.И.О.	Должность	Дата	Подпись
	РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК			
1				
2				
3				
4				
5				
	Группа поддержки реализации Проекта			
1				
2				
3				
4				
5				
	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан			
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Содержание

Содержание.....	4
Список сокращений	5
Список таблиц	6
Список рисунков.....	7
М005 Поддержка институционализации НСЗ с дезагрегированием данных на областном уровне и техническое сопровождение в подготовке аналитических отчетов на основе НСЗ ...	8
Макроэкономические показатели	8
Схемы финансирования здравоохранения.....	11
Поставщики услуг здравоохранения	13
Функции здравоохранения	15
Текущие и капитальные расходы здравоохранения	17
Заключение	19
М007 Участие в проведении исследования «Комплексное обследование организаций здравоохранения, поставщиков и получателей медицинских услуг»	20
М008 Анализ индикаторов по результатам отчетов мониторинга и оценки ГПРЗ Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, по итогам 2013 года.....	23
Оценка Государственной программы здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.....	23
Оценка ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» по целевым индикаторам.....	23
Оценка ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» по показателям результатов направлений Программы ...	24
Оценка показателей результатов направлений ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» (Таблицы 12, 13, 14).....	25
Анализ причин недостижения цели по показателям результатов направлений и предложения по совершенствованию показателей.....	28
М008 Предоставление аналитического обзора программ системы здравоохранения	33
Введение.....	33
Описание Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.	38
Анализ основных индикаторов программы.....	39
Показатель 1. Ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении.	39
Показатель 2. Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми	42
Показатель 3. Младенческая смертность на 1 000 родившихся живыми	45
Показатель 4. Общая смертность населения.....	47
Показатель 5. Заболеваемость туберкулезом.....	51
Показатель 6. Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет.	53
Межстрановое сравнение индикатора.....	56
Показатель 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении.....	56
Показатель 2. Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми	59
Показатель 3. Младенческая смертность на 1 000 родившихся живыми.	60
Показатель 4. Общая смертность населения.....	61
Показатель 5. Заболеваемость туберкулезом.....	63
Показатель 6. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией.....	64
Основные выводы	66
Список литературы	69
Приложения.....	70

Список сокращений

ВВП	Валовый внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГП	Государственная программа
ГПРЗ	Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты
«Саламатты Қазақстан»	Қазақстан»
ДТП	Дорожно-транспортное происшествие
ЕС	Европейский союз
ЖДА	Железодефицитная анемия
ЗКО	Западно-Казахстанская область
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путём
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
ОРЗ	Общие расходы на здравоохранение
ОРП	Общие расходы Правительства
ОЭСР	Организации экономического сотрудничества и развития
ПЭ	Показатель эффективности
РГП «РЦРЗ»	Республиканский центр развития здравоохранения
СКО	Северо-Казахстанская область
СКПН	Стимулирующий компонент подушевого норматива
СНГ	Содружество независимых государств
ССЗ	Система счетов здравоохранения
ТСУП	Текущий сравнительный уровень показателя
УДЦ	Уровень достижения цели
УОС	Уровень освоения средств
УИС	Уголовно-исправительная система
ЦТР	Цели тысячелетия в области развития
ЮКО	Южно-Казахстанская область
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций

Список таблиц

Таблица 1. Макроэкономические показатели в 2010-2013 гг.....	10
Таблица 2. Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования	12
Таблица 3. Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования	12
Таблица 4. Общие доходы поставщиков услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования (в млрд. тенге, в %).....	14
Таблица 5. Финансирование функций здравоохранения в зависимости от схем финансирования (в млрд. тенге, в %)	16
Таблица 6. Структура расходов по видам услуг лечения (НС.1.)	17
Таблица 7. Текущие и капитальные расходы здравоохранения в зависимости от схем финансирования (млрд. тенге и в % к сумме)	18
Таблица 8. Структура расходов на услуги, связанные со здравоохранением (млрд. тенге и % к сумме).....	18
Таблица 9. Информация по количеству собранных опросников	21
Таблица 10. Целевые индикаторы ПРОМ	23
Таблица 11. Оценка показателей результатов направлений ГПРЗ	24
Таблица 12. Оценка целевых индикаторов ГПРЗ	25
Таблица 13. Оценка освоения средств Программы	25
Таблица 14. Оценочная Таблица основных индикаторов ГПРЗ «Саламатты Казакстан».....	36
Таблица 15. Схема интерпретации для определения общей оценки для среднего странового уровня показателя	37
Таблица 16. Схема интерпретации для определения оценки распределения среднего странового уровня по полу, возрасту и регионам.....	37
Таблица 17. Ожидаемая продолжительность жизни	40
Таблица 18. Оценочная Таблица межстранового сравнения индикатора	65

Список рисунков

Рисунок 1. Общие расходы на здравоохранение в Казахстане и в некоторых странах мира (в % к ВВП).	8
Рисунок 2. Общие расходы на здравоохранение в Казахстане и в некоторых странах мира (в % к ВВП).	9
Рисунок 3. Частные расходы населения в Казахстане и в некоторых странах (в % к общим расходам)	9
Рисунок 4. Общие расходы на здравоохранение в Казахстане и некоторых странах мира (в долл. США, на 1 жителя).....	11
Рисунок 5. Структура расходов на здравоохранение в разрезе поставщиков услуг (в % от общих расходов на здравоохранение, все формы собственности).....	13
Рисунок 6. Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе функций здравоохранения (все формы собственности, % к общим расходам здравоохранения).....	15
Рисунок 7. Текущие и капитальные расходы здравоохранения (все формы собственности, % к сумме).....	18
Рисунок 8. Динамика ожидаемой продолжительности жизни, лет.....	40
Рисунок 9. Ожидаемая продолжительность жизни в разрезе гендерной принадлежности, лет	41
Рисунок 10. Ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении в разрезе регионов Казахстана.....	42
Рисунок 11. Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми	43
Рисунок 12. Распределение показателя "материнская смертность" по регионам	44
Рисунок 13. Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми.....	45
Рисунок 14. Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми в разрезе гендерной принадлежности	46
Рисунок 15. Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми в разрезе регионов.....	47
Рисунок 16. Общая смертность населения на 1000 человек.....	48
Рисунок 17. Общая смертность в разрезе гендерной принадлежности на 1000 населения.....	49
Рисунок 18. Показатель общей смертности в разрезе возрастов населения	50
Рисунок 19. Показатель общей смертности в разрезе регионов.....	50
Рисунок 20. Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения.....	51
Рисунок 21. Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. человек разрезе регионов.....	52
Рисунок 22. Удержание распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет	53
Рисунок 23. Распределение случаев ВИЧ-инфекции по гендерному составу в %	54
Рисунок 24. Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 в разрезе возрастных групп.....	55
Рисунок 25. Распространенность ВИЧ-инфекции по областям РК	56
Рисунок 26. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в странах с доходом выше среднего уровня, лет	57
Рисунок 27. Ожидаемая продолжительность жизни (сравнение), лет.....	58
Рисунок 28. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в разрезе гендерной принадлежности в 2010 году (сравнение).	58
Рисунок 29. Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми в некоторых странах мира	59
Рисунок 30. Материнская смертность в группе стран с доходом выше среднего уровня.....	60
Рисунок 31. Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми в сравнении	61
Рисунок 32. Младенческая смертность в странах с доходом выше среднего уровня.....	61
Рисунок 33. Ожидаемая продолжительность жизни (сравнительно)	62
Рисунок 34. Удельный вес населения старше 65 лет, в %	62
Рисунок 35. Общая смертность в разрезе гендерной принадлежности.....	63
Рисунок 36. Заболеваемость туберкулезом за 2006-2012 (сравнительно).....	64
Рисунок 37. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией, на 100 тыс. населения.....	64

М005 Поддержка институционализации НСЗ с дезагрегированием данных на областном уровне и техническое сопровождение в подготовке аналитических отчетов на основе НСЗ

Макроэкономические показатели

По итогам 2013 года размер внутреннего валового продукта [16] составил 35 трлн. 275 млрд. тенге (106% к 2012 году) или 2,1 млн. тенге на 1 жителя (13 612 долл. США).

Общие затраты государственного бюджета (общие расходы правительства) составили 6 трлн. 853 млрд. тенге [16] или 19,4% к ВВП.

По предварительным данным, в 2013 году общие расходы на здравоохранение достигли 1 трлн. 265,3 млрд. тенге [16] (8 млрд. 318,5 млн. долл. США¹), что составило 3,6% к ВВП.

Казахстан расходует на здравоохранение гораздо меньше средств (3,6% к ВВП), чем в группе стран с высоким/средним уровнем развития (6,6% к ВВП) и в странах-членах Организации экономического сотрудничества и развития (9,3% к ВВП).²

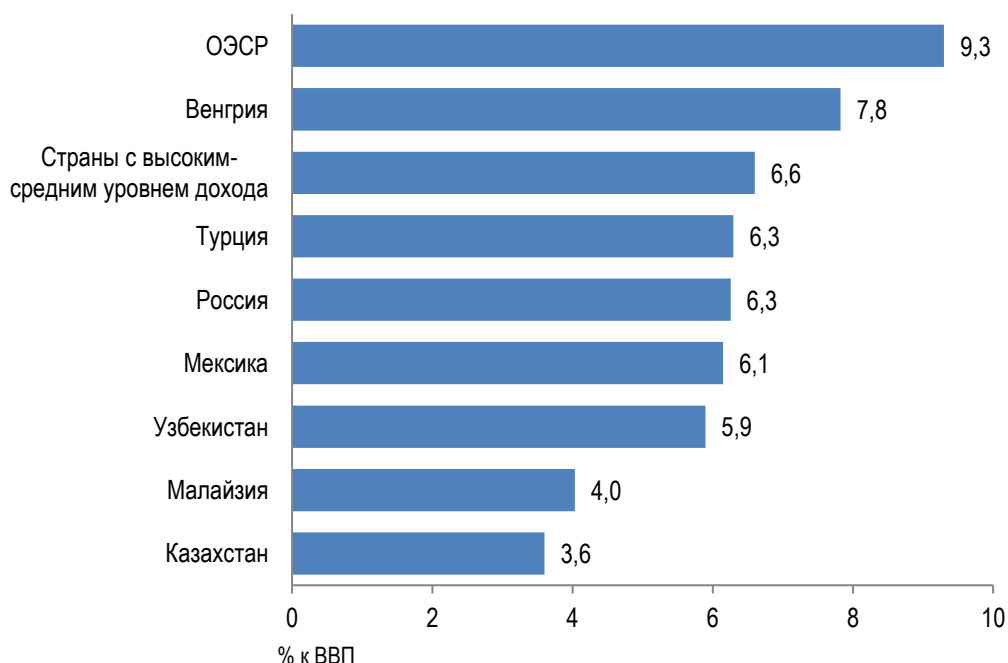


Рисунок 1. Общие расходы на здравоохранение в Казахстане и в некоторых странах мира (в % к ВВП).

Источник: Всемирная организация здравоохранения (далее-ВОЗ).

<http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> (06.10.2014).

Удельный вес государственных расходов на здравоохранение в 2013 году в структуре общих расходов государства составляет 11,6%. Данный показатель приблизился к уровню стран с высоким/средним уровнем дохода, однако средства государства в структуре ВВП значительно меньше (2,3%).

¹ Средневзвешенный официальный курс по данным Национального Банка Республики Казахстан в 2013 году – 152,1 тенге за 1 долл. США.

² Здесь и далее в документе международные показатели по данным ВОЗ за 2012 год. <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> (06.10.2014). Казахстан – данные за 2013 год.

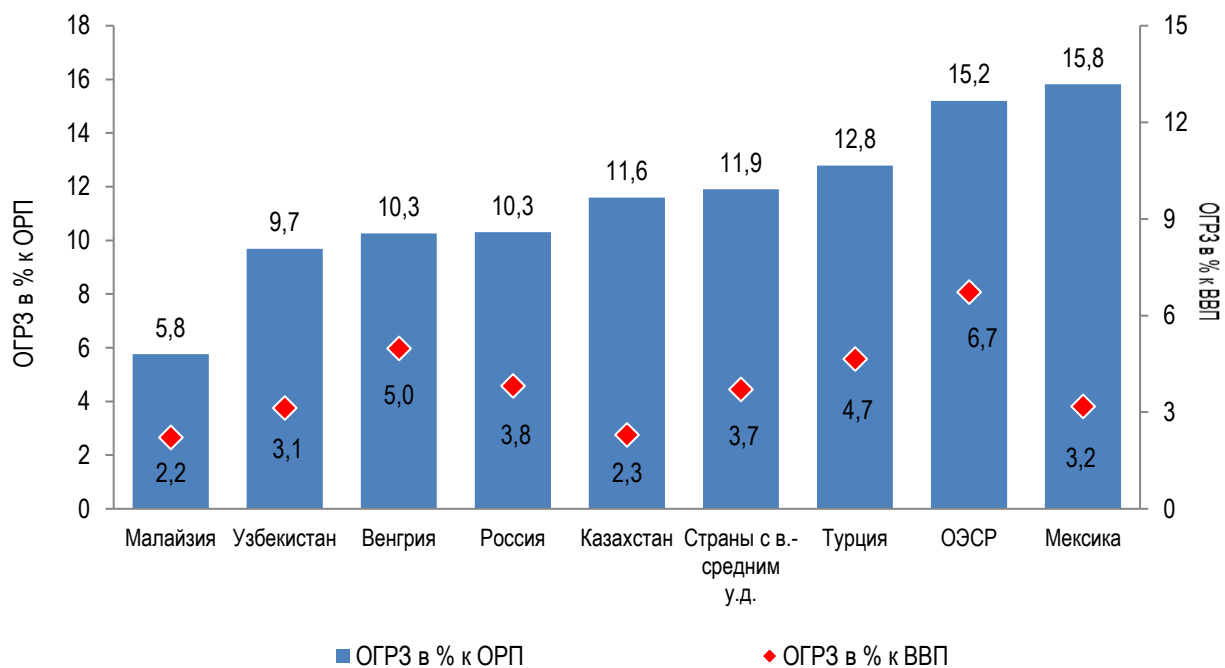


Рисунок 2. Общие расходы на здравоохранение в Казахстане и в некоторых странах мира (в % к ВВП).

Источник: ВОЗ, <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> (06.10.2014).

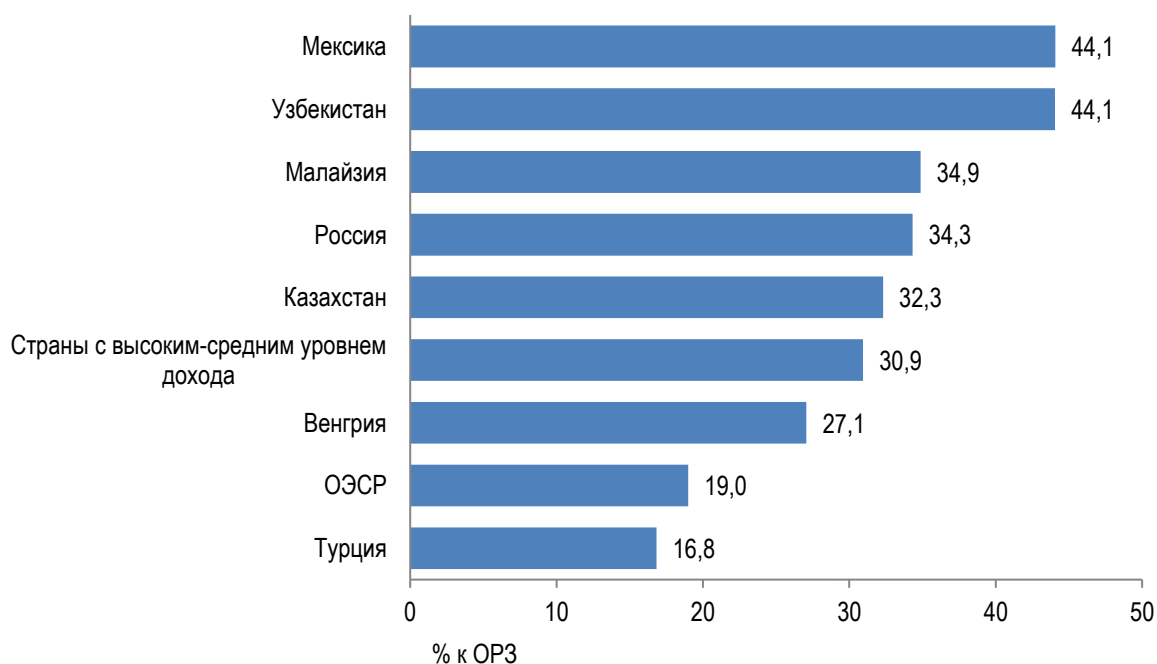


Рисунок 3. Частные расходы населения в Казахстане и в некоторых странах (в % к общим расходам)

Источник: ВОЗ, <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> (06.10.2014).

Удельный вес расходов населения в структуре общих расходов на здравоохранение составляют 32,3%. Данный показатель выше показателя стран с высоким/средним уровнем развития (30,9%), а также среднего показателя по странам ОЭСР (19%).

Таблица 1. Макроэкономические показатели в 2010-2013 гг.

Макроэкономические показатели, млрд. тенге	2010	2011	2012	2013
Валовой внутренний продукт (ВВП)	21.815,5	27.571,9	30.347,0	35.275,2
Общие расходы правительства (ОРП)	4.457,2	5.423,2	6.269,0	6.852,7
Общие расходы на здравоохранение (ОРЗ)	882,2	968,4	1.150,3	1.265,3
Государственные расходы на здравоохранение	588,5	657,0	761,6	795,1
Частные расходы на здравоохранение	290,4	310,0	386,1	467,4
Внешние источники	3,2	1,3	2,6	2,7
Показатели расходов на здравоохранение, процент				
ОРЗ, % к ВВП	4,0	3,5	3,8	3,6
Государственные расходы на здравоохранение, % к ОРП	19,8	17,9	18,3	11,6
Государственные расходы на здравоохранение, % к ВВП	2,7	2,4	2,5	2,3
Частные расходы на здравоохранение, % к ВВП	1,3	1,1	1,3	1,3
Показатели расходов на здравоохранение, на 1 жителя				
Номинальные ОРЗ на 1 жителя, тыс.тенге	53,7	58,1	68,0	73,7
Реальные ОРЗ на 1 жителя, тыс.тенге, цены 2010 г.	53,7	54,1	60,0	62,4
ОРЗ на 1 жителя, долл. США	364,2	396,1	456,2	484,7
ОРЗ на 1 жителя, ППС в международных долл ³ .	485,7	469,0	538,3	569,4

Расходы на здравоохранение в период с 2010 по 2013 гг. в макроэкономическом контексте показывает следующее.

Номинальный рост общих расходов на здравоохранение связан с общим улучшением макроэкономической ситуации, что коррелирует с ростом ВВП в номинальном исчислении.

Несмотря на постоянный рост номинальных расходов на протяжении всего исследуемого периода существует стойкий разрыв между государственными и частными расходами на здравоохранение в размере 1,2% к ВВП.

Инфляционные процессы оказывают существенное влияние на финансирование системы здравоохранения. Рост реальных подушевых расходов на здравоохранение в период с 2010 по 2013 годы составил всего 1,2 раза (в 1,4 раза по номинальным

³ Курс конвертации ППС за 2013 год по данным МВФ.

http://www.economywatch.com/economic-statistics/economic-indicators/Implied_PPP_Conversion_Rate/

показателям расходов на 1 жителя), а размер накопленной инфляции составил 18,2%.



Рисунок 4. Общие расходы на здравоохранение в Казахстане и некоторых странах мира (в долл. США, на 1 жителя).

Источник: ВОЗ. <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> (06.10.2014).

Подушевые расходы на здравоохранение в 2013 году Казахстане составили 73 730,0 тенге или 484,7 долл. США. Значение этого показателя ниже уровня подушевых расходов в группе стран с высоким/средним уровнем дохода (497 долл. США), а также в странах-членах ОЭСР в 7,9 раз (3 833 долл. США).

Схемы финансирования здравоохранения

Согласно классификации Системы счетов здравоохранения 2011 года, схемы финансирования здравоохранения подразделяются на следующие категории: схемы финансирования и доходы схем финансирования (Приложение 1).

Доходы схем финансирования – это основные источники финансирования здравоохранения.

В 2013 году расходы на здравоохранение от всех источников финансирования достигли 1 трлн. 265 млрд. 256 млн. тенге. (8 млрд. 318,5 млн. долл. США).

Структура расходов показывает, что основным источником финансирования системы здравоохранения являются государственные средства – 63,2% (2,3% к ВВП). Далее, в структуре государственного бюджета средства республиканского бюджета составляют 62,6%, средства местного бюджета – 37,4%.

Второе ранговое место в структуре доходов схем финансирования занимают средства частного сектора – 36,5% или 1,3% к ВВП.

Внешние источники финансирования составляют всего 0,3% от всех расходов на здравоохранение. В данную категорию входят средства из внешних источников,

таких как средства, направленные Международным банком реконструкций и развития (заимствования Правительства РК), Глобальным Фондом и ЮНИСЕФ⁴.

Таблица 2. Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		млрд. тенге	% к ОРЗ
FS.1	Трансферты из государственных доходов	799,8	63,2
FS.1.1	Средства из государственного бюджета	793,9	62,7
FS.1.1.1	Средства республиканского бюджета	496,8	39,3
FS.1.1.2	Средства местного бюджета	297,0	23,5
FS.1.4	Прочие трансферты от государственных доходов	6,0	0,5
FS.6	Прочие национальные доходы	461,5	36,5
FS.6.1	Прочие поступления от домохозяйств	408,9	32,3
FS.6.2	Прочие поступления от корпораций	43,4	3,4
FS.6.4	Прочие частные средства	9,2	0,7
FS.7	Прямые зарубежные трансферты	2,7	0,2
FSR.1	Государственный займ	1,2	0,1
	Итого	1.265,3	100,0

Схемы финансирования определяют основные механизмы, посредством которых услуги финансируются и предоставляются потребителям. Структура расходов по схемам финансирования показала распределение государственных средств следующим образом:

- государственные схемы финансирования республиканского уровня – 21,5%;
- государственные схемы финансирования местного уровня – 41,3%.

Подобная картина говорит о том, что 45,1% (224,2 млрд. тенге) средств республиканского бюджета, предусмотренных на финансирование здравоохранения, переносится на уровень местного бюджета.

Таблица 3. Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		млрд. тенге	% к ОРЗ
HF.1.1	Государственные схемы	795,1	62,8
HF.1.1.1	Схемы финансирования республиканского уровня	272,6	21,5
HF.1.1.2	Схемы финансирования местного уровня	522,5	41,3
HF.2	Схемы добровольных медицинских взносов	58,5	4,6
HF.3	Частные расходы домохозяйств	408,9	32,3
HF.4	Международные схемы финансирования	2,7	0,2
	Итого	1.265,3	100,0

⁴ Средства доноров. База данных ОЭСР, Система отчетности кредиторов Комитета содействия развитию. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=CRS1> (06.10.2014).

Декомпозиция государственных схем финансирования (HF.1.1) показало следующее.

Государственные схемы финансирования республиканского уровня (HF.1.1.1) представлены Министерством здравоохранения (90,0%), Министерством по чрезвычайным ситуациям (3,6%), Министерством внутренних дел (2,3%), Управлением делами Президента и Министерством внутренних дел (2,1%), Министерством обороны (1,8%), и Министерством образования и науки (0,2%).

Государственные схемы финансирования местного уровня (HF.1.1.2) представлены региональными управлениями здравоохранения (86,1%), управлением строительства (10,7%), управлением архитектуры и градостроительства областей (2,1%), а также управлением строительства, пассажирского транспорта и автомобильных дорог областей (около 1,1%), образования (0,01%).

HF.2 Схемы добровольных медицинских взносов

Схема добровольных медицинских взносов формируется за счет доходов, поступающих от предприятий, в том числе средства на страхование граждан на случай болезни (4,6% от общих расходов здравоохранения).

HF.3 Частные расходы домохозяйств

Схема частных расходов домохозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют 32,3% от общих расходов здравоохранения.

HF.4 Международные схемы финансирования

Международные схемы финансирования формируются за счет прямых зарубежных трансфертов (0,2%) на цели здравоохранения.

Поставщики услуг здравоохранения

По итогам 2013 года можно выделить три основные группы поставщиков услуг всех форм собственности:

- больничные организации – 32,9%;
- поставщики и розничные продавцы медицинских товаров – 21,6%.
- поставщики амбулаторных услуг – 21,4%.



Рисунок 5. Структура расходов на здравоохранение в разрезе поставщиков услуг (в % от общих расходов на здравоохранение, все формы собственности).

Источник: ВОЗ. <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> (06.10.2014)

Вместе с тем 24,0% средств распределены среди поставщиков обобщенных и не идентифицированных категорий, к которым относятся:

- организации, тип которых не определен – субъекты, основная деятельность которых находится за пределами сектора здравоохранения – строительство, торговля, информатизация и т.д., однако продукты их деятельности непосредственно используются системой здравоохранения;
- организации, предоставляющие дополнительные услуги – организации системы здравоохранения, основная деятельность которых заключается в предоставлении сопутствующих медицинских услуг, дополняющих процесс оказания медицинской помощи, например, транспортировка пациентов, патологоанатомические бюро и т.д.;
- организации, оказывающие профилактические услуги;
- организации управления здравоохранения – субъекты, осуществляющие администрирование в сфере здравоохранения;
- прочие поставщики здравоохранения – организации медицинского образования и другие субъекты здравоохранения, не отнесенные к остальным категориям.

Таблица 4. Общие доходы поставщиков услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования (в млрд. тенге, в %).

Код ССЗ	Наименование категорий	Схемы государственного финансирования		Схемы негосударственного финансирования	
		млрд. тенге	% к ОРЗ	млрд. тенге	% к ОРЗ
НР.1	Больницы общего профиля	358,6	86,2	57,5	13,8
НР.2	Учреждения длительного ухода	3,2	100,0	-	0
НР.3	Поставщики амбулаторных медицинских услуг	151,1	55,7	119,9	44,3
НР.4	Организации, предоставляющие дополнительные услуги	41,4	58,6	29,3	41,4
НР.5	Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	43,5	15,9	230,4	84,1
НР.6	Организации, оказывающие профилактические услуги	32,9	100,0	-	0
НР.7	Организации управления здравоохранением	13,1	73,1	4,8	26,9
НР.8	Прочие сектора экономики	9,8	100,0	-	0
НР.9	Остальной мир	1,0	100,0	-	0
НР.11	Организации тип предоставляемых услуг которых не определен	139,8	83,2	28,3	16,8
НР.13	База специального медицинского снабжения	0,7	100,0	-	0
	Итого	795,1	62,8	470,2	37,2

Структура расходов по поставщикам услуг здравоохранения в зависимости от вида схем финансирования показывает следующее.

Государственные схемы финансирования являются основными покупателями у поставщиков услуг медицинской помощи и, в первую очередь, поставщиков услуг стационарной помощи. Поставщики услуг длительного ухода и профилактических услуг находятся в полной зависимости от государственных средств.

В свою очередь, схемы финансирования частного сектора ориентируются на поставщиков фармацевтической продукции, организации амбулаторно-поликлинической помощи и дополнительных услуг.

Функции здравоохранения

По итогам 2013 года 54,2% всех средств системы здравоохранения были использованы для финансирования медицинской помощи, т.е. предоставления услуг лечения (НС.1, стационарная, амбулаторно-поликлиническая помощь и дневной стационар).

Расходы на приобретение продукции фармацевтической промышленности и медицинских товаров (НС.5) составили 21,7%. Удельный вес расходов на формирование капитала медицинских организаций (НС.RI.5) составили 9,6%. На вспомогательные услуги были направлены 5,8% расходов здравоохранения. Данная категория включает услуги по транспортировке пациентов, услуги лабораторий и другие.



Рисунок 6. Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе функций здравоохранения (все формы собственности, % к общим расходам здравоохранения).

Источник: ВОЗ. <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> (06.10.2014)

Вместе с тем, 8,6% средств распределены по следующим видам услуг:

- администрирование системы здравоохранения;
- профилактические услуги;
- прочие виды услуг - услуги, связанные со здравоохранением, такие, например как, судебно-медицинская экспертиза, хранение ценностей исторического наследия в области здравоохранения, создание и сопровождение информационных систем

здравоохранения, реформирование системы здравоохранения, консалтинговые, аналитические и социологические исследования, а также расходы, не отнесенные к вышеуказанным категориям и другие.

Таблица 5. Финансирование функций здравоохранения в зависимости от схем финансирования (в млрд. тенге, в %).

Код	Наименование категорий	Схемы государственного финансирования		Схемы негосударственного финансирования	
		млрд. тенге	% к ОРЗ	млрд. тенге	% к ОРЗ
НС.1	Услуги лечения	511,3	74,5	174,9	25,5
НС.2	Реабилитационное лечение	0,4	14,8	2,5	85,2
НС.4	Вспомогательные услуги	44,7	60,4	29,3	39,6
НС.5	Предоставление медицинских товаров	44,1	16,1	230,4	83,9
НС.6	Профилактические услуги	21,2	100,0	0,0	0,0
НС.7	Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	16,7	77,7	4,8	22,3
НС.RI.3	Профилактические услуги и услуги общественного здравоохранения	3,5	100,0	0	0
НС.RI.5	Формирование капитала для учреждений, предоставляющих медицинские услуги	122,0	100,0	0	0
НС.RI.6	Прикладные научные исследования в области здравоохранения	1,4	100,0	0	0
НС.RI.7	Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия	11,3	100,0	0	0
НС.RI.9	Расходы НСР, не определенные по типам	5,2	100,0	0	0
НС.RI.10	Хранение специального медицинского резерва и ликвидации ЧС	0,7	100,0	0	0
НС.RI.11	Прочие виды расходов	12,4	32,6	25,7	67,4
НС.RI.12	Неформальные расходы	0,0	0,0	2,6	100,0
	Итого	795,1	62,8	470,2	37,2

Структура расходов по поставщикам услуг здравоохранения, в зависимости от вида схем финансирования показывает следующее.

Государственные схемы финансирования являются основными покупателями услуг лечения, вспомогательных услуг и администрирования системы здравоохранения. Профилактические услуги и услуги общественного здравоохранения, формирование капитала учреждений здравоохранения, прикладные научные исследования в области здравоохранения, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, хранение специального медицинского резерва и ликвидации чрезвычайных ситуаций находятся под полной финансовой ответственностью государства.

Средства предприятий и частные расходы домашних хозяйств являются основными покупателями услуг реабилитационного лечения, фармацевтических

препаратов и медицинских товаров, и прочих видов услуг (услуги по охране здоровья и прочие услуги).

Таблица 6. Структура расходов по видам услуг лечения (НС.1.).

Код ССЗ	Наименование услуг	млрд. тенге	% к услугам лечения
НС.1.1	Медицинские услуги на стационарном уровне	406,5	59,2
НС.1.1.1	Специализированное стационарное лечение	356,4	51,9
НС.1.1.2	Высокоспециализированная стационарная медицинская помощь	50,1	7,3
НС.1.2	Лечение в дневном стационаре	15,8	2,3
НС.1.3	Амбулаторное лечение	263,8	38,5
НС.1.3.1	Основные медицинские услуги на амбулаторном уровне	135,9	19,8
НС.1.3.2	Амбулаторное стоматологическое лечение	88,2	12,9
НС.1.3.3	Специализированное амбулаторное лечение	39,7	5,8

В структуре расходов услуг лечения (НС.1) преобладают услуги стационарной помощи, на которые были направлены более 59% этих средств. Расходы на основные медицинские услуги на амбулаторном уровне, т.е. первичную медико-санитарную помощь, составили 19,8% средств, на специализированное амбулаторное лечение было направлено 5,8% средств.

Текущие и капитальные расходы здравоохранения

Согласно методологии Системы счетов здравоохранения 2011 текущие расходы на здравоохранение - это конечное потребление товаров и услуг здравоохранения в отчетном году. В структуру данных расходов входят расходы на индивидуальные (НС.1-5) и коллективные (НС.6-7) услуги здравоохранения.

Капитальные расходы или валовое капиталообразование – это общая стоимость активов, которые были приобретены поставщиками услуг здравоохранения в отчетный период и используются сроком более одного года. В данную категорию входят средства под кодом «НС.RI.5 Формирование капитала для учреждений, предоставляющих медицинские услуги».

Согласно рекомендации ССЗ 2011, все прочие расходы классифицируются как средства, не входящие в границы расходов здравоохранения, но связанные со здравоохранением, и не учитываются в структуре общих расходов на здравоохранение.

Таким образом, текущие расходы здравоохранения в 2013 году составили 1 трлн. 080,3 млрд. тенге (89,9% от общих расходов). Средства на валовое капиталообразование медицинских организаций составили 122,0 млрд. тенге (10,1%).

■ Текущие расходы ■ Капитальные расходы

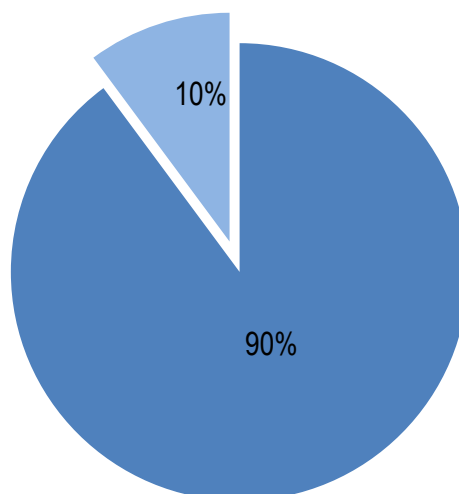


Рисунок 7. Текущие и капитальные расходы здравоохранения (все формы собственности, % к сумме).

Источник: ВОЗ. <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> (06.10.2014)

Государственные средства в структуре текущих расходов составляет 59,1%. Расходы на валовое капиталообразование формируются полностью за счет средств государства.

Таблица 7. Текущие и капитальные расходы здравоохранения в зависимости от схем финансирования (млрд. тенге и в % к сумме).

Расходы	Государственные схемы финансирования		Схемы негосударственного финансирования	
	млрд. тенге	% к сумме	млрд. тенге	% к сумме
Текущие расходы	638,4	59,1	441,9	40,9
Валовое капиталообразование	122,0	100,0	0,0	0,0
Всего	760,5	63,2	441,9	36,8

Структура расходов, отнесенных к забалансовым счетам здравоохранения включают следующие виды услуг: обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, услуги общественного здравоохранения, прикладные научные исследования в области здравоохранения, расходы на услуги, не определённые по типам и прочие виды услуг.

Таблица 8. Структура расходов на услуги, связанные со здравоохранением (млрд. тенге и % к сумме).

Код ССЗ	Наименование категорий	млрд. тенге	% к сумме
НС.РІ.3	Профилактические услуги и услуги общественного здравоохранения	3,5	5,6
НС.РІ.6	Прикладные научные исследования в области здравоохранения	1,4	2,2

HC.RI.7	Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия	11,3	18,0
HC.RI.9	Расходы HCR, не определенные по типам	5,2	8,3
HC.RI.10	Хранение специального медицинского резерва и ликвидации ЧС	0,7	1,1
HC.RI.11	Прочие виды расходов	38,2	60,7
HC.RI.12	Неформальные расходы	2,6	4,1
	Всего	62,9	100,0

Заключение

Анализ расходов здравоохранения по итогам 2013 года позволяет сделать следующие выводы.

Общие расходы на здравоохранение в 2013 году в структуре ВВП достигли 3,6%. Казахстан расходует на здравоохранение гораздо меньше средств, чем в группе стран с высоким/средним уровнем развития (6,6% к ВВП) и в странах-членах Организации экономического сотрудничества и развития (9,3% к ВВП).

Подушевые расходы на здравоохранение в Казахстане составили 73,7 тыс. тенге или 484,7 долл. США. Значение этого показателя ниже уровня в группе стран с высоким/средним уровнем дохода (497 долл. США), а также в странах-членах ОЭСР в 6,7 раз (3833 долл. США).

Основным источником финансирования системы здравоохранения является государственный бюджет – 63,2% от общих расходов здравоохранения (2,3% к ВВП). Второе ранговое место в структуре доходов схем финансирования занимают средства частного сектора – 36,5% или 1,3% к ВВП. Внешние источники финансирования составляют всего 0,3% от всех расходов на здравоохранение.

Основными поставщиками услуг являются больничные организации, поставщики и розничные продавцы медицинских товаров, а также поставщики амбулаторных услуг.

По итогам 2013 года 54,2% всех средств системы здравоохранения были использованы для приобретения услуг лечения – стационарное лечение, амбулаторно-поликлиническая помощь и услуги дневного стационара. Более 21% средств были расходованы на приобретение продукции фармацевтической промышленности и медицинских товаров.

М007 Участие в проведении исследования «Комплексное обследование организаций здравоохранения, поставщиков и получателей медицинских услуг»

Согласно проекту «Комплексное обследование организаций здравоохранения, поставщиков и получателей медицинских услуг», проводимого компанией Sanigest Internacional, а также в целях передачи технологий и институциональной реформы в сфере здравоохранения Республики Казахстан, приводимой Всемирным Банком, Республиканский центр развития здравоохранения (далее - РГП «РЦРЗ») в рамках технического задания проекта оказывает техническую координацию компании Sanigest Internacional (Приложение 2).

Согласно протоколу №5 заседания Научно-консультативного совета при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан от 30 мая 2014 года и на основе утвержденных опросников по 3 модулям исследования (оценка медицинской организации, интервью поставщика и интервью пациента) в период с 14 июля по 20 сентября 2014 года проводились полевые работы по сбору данных (Приложение 3). Данный этап исследования проводился сотрудниками МОО «Институт Здоровья Человека» с участием сотрудников Центра экономических исследований РГП «РЦРЗ».

Цели исследования:

- сбор общей информации о материально-технической базе медицинских организаций, включая общее состояние зданий, количество коек и их использование, оснащение минимальным стандартным количеством оборудования для оказания представленных в выборке услуг, наличие системы водоснабжения, системы обработки отходов, использование тепло- и электроэнергии;
- сбор информации об источниках финансирования и текущих расходах, включая расходы на коммунальные услуги (отопление, электричество), кадровом обеспечении и расходах на персонал, расходах на лекарства и медицинские материалы, расходах на питание;
- сбор информации об использовании клинических протоколов в повседневной практике, о доступе к обновленным Формулярам лекарственных средств, назначении лекарственных средств;
- оценка компетентности врачей при оценке состояния пациента, установлении диагноза и ведении больных;
- опрос руководителей и медицинского персонала для сбора информации об уровне их удовлетворенности происходящими изменениями, включая использование информационной системы здравоохранения;
- опрос обслуженных или выписанных пациентов об уровне их удовлетворенности медицинскими услугами, профилактическим уходом и мероприятиями по укреплению здоровья.

Опрос проводился в 278 заранее выбранных медицинских учреждениях (Приложение 4). Десять медицинских организаций республиканского уровня будут опрошены в гг. Астана и Алматы до начала проведения анализа результатов опроса. По 2 и 3 модулям были опрошены соответственно 983 поставщика и 2 682 пациента.

Таблица 9. Информация по количеству собранных опросников.

Регионы	1 модуль		факт. исп., в %	2 модуль		факт. исп., в %	3 модуль		факт. исп., в %
	норм. кол-во	факт. кол-во		норм. кол-во	факт. кол-во		норм. кол-во	факт. кол-во	
Акмолинская область	15	15	100%	46	46	100%	126	126	100%
Актюбинская область	19	19	100%	69	69	100%	189	189	100%
Алматинская область	33	33	100%	115	115	100%	315	315	100%
Атырауская область	17	17	100%	46	46	100%	126	126	100%
ВКО	29	29	100%	109	109	100%	288	288	100%
Жамбылская область	18	18	100%	69	69	100%	189	189	100%
ЗКО	8	8	100%	0	0	-	0	0	-
Карагандинская область	22	22	100%	69	69	100%	189	189	100%
Кызылординская область	8	8	100%	23	23	100%	63	63	100%
Костанайская область	20	20	100%	69	69	100%	189	189	100%
Мангистауская область	11	11	100%	46	46	100%	126	126	100%
Павлодарская область	14	14	100%	46	46	100%	126	126	100%
СКО	12	12	100%	46	46	100%	126	126	100%
ЮКО	27	27	100%	115	115	100%	315	315	100%
г. Алматы	21	16	76%	69	69	100%	189	189	100%
г. Астана	14	9	64%	46	46	100%	126	126	100%

Выборка поставщиков и пациентов на местах была рандомизированной и осуществлялась главными врачами медицинских учреждений в трех клинических областях – акушерство, (неонатальная) педиатрия, и неинфекционные заболевания (Приложение 5).

Целевые группы респондентов:

- взрослые пациенты с заболеваниями инфаркт миокарда/сердечный приступ, ишемическая болезнь, диагностированная гипертония, сахарный диабет, повышенный уровень холестерина, возраст старше 55 лет;
- родильницы с одним из следующих симптомов: тяжелое послеродовое кровотечение, кровоизлияние, преэклампсия, сепсис;
- дети до 1 года с одним из следующих осложнений: синюшность или проблемы с дыханием, требование дыхательной реанимации или носового отсасывания, АПГАР ≤ 7 .

В процессе проведения полевых работ были замечены некоторые трудности при сборе данных, в частности:

1) недостаточность количества поставщиков медицинских услуг, что стало следствием:

- дефицита кадров, особенно в сельской местности;
- нахождением медицинских работников в трудовом отпуске.

2) проблемы с недостаточностью респондентов-пациентов. Данная сложность вытекает из целевого отбора пациентов, поскольку на момент проведения опроса в медицинском учреждении могут не находиться пациенты с определенными заболеваниями. Также в сельской местности беременные женщины с осложнениями направляются в родильные дома второго и третьего уровня и другие.

Для решения указанных проблем регистраторы проводили дополнительный опрос недостающего количества респондентов в том же регионе, но с участием других медицинских организаций.

М008 Анализ индикаторов по результатам отчетов мониторинга и оценки ГПРЗ Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, по итогам 2013 года

Оценка Государственной программы здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы

Настоящая оценка Государственной программы здравоохранения «Саламатты Қазақстан» (далее – ГПРЗ «Саламатты Қазақстан») проведена в соответствии с Методикой обзора и оценки программ здравоохранения, разработанной РГП «РЦРЗ» (далее – Методика).

Целевые значения показателей результатов/целевых индикаторов в соответствии с Указом Президента Республики Казахстан №851 от 02.07.14 года.

Оценка ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» произведена как по показателям результатов направлений, так и по 6 целевым индикаторам ГПРЗ «Саламатты Қазақстан».

Оценка ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» по целевым индикаторам

Уровень достижения цели (далее - УДЦ) ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» в целом, рассчитанный на основании данных по целевым индикаторам, составил 1,35 (1,26)⁵ (Таблица 10). При этом уровень освоения средств (УОС) ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» составил 0,91. Показатель эффективности (далее - ПЭ) ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» – 1,48 (1,38). Данное значение показателя эффективности программы позволяет сделать вывод о том, что программа реализуется на должном уровне, и приносит ожидаемые результаты.

Таблица 10. Целевые индикаторы ПРОМ

Целевой индикатор	Ед. изм.	2012	2013	2014	2015	2016
Снижение смертности от онкологической патологии	На 100 тыс. населения	101,0	99,5	97,2	95,8	95,5
Увеличение удельного веса злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадии	%	50,1	50,6	51,5	53,0	53,5
Увеличение удельного веса 5-летней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями	%	51,6	51,8	52,0	52,2	52,5

Проведенная оценка целевых индикаторов ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» показала достижение всех целевых показателей программы, запланированных на 2013 год (Таблица 11).

⁵ Здесь и далее указаны значения соответствующих показателей при целевых значениях, утвержденных Постановлением Правительства РК №41 от 29.01.11 (с изменениями от 23.08.12).

Таблица 11. Оценка показателей результатов направлений ГПРЗ «Саламатты Қазақстан»

Наименование направления Показатели результатов	Целевое направление (увеличение =1, снижение=0)	Целевое значение	Факт. значение	УДЦ по показателям результатов
1	2	3	4	5=4/5, если 2=1 5=5/4, если 2=0
Направление 1.1. Здоровый образ жизни и снижение уровня социально-значимых заболеваний, обусловленных поведенческими факторами				Среднее значение УДЦ по показателям результатов в направлении
1. Увеличение доли лиц, ежедневно занимающихся физической культурой не менее 30 минут				
2. Снижение распространенности употребления табака				
3. Снижение распространенности злоупотребления алкоголем				
Направление 1.2.				Среднее значение УДЦ по показателям результатов в направлении
.....				
ПО ПРОГРАММЕ В ЦЕЛОМ				Среднее значение УДЦ по всем результатам показателей по всем направлениям

Оценка ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» по показателям результатов направлений Программы

В целом по ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» УДЦ за 2013 год, рассчитанный на основе показателей результатов направлений реализации Программы, составил 1,66 (1,47) что означает достижение цели программы (опережение цели) (Таблица 11).

УОС по ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» в целом составил 0,91, что означает почти полное освоение средств, предусмотренных на 2013 год.

При указанных показателях УДЦ и УОС, ПЭ Программы составил 1,82 (1,61).
Ход реализации ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» за 2013 год характеризуется как «В норме».

Полученные две оценки эффективности ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» (по индикаторам и по результатам направлений) позволяют сделать вывод о достижении целевых значений Программы.

Оценка показателей результатов направлений ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» (Таблицы 12, 13, 14)

По Направлению 1 Повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья УДЦ составил 1,52 (1,42), УОС 0,91, ПЭ 1,68 (1,57).

Таблица 92. Оценка целевых индикаторов ГПРЗ «Саламатты Қазақстан»

Индикаторы	Целевое направление (увеличение=1, снижение=0)	Целевое значение	Фактическое значение	УДЦ по индикаторам
1	2	3	4	5=4/5, если 2=1 5=5/4, если 2=0
1. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения				
2. Снижение материнской смертности				
3. Снижение младенческой смертности				
4. Снижение общей смертности				
5. Снижение заболеваемости туберкулезом				
6. Удержание распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет				
ПО ПРОГРАММЕ В ЦЕЛОМ				Среднее значение УДЦ по всем индикаторам

Таблица 103. Оценка освоения средств Программы

Наименование направления Наименование мероприятия	План освоения	Факт освоения	УОС
1	2	3	4=3/2
Направление 1.1			Среднее значение УОС по мероприятиям направления
Мероприятие 1			

Мероприятие 2			
...			
Направление 1.2			Среднее значение УОС по мероприятиям направления
ПО ПРОГРАММЕ В ЦЕЛОМ			Среднее значение УОС по всем мероприятиям всех направлений

По Направлению 1.1 «Здоровый образ жизни и снижение уровня социально значимых заболеваний, обусловленных поведенческими факторами» УДЦ составил 1,58 (1,58), что говорит о достижении цели по данному направлению в целом (имеет место опережение цели).

УОС по данному направлению составил 1, что означает стопроцентное освоение денежных средств, предусмотренных на 2013 год.

В соответствии с Таблицей 5 Методики при УДЦ мероприятия выше 1 и УОС Направления на уровне 1 получаем опережение цели наряду с освоением средств, что позволяет определить ход реализации мероприятий данного направления как «В норме».

Однако следует отметить, что не удалось достигнуть цели по показателю «Снижение распространенности употребления табака» (достижение цели по направлению достигнуто за счет опережения цели по показателю «Снижение распространенности злоупотребления алкоголем»). Недостижение цели составило 26% от плана (УДЦ – 0,74).

По Направлению 1.2 «Здоровое питание» УДЦ составил 1,12 (0,99), что говорит о достижении цели по данному направлению в целом.

УОС по данному направлению составил 0,92, что означает почти полное освоение средств, предусмотренных на 2013 год.

При указанных показателях УДЦ и УОС Направления ПЭ составил 1,08, т.е. ход реализации мероприятий данного направления характеризуется как «В норме».

При целевых значениях, указанных в ППРК №41 от 29.01.11 (с изменениями по состоянию на 23.08.12), отмечается недостижение целевого значения по показателю «Снижение заболеваемости железодефицитной анемии», при плане 1 728 на 100 тыс. населения в 2013 году факт составил 1 871 на 100 тыс. населения, недостижение цели на 8% (УДЦ – 0,92).

По Направлению 1.3 «Здоровье школьников и подростков» УДЦ составил 1,61 (1,34), что говорит о достижении цели по данному направлению в целом (опережение).

УОС по данному направлению составил 1 что означает полное освоение средств, предусмотренных на 2013 год.

При указанных показателях УДЦ и УОС Направления ПЭ составил 1,61 (1,34), ход реализации мероприятий данного направления характеризуется как «В норме».

При этом не достигнуты целевые значения по показателю «Снижение заболеваемости ИППП среди подростков в возрасте 15-17 лет (сифилис)», при плане 8,3 на 100 тыс. населения в 2013 году факт составил 8,9 на 100 тыс. населения, недостижение цели на 7% (УДЦ – 0,93).

По Направлению 1.4 «Дорожно-транспортная безопасность» УДЦ составил 0,66 (0,66), что указывает на недостижение цели по данному направлению.

УОС по данному направлению составил 0,76, что означает неосвоение средств, предусмотренных на 2013 год, на 34%.

В соответствии с Таблицей 5 Методики при данных показателях УДЦ и УОС имеет место недостижение цели и неосвоение средств, что указывает на необходимость принятия незамедлительных мер по исправлению ситуации, сложившейся по данному направлению.

При указанных показателях УДЦ и УОС по направлению, ПЭ составил 0,87 (0,87).

В частности недостижение цели отмечается по всем двум показателям результатов данного направления:

- «Снижение числа погибших в результате ДТП на 10% от уровня 2009 года (2 898 чел.)». При плане в 2 608 человек факт составил 3 037 человек. УДЦ – 0,86.

- «Снижение количества ДТП с пострадавшими на 8% от уровня 2009 года (14 788 чел.)». При плане в 13 605 человек факт составил 29 872 человек. УДЦ – 0,46.

По Направлению 1.5 «Экстренная медико-спасательная помощь при чрезвычайных ситуациях» УДЦ составил 1,35 (1,35), что означает достижение цели по данному направлению.

При этом УОС по данному направлению составил 0,55 (0,55), что означает неосвоение средств, предусмотренных на 2013 год, на 45%.

При данных значениях УДЦ и УОС, ПЭ составил 2,44 (2,44). Ход реализации мероприятий данного направления характеризуется как «В норме».

По Направлению 1.6 «Профилактика туберкулеза и ВИЧ/СПИД в пенитенциарной системе» УДЦ составил 1,07 (1,07), что говорит о достижении цели по данному направлению в целом.

УОС по данному направлению составил 0,92, что означает почти полное освоение средств, предусмотренных на 2013 год.

При данных значениях УДЦ и УОС, ПЭ составил 1,16 (1,16). Ход реализации мероприятий данного направления характеризуется как «В норме».

Однако не достигнуты целевые значения по двум показателям:

- «Снижение заболеваемости туберкулезом среди осужденных в расчете на 100 тыс. тюремного населения», при плане за 2013 год в 643 факт составил 965,8. Недостижение цели на 33%, УДЦ – 0,67.

- «Снижение общей смертности среди лиц, находящихся в местах лишения свободы в расчете на 1 000 человек», при плане за 2013 год в 2,89, факт составил 4,7. Недостижение цели на 39%, УДЦ – 0,61.

По Направлению 1.7 «Профилактика особо опасных инфекций (конго-крымская геморрагическая лихорадка)» УДЦ составил 5, что говорит о достижении цели по данному направлению в целом (опережение цели).

Планом мероприятий ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» мероприятия по достижению данного показателя не предусмотрены.

По Направлению 2 «Усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм» УДЦ составил 1,36 (1,22), что говорит о достижении цели по данному направлению в целом.

УОС по данному направлению составил 1,01, что означает полное освоение средств, предусмотренных на 2013 год.

При указанных показателях УДЦ и УОС, ПЭ составил 1,34 (1,20). Ход реализации мероприятий данного направления характеризуется как «В норме».

По Направлению 3 «Совершенствование санитарно-эпидемиологической службы» УДЦ составил 2,40 (2,24), что говорит об опережении достижения цели по данному направлению в целом.

УОС по данному направлению составил 0,81, что означает неполное освоение средств, предусмотренных на 2013 год.

При указанных показателях УДЦ и УОС, ПЭ составил 2,95 (2,76). Ход реализации мероприятий данного направления характеризуется как «В норме».

По Направлению 4 «Совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения» УДЦ составил 2,37 (1,78), что говорит о достижении цели по данному направлению в целом (опережение цели).

При этом УОС по данному направлению составил 0,84, что означает неполное освоение средств, предусмотренных на 2013 год.

При указанных показателях УДЦ и УОС, ПЭ составил 2,81 (2,11). Ход реализации мероприятий данного направления характеризуется как «В норме».

Наряду с достижением цели направления в целом, имеет место недостижение целевого значения по показателю «Развитие стационарозамещающих технологий (пролечено пациентов)». Факт составил 953 205, при плане 1 004 782, недостижение цели на 5%, УДЦ – 0,95.

По Направлению 5 «Совершенствование медицинского, фармацевтического образования; развитие и внедрение инновационных технологий в медицине» УДЦ составил 1,94 (1,06), что говорит о достижении цели по данному направлению в целом.

УОС по данному направлению составил 1, что означает полное освоение средств, предусмотренных на 2013 год.

При указанных показателях УДЦ и УОС, ПЭ составил 1,92 (1,06) ход реализации мероприятий данного направления характеризуется как «В норме».

По Направлению 6 «Повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой» УДЦ составил 1 (1), что говорит о достижении цели по данному направлению в целом.

Уровень освоения средств (УОС) по данному направлению составил 0,73, что означает неполное освоение средств, предусмотренных на 2013 год (неосвоение - 27%).

При указанных показателях УДЦ и УОС, ПЭ составил 1,37 (1,37). Ход реализации мероприятий данного направления характеризуется как «В норме».

Анализ причин недостижения цели по показателям результатов направлений и предложения по совершенствованию показателей

1. «Снижение распространенности употребления табака», при плане в 19,5% факт составил 26,5%, УДЦ 0,74.

Мониторинг данного показателя проводится по результатам Национальных социологических исследований населения периодичностью 1 раз в три года

(с 1998 года). Исследование проводится Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни.

Таким образом, широкомасштабные социологические исследования проводятся в Республике Казахстан с 1998 года через каждые 3 года. По данным I социологического исследования, проведенного в 1998 г, распространённость табакокурения составила 28,0, по данным II и III исследований 23,3 и 23,0 соответственно. Результаты IV социологического исследования в 2007 году выявили увеличение распространённости данного поведенческого фактора до 27,0. V национальное исследование, проведенное в 2012 году, выявило тенденцию к снижению распространённости табакокурения до 26,5.

Таким образом, динамика снижения данного показателя показывает невозможность достижения определенных Программой показателей в краткосрочном периоде, даже несмотря на активно внедряемые меры борьбы с табакокурением (графические предупреждения на пачках табачных изделий, запрет курения в общественных местах, повышение акцизов). Проводимые мероприятия по борьбе с табакокурением, согласно международному опыту, дают, как правило, отдаленные результаты.

Предложения.

Как показывает международный опыт, высокая цена на сигареты сокращает их доступность для детей и подростков, тем самым снижает вероятность формирования зависимости от табака в детстве. В этой связи, в целях улучшения чувствительности показателя и выявления влияния тех или иных мер по сокращению табакокурения на различные возрастные группы, предлагается отслеживать его по следующим подгруппам: дети, молодежь (подростки), взрослые.

Решения.

Наилучшие результаты обычно достигаются в тех случаях, когда используются все имеющиеся варианты, в том числе следующие [14]:

- повышение налогов на все табачные изделия, что представляет собой наиболее действенное отдельно взятое средство борьбы против табака. Налог должен составлять приблизительно 70%-80% от общей цены. Налог должен регулярно повышаться пропорционально инфляции. Часть поступлений от налогов на табачные изделия должна направляться специально на программы борьбы против табака.

- просветительная работа с потребителями по разъяснению угроз для здоровья, связанных с употреблением табака. Для повышения осведомленности можно использовать кампании, проводимые одновременно в различных средствах массовой информации. Предупреждения о вреде для здоровья должны быть ясными и недвусмысленными и быть хорошо заметными.

- введение или ужесточение ограничений курения на работе и в общественных местах для того, чтобы оградить некурящих, а также побудить курильщиков к прекращению курения и способствовать формированию негативного отношения к курению. Государственные органы должны создать прецедент путем принятия законов, запрещающих курение в общественных зданиях, и поощрять ограничения курения на работе. Необходимо особо подчеркивать доказательства вредных воздействий табачного дыма в окружающей среде.

- введение запретов на рекламирование и проведение акций по стимулированию употребления табачных изделий. Действия в этом направлении

должны быть всеобъемлющими, чтобы не дать табачной промышленности возможности переориентировать свою рекламную деятельность.

- расширение доступа к никотинзаместительной терапии и другим видам лечения, помогающим бросить курить. Если это возможно, лечение для менее обеспеченных курильщиков должно обеспечиваться по низким расценкам или бесплатно.

2. «Снижение заболеваемости железодефицитной анемией» (далее – ЖДА), при плане 1 728 на 100 тыс. населения факт 2013 года составил 1 871,2 на 100 тыс. населения.

Рост заболеваемости ЖДА связаны со следующими факторами:

- увеличение выявляемости связано с проведением скрининговых осмотров беременных и профилактическим осмотром населения;

- увеличение количества детей, взятых на диспансерный учет, подростков и женщин фертильного возраста для бесплатного обеспечения препаратами железа, аскорбиновой, фолиевой кислоты на амбулаторном уровне в соответствии с Перечнем лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями), утвержденным приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 года № 786.

Предложения.

Общая заболеваемость железодефицитной анемией за 2013 год - 1 871 на 100 тыс. населения, из них:

- женщины - 2 269,6;
- дети – 3 971,1;
- подростки – 3 948;
- старше 18 – 977,9.

Как показывают данные статистики, женщины, дети и подростки являются группами, наиболее подверженными анемии, и показатели для этих групп значительно превышают среднестрановой. В этой связи, для улучшения чувствительности данного показателя и получения более четкой картины, связанной с развитием заболеваемости ЖДА, предлагается проводить мониторинг показателя с разбивкой по вышеперечисленным группам.

Вместе с тем, необходимо обратить внимание на большой разброс значений показателя в разрезе регионов Казахстана. Самые низкие показатели наблюдаются в Костанайской (695,7), Северо-Казахстанской (787) и Акмолинской областях (849,9). Самые высокие – в Кызылординской (4 370,2), Жамбылской (3 116,9) и Актюбинской областях (2 852,2). При сравнении данных по регионам необходимо учитывать возрастные различия в структуре населения регионов. Для этого предлагается использовать стандартизированный коэффициент заболеваемости ЖДА.

Также будет уместным применение стандартизированного коэффициента заболеваемости ЖДА для сравнения показателя по Казахстану с аналогичным показателем других стран, учитывая различную возрастную структуру населения по странам.

При сравнении уровня какого-либо явления в нескольких совокупностях нередко встречаются определенные трудности. Сравнение общих интенсивных

показателей можно проводить лишь при условии качественной однородности сравниваемых коллективов, населения административных территорий. В противном случае, если состав сравниваемых групп населения различен, то сравнение не дает правильного соотношения общих показателей.

Анализируя смертность, рождаемость, заболеваемость в различных регионах и областях, надо помнить об однородности возрастно-полового состава сравниваемых групп населения. На это положение особенно следует обратить внимание при организации социально-гигиенического исследования, когда изучается влияние различных социальных факторов и факторов внешней среды на здоровье населения.

Статистический метод, позволяющий получить показатели, пригодные для сравнения в двух совокупностях, неоднородных по своему составу, называется методом стандартизации. В результате проведения этого метода получаются стандартизованные показатели. Стандартизованные показатели – условные, то есть показатели, которые могли бы быть при условии одинакового состава среды (населения, состава больных).

Показанием к применению метода стандартизации служат 2 условия:

- 1) различия в составе двух или нескольких сравниваемых совокупностей;
- 2) разная величина погрупповых показателей. Используется метод стандартизации для более объективной характеристики здоровья населения и оценки деятельности учреждений здравоохранения при их сравнении.

3. «Снижение заболеваемости ИППП среди подростков в возрасте 15-17 лет (сифилис)», при плане 8,3 факт составил 8,9. Уровень достижения цели - 0,93.

4. «Снижение числа погибших в результате ДТП» на 10% от уровня 2009 года (2 898 чел.). При плане в 2 608 человек факт составил 3 037 человек. Уровень достижения цели – 0,86.

5. «Снижение количества ДТП с пострадавшими» на 8% от уровня 2009 года (14 788 чел.). При плане в 11 830 человек факт составил 29 872 человек. Уровень достижения цели – 0,40.

Предложения.

По двум указанным показателям предлагается введение корректировки показателя на количество населения. При растущем населении является ожидаемым растущее абсолютное число человек, пострадавших и погибших в ДТП. Если в 2009 году населения РК составило 15 776 тыс. человек, то в 2013 – 17 165 тыс. человек.

При пересчете показателя в расчете на 100 тыс. населения, значение показателя №4 за 2009 год составило 183,7 на 100 тыс. населения: $(2\,898/15\,776\,000)*100\,000$. В данном случае цель составляет 165,3 (снижение показателя за 2009 год на 10%).

За 2013 год значение показателя составило 176,9 $(3\,037/17\,165\,000)*100\,000$, т.е. уровень достижения цели составил – 0,93, что выше УДЦ по первоначальному расчету.

Аналогично показателю №5.

Решения.

Данный вопрос требует принятия решения на межведомственном уровне. Так как в структуре смертности от травматизма преобладают причины смертности от безответственности отдельных водителей, большого количества наездов на пешеходных переходах и с участием общественного транспорта.

6. «Снижение заболеваемости туберкулезом среди осужденных в расчете на 100 тыс. тюремного населения», при плане за 2013 год в 643 факт составил 965,8.

Уровень достижения цели – 0,67.

7. «Снижение общей смертности среди лиц, находящихся в местах лишения свободы в расчете на 1000 человек», при плане за 2013 год в 2,89 факт составил 4,7. Уровень достижения цели – 0,61.

Одной из причин не достижения прямых показателей по смертности и заболеваемости туберкулезом является то, что изменилась методика расчета числа лиц, прошедших через учреждения уголовно-исправительной системы (далее-УИС), утвержденная приказом Министра внутренних дел Республики Казахстан от 04.09.2012 года №32-ДСП «Об утверждении формы ведомственной статистической отчетности уголовно-исполнительной системы органов внутренних дел». Ранее, учет осужденных и следственно-арестованных проводился по мере поступления контингента в учреждение, т.е. осужденный, при переводе его из одного учреждения в другое или даже в третье учреждение, рассматривался как убывший и вновь прибывший. В результате, один осужденный по мере передвижения его по учреждениям УИС мог рассматриваться как 2-3 человека. В новой методике учета лиц, содержащихся в учреждениях УИС производится следующим образом: лица, содержащиеся в учреждениях УИС + лица, освобожденные из учреждений УИС.

В результате чего, количество прошедших через учреждения УИС сократилось вдвое (статистические данные 2011 года, лица, прошедшие через учреждения УИС - 139 887 человек, в 2012 году 65 401 человек, в 2013 году 64 298 человек), вследствие чего по итогам 2012 и 2013 годов резко повысились показатели смертности и заболеваемости туберкулезом.

Данный вопрос требует принятия мер на межведомственном уровне. В связи с тем, что отклонение показателя связано с изменением методики расчета, требуется внести соответствующие изменения в планирование показателя.

8. «Развитие стационарозамещающих технологий (пролечено пациентов)» до 1 004 782 к 2013 году. Факт составил 953 205, уровень достижения цели – 0,95.

По итогам 1 этапа данный показатель увеличился на 44,7% от уровня 2009 года (658 860). По итогам 2013 года по отношению к 2012 году объем стационарозамещающей помощи увеличился на 2%, а доля стационарозамещающей помощи в совокупном объеме пролеченных случаев увеличилась с 22% до 29,3%. Поэтому недостижение планового уровня по данному показателю не должно рассматриваться как снижение развития стационарозамещающей помощи.

По целевым индикаторам.

Предлагается ввести расчет стандартизированных показателей по следующим целевым индикаторам:

1. снижение заболеваемости туберкулезом. Существует стандартизированный коэффициент смертности от туберкулеза (база данных ВОЗ).
2. удержание распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 [15].

М008 Предоставление аналитического обзора программ системы здравоохранения

Введение

Здоровье человека — высшее неотчуждаемое благо, без которого утрачивают свое значение многие другие материальные и нематериальные блага и ценности. Статья 29 Конституции Республики Казахстан содержит основополагающее право граждан Республики Казахстан на охрану здоровья. В целях реализации конституционного права граждан Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» [1] определяет основные принципы охраны здоровья гражданина и построения системы здравоохранения государства.

Охрана здоровья населения – национальный приоритет государственной политики каждой страны. Документ первого уровня - Стратегия развития Республики Казахстан до 2050 года – определил ключевые принципы социальной политики страны и провозгласил, что здоровье нации - это основа нашего успешного будущего [2].

В настоящее время развитие как экономической, так и социальной сферы страны в рамках системы государственного планирования осуществляется, в том числе, путем программно-целевого финансирования, реализуемый посредством принятия и исполнения отраслевых программ развития.

Первым опытом применения программного целеполагания в здравоохранении стала Государственная программа «Здоровье народа» (далее – ГП «Здоровье народа»), утвержденная указом Президента Республики Казахстан №4153 от 16 ноября 1998 года. Целью данной программы стало – «улучшение состояния здоровья населения Казахстана, разработка и реализация краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных планов мероприятий, способствующих скорейшему выходу здравоохранения на качественно новый уровень предоставления медицинских услуг населению» [3].

Следующей отраслевой программой здравоохранения стала Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Данной программой провозглашены следующие цели: «создание эффективной системы оказания медицинской помощи, основанной на принципах солидарной ответственности за охрану здоровья между государством и человеком, приоритетном развитии первичной медико-санитарной помощи, направленной на улучшение здоровья населения» [4].

В настоящее время в стране здравоохранение развивается под эгидой ГПРЗ «Саламатты Қазақстан».

Наряду с принятием соответствующих программ развития и реформирования здравоохранения из бюджета страны были выделены и направлены на достижение программных целей значительные ассигнования:

1) ГП «Здоровье народа» 1998-2005 гг. из средств республиканского бюджета в 2003 году – 15 273 312 тыс. тенге, в 2004 году – 20 887 139 тыс. тенге, в 2005 году – 20 887 139 тыс. тенге (итого 57 047 590 тыс. тенге) [3];

2) Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг. из государственного бюджета 165 658,5 млн. тенге, в том числе из средств республиканского бюджета 134 609,9 млн. тенге, из средств местных бюджетов 31 048,6 млн. тенге [4];

3) ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. из государственного бюджета 415 605,7 млн. тенге и из других источников 8 400 млн. тенге [13].

Каждая заинтересованная сторона системы здравоохранения (Правительство, уполномоченный государственный орган, поставщики и потребители медицинских услуг) заинтересованы в эффективном расходовании предусмотренных средств и успешности реализации принятых программ, которые должны обеспечить достижение определенных программой целей, и, тем самым, могут вывести систему здравоохранения на качественно новый уровень.

Успешность реализации стратегических программ здравоохранения оценивается путем определения уровня достижения целевых показателей, в том случае, если они подлежат количественному измерению.

Обзор программ здравоохранения дает возможность должностным лицам, принимающим ключевые решения, сформировать поле для маневрирования путем предоставления объективной информации в целях определения политики и направления развития системы здравоохранения, а также населению получить значимые сведения об их благосостоянии. Подобные обзоры позволяют путем использования ограниченного количества статистических индикаторов измерить результаты системы здравоохранения, оценить стратегию и функции государственного органа, уполномоченного курировать область здравоохранения.

Таким образом, важно не только принять, финансировать и реализовать программы развития здравоохранения, но и отслеживать результаты осуществления мероприятий, предусмотренных программой, которые могут дать существенную информацию о ходе реализации программы и ее эффективности. Тем самым, можно вовремя заметить неэффективные мероприятия, ошибки реализации хода программ и корректировать мероприятия программы.

Разъяснения основных положений обзора Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан»





В целях проведения среднесрочного обзора и оценки ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» сформирована оценочная Таблица по основным показателям программы, так называемая Scorecard (Таблица 15). Основная цель оценочной Таблицы раскрыть скрытые угрозы каждого из индикаторов программы с целью их дальнейшего более углубленного рассмотрения с привлечением всех заинтересованных сторон программы и системы здравоохранения.

Путем проведения анализа динамики изменения показателей, сравнения планового и фактического уровней, распределения показателей по половозрастным, региональным характеристикам и межстранового сравнения будут определены потенциальные участки (т.е. индикаторы), требующие более тщательного и углубленного изучения.

Для каждого из основных показателей ГПРЗ будет проведена оценка согласно пунктам, указанным в оценочной Таблице:

1. Средний страновой уровень, который охватывает следующие промежуточные результаты оценки (первые 3 столбца Таблицы 14):

1.1. Текущий сравнительный уровень показателя (далее—ТСУ) оценивается путем сравнения индикатора с целевыми показателями ГПРЗ «Саламатты Қазақстан». В оценочной Таблице приводится конечный результат анализа ТСУ в виде цветовых маркировок, которые определяются согласно следующим градациям:

-  Хорошо, говорит о достижении планового уровня показателя на 100%
-  Средне, означает достижение планового уровня на 50-99%
-  Плохо, свидетельствует о достижении планового уровня до 50%
-  Нет доступных данных;

1.2. Национальный тренд оценивается исходя из динамики развития показателя в определенном промежутке времени (период определяется доступностью тех или иных статистических данных):





-  Возрастающая (позитивная)
-  Стабильная
-  Падающая (негативная)
-  Нет доступных данных

Таблица 114. Оценочная Таблица основных индикаторов ГПРЗ «Саламатты Казахстан»

Наименование индикатора	Средняя оценка для страны			Распределение (по полу)			Распределение (по возрасту)			Распределение (по регионам)		
	Текущий сравнительный уровень	Национальный тренд	Общая оценка	Текущее расхождение	Динамика расхождения	Общая оценка	Текущее расхождение	Динамика расхождения	Общая оценка	Текущее расхождение	Динамика расхождения	Общая оценка
1. Ожидаемая продолжительность жизни	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
2. Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
3. Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
4. Общая смертность на 1000 населения	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5. Заболеваемость туберкулезом	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
6. Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
7. Заболеваемость ЖДА	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

1.3. Общая оценка показателя - комбинация ТСУ и национального тренда позволяет определить участки «в норме», «необходимо дальнейшее более тщательное изучение и проведение анализа» и «требуется незамедлительное принятие мер». Цветовая маркировка общей оценки и схема интерпретации для определения общей оценки для среднего странового уровня показателя определяется согласно Таблице 15.

Таблица 125. Схема интерпретации для определения общей оценки для среднего странового уровня показателя

Национальный тренд Уровень сравнения с целью	Тренд позитивный	Нет изменений во времени; нет четкого тренда; результаты не могут быть оценены		Тренд негативный
Результат выше или на уровне целевого значения	В норме	В норме		Необходимо дальнейшее более тщательное изучение и проведение анализа
Результаты ниже целевого значения; или не могут быть оценены	В норме	Необходимо дальнейшее более тщательное изучение	Необходимо проведение анализа	Требуется незамедлительное принятие мер
Результаты значительно ниже целевого значения	Необходимо дальнейшее более тщательное изучение и проведение анализа	Требуется незамедлительное принятие мер		Требуется незамедлительное принятие мер

2. Распределения среднего странового уровня (по полу, возрасту и регионам) там, где применимо или доступны данные (следующие 9 столбца Таблицы 15). Цветовая маркировка по показателям определяется согласно Таблице 16. Индикатор оценивается как «плохо» в том случае, если существует значимый разрыв в показателях для мужчин и женщин, в социально-экономическом статусе или между регионами. Динамика развития разрыва также анализируется: возрастает или падает разрыв/расхождение. Оценка величины разрыва и его динамики служат основой для общей оценки компонента распределения.

Таблица 136. Схема интерпретации для определения оценки распределения среднего странового уровня по полу, возрасту и регионам.

Динамика расхождения Существующее расхождение	Снижение расхождений	Незначительное снижение расхождений; нет четкого тренда; нет данных	Возрастающее расхождение
Нет расхождения между полами, социально-экономическим статусом или регионами	В норме	В норме	Необходимо дальнейшее более тщательное изучение и проведение

				анализа
Незначительное расхождение или нет доступных данных для доказательства неравенства	В норме	Необходимо дальнейшее более тщательное изучение	Необходимо проведение анализа	Требуется незамедлительное принятие мер
Значительное расхождение	Необходимо дальнейшее более тщательное изучение и проведение анализа	Требуется незамедлительное принятие мер		Требуется незамедлительное принятие мер

Следовательно, определив общие положения оценки ГПРЗ «Саламатты Қазақстан», можно приступить к рассмотрению отдельных индикаторов.

Описание Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Основной целью ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» является улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны.

Для реализации данной цели ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» установлены следующие программные цели:

1. укрепление здоровья казахстанцев путем достижения согласованности усилий всего общества в вопросах охраны здоровья;
2. формирование конкурентоспособной системы здравоохранения.

Также Государственной программой определены следующие целевые индикаторы ее реализации.

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2013 году до 69,5 лет, к 2015 году – до 71 года;

- снижение материнской смертности к 2013 году до 28,1, к 2015 году - до 12,4 на 100 тыс. родившихся живыми;

- снижение младенческой смертности к 2013 году до 14,1, к 2015 году - до 11,2 на 1 000 родившихся живыми;

- снижение общей смертности к 2013 году до 8,14, к 2015 году - до 7,62 на 1000 населения;

- снижение заболеваемости туберкулезом к 2013 году до 98,1, к 2015 году - до 71,4 на 100 тыс. населения;

- удержание распространенности ВИЧ-инфекции возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2 – 0,6 %;

- увеличение удельного веса злокачественных новообразований, выявленных на II стадии, к 2015 году до 55,1%;

- увеличение удельного веса 5-летней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями к 2015 году до 50,6%.

Вместе с тем определены 6 основных направлений и путей достижения поставленных программных целей. В рамках каждого из направлений имеется своя цель (цель направления) и прописаны конкретные показатели результатов достижения цели.

1. Повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья:

1.1. Здоровый образ жизни и снижение уровня социально значимых заболеваний, обусловленных поведенческими факторами;

1.2. Здоровое питание;

1.3. Здоровье школьников и подростков;

1.4. Дорожно-транспортная безопасность;

1.5. Экстренная медико-спасательная помощь при чрезвычайных ситуациях;

1.6. Профилактика туберкулеза и ВИЧ/СПИД в пенитенциарной системе;

1.7. Профилактика особо опасных инфекций (конго-крымская геморрагическая лихорадка);

2. Усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм;

3. Совершенствование санитарно-эпидемиологической службы;

4. Совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения;

5. Совершенствование медицинского, фармацевтического образования; развитие и внедрение инновационных технологий в медицине;

6. Повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой.

В Плате мероприятий по реализации ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» отражены конкретные мероприятия в рамках каждого направления с соответствующей суммой выделяемых на их реализацию бюджетных средств.

Анализ основных индикаторов программы

Показатель 1. Ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении.

Широко рассматриваемым и распространенным показателем успешности систем здравоохранения в мире выступает один из основных индикаторов ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» - показатель «ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении», который, в свою очередь, зависит не только от состояния здоровья населения, но и от качества жизни граждан страны в целом.

Анализ показателя, согласно нашей методике, состоит из двух частей. В первой части рассматривается средний страновой уровень, а во второй - анализ распределения значения показателя по полу, возрасту и регионам страны (в случае доступности данных).

1. Анализ среднего странового уровня показателя предполагает описание текущего значения показателя, рассмотрение национального тренда и выведение общей оценки.

1.1 ТСУ.

Согласно данным статистики, представленным в Таблице 17, значение ожидаемой продолжительности жизни населения имеет положительную тенденцию и немногим превышает плановые показатели ГПРЗ «Саламатты Қазақстан». Это говорит о достижении целевого уровня по показателю «ожидаемая продолжительность жизни».

Таблица 147. Ожидаемая продолжительность жизни

Целевые индикаторы	Ед. изм.	Анализ исполнения	2009	2010	2011	2012	2013
Ожидаемая продолжительность жизни населения	лет	План					69,5
		Факт	68,33	68,45	68,98	69,61	70,45

Источник: ГПРЗ «Саламатты Казакстан», Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2013 году, Астана, 2014.

Исходя из данных Таблицы 17 относительно показателя «ожидаемая продолжительность жизни» для целей ТСУ следует определить соответствующее цветовое обозначение, как положительный результат, достижение и даже перевыполнение значения планового показателя.

1.2. Национальный тренд.

Рассмотрев динамику ожидаемой продолжительности жизни в Республике Казахстан за последние 15 лет, следует обозначить наличие положительной тенденции в динамике показателя «ожидаемой продолжительности жизни». За рассматриваемый период (1999-2013 гг.) ожидаемая продолжительность жизни населения страны возросла почти на 5 лет, и по итогам 2013 года составила 70,45 лет.

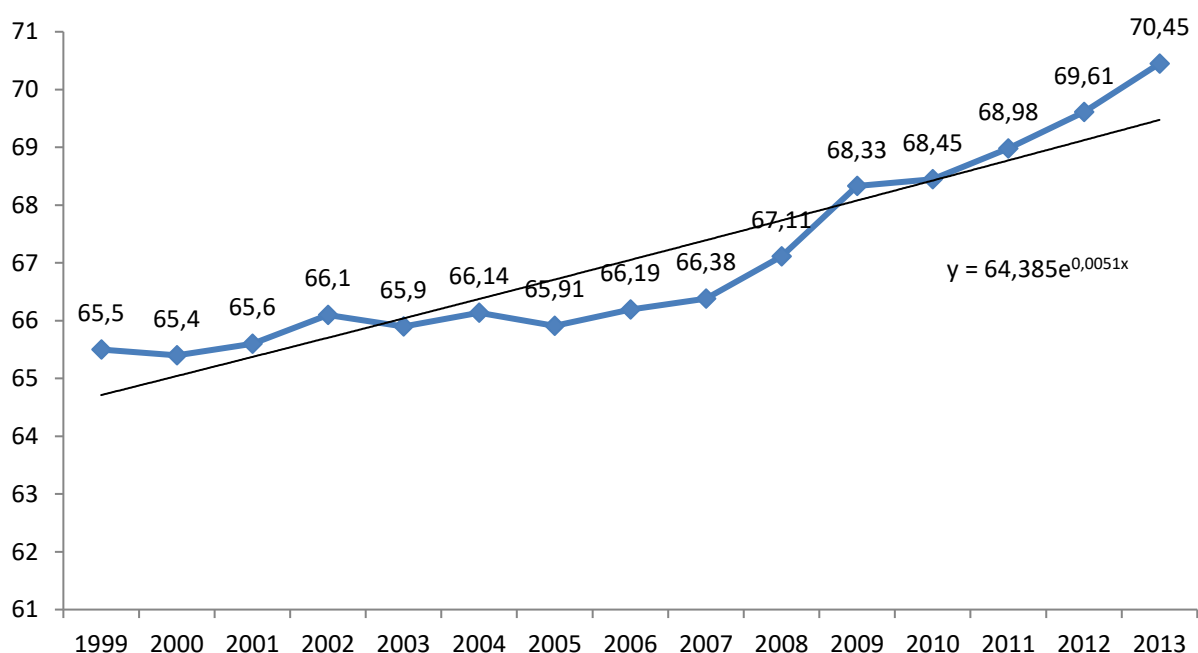


Рисунок 8. Динамика ожидаемой продолжительности жизни, лет

Источник: Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2013 году, Астана - 2014.

Стабильная тенденция, направленная на рост продолжительности жизни в стране наметилась с 2005 года в связи переходом государства на программный метод стратегического планирования и, соответственно, на целевое финансирование основных задач социально-экономической сферы. Важно отметить, что увеличение ожидаемой продолжительности жизни ускорилось после начала реализации Государственной программы развития здравоохранения на 2005-2010 гг., а также

значительное увеличение продолжительности жизни наблюдается в связи с принятием и реализацией ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.

Таким образом, с учетом роста продолжительности жизни населения страны, можно отметить наличие возрастающего национального тренда.

1.3. Общая оценка.

По данным Таблицы 17, при ТСУ на уровне или выше планового значения, а также при положительном национальном тренде общая оценка показателя определяется как «в норме».

2. Анализ распределения значения показателя «ожидаемая продолжительность жизни» проведен в разрезе гендерной и региональной принадлежности населения.

2.1 Распределение среднего странового уровня показателя по полу.

В Казахстане разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин составляет 9,3 лет. Подобная гендерная диспропорция сложилась по причине высокой смертности мужчин по сравнению с женщинами и иными трудовыми, социальными условиями жизни. За последние 15 лет разница между продолжительностью жизни по гендерной принадлежности сократилась незначительно: с 10,9 до 9,3 лет. Таким образом, распределение показателя «ожидаемая продолжительность жизни при рождении» по полу заслуживает, согласно нашей методике, общую оценку как «требуется незамедлительное принятие мер» и соответственного цветового обозначения.

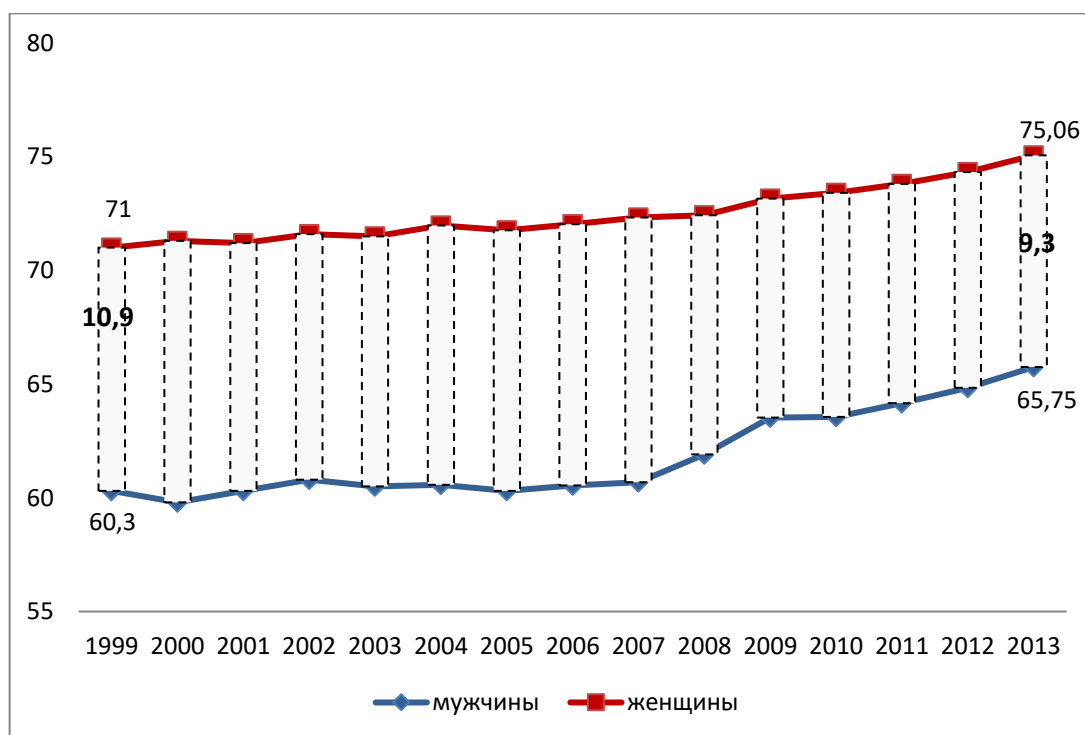


Рисунок 9. Ожидаемая продолжительность жизни в разрезе гендерной принадлежности, лет

Источник: Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2013 году, Астана - 2014.

2.2. Распределение показателя «ожидаемая продолжительность жизни при рождении» по регионам Казахстана.

В связи с разным уровнем жизни населения в регионах страны и неодинаковыми условиями жизни ожидаемая продолжительность жизни населения в областях Казахстана имеет тенденцию быть различной. Ожидаемая продолжительность жизни в 2009 году была самой низкой в Акмолинской области

66,21 лет, а в г. Астана самой высокой 74,75 лет. А в 2013 году самая высокая ожидаемая продолжительность жизни при рождении зарегистрирована также в г. Астана - 74,29 лет, а низкая в Северо-Казахстанской области – 68,08 лет.

Ожидаемая продолжительность жизни населения в разрезе регионов имеет значительное расхождение, однако за последние годы наблюдается сокращение расхождения значения показателя. Разница значения рассматриваемого показателя между лидирующим регионом и областью с невысокой продолжительностью жизни населения за 2009-2013 гг. сократилась с 9,5 до 6,2. Следовательно, показателю «ожидаемая продолжительность жизни» в разрезе регионов можно дать следующую оценку и соответствующую маркировку «Необходимо дальнейшее более тщательное изучение и проведение анализа».

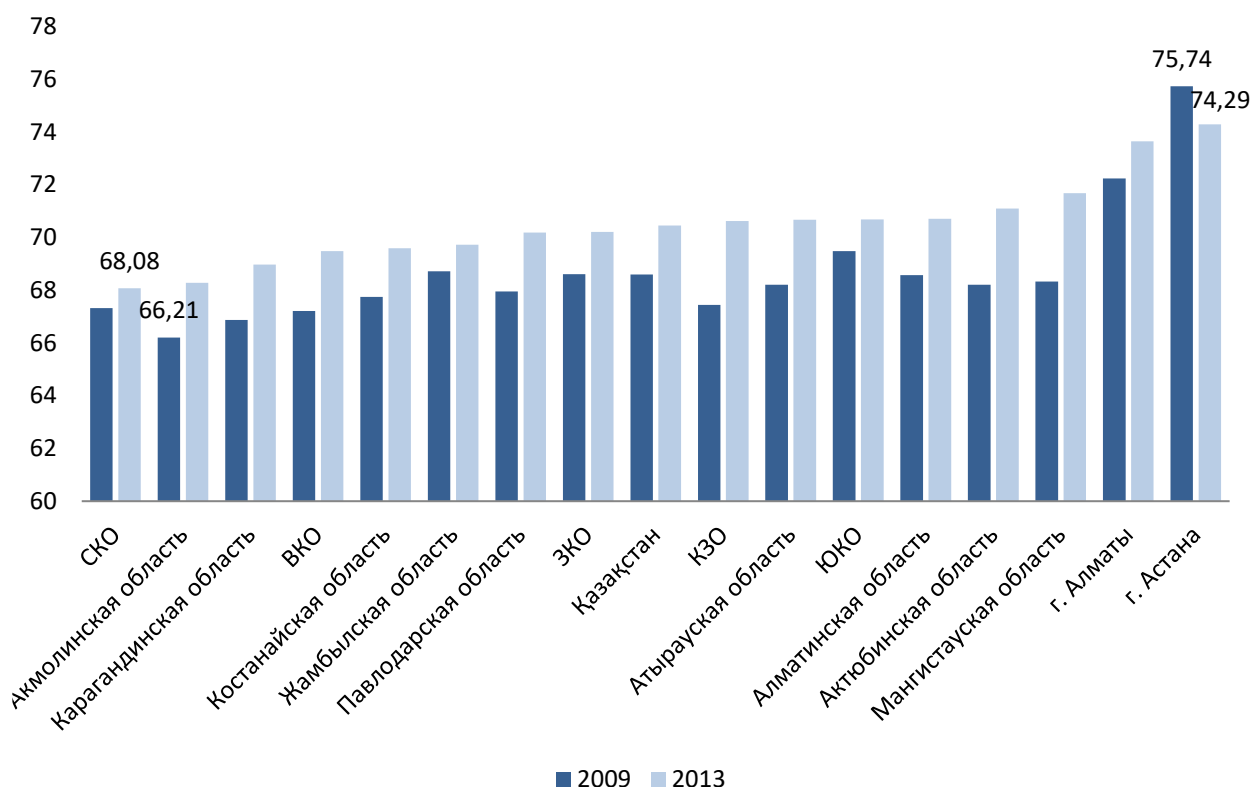


Рисунок 10. Ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении в разрезе регионов Казахстана

Источник: Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2009 году, Астана, 2010, Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2013 году, Астана – 2014.

Показатель 2. Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми

Материнская смертность является важным показателем деятельности системы здравоохранения и качества медицинской помощи и, в свою очередь, является одной из чувствительных зон современной системы здравоохранения развивающихся стран. Одной из восьми Целей тысячелетия в области развития (далее–ЦТР), принятых международным сообществом в 2000 году, является улучшение охраны материнства. В соответствии с ЦТР, страны обязались снизить материнскую смертность за период 1990-2015 гг. на 75% [12].

ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» определила одним из основных индикаторов программы проблему, волнующую все мировое сообщество, - показатель

«материнская смертность», и, тем самым, внесла весомый вклад в улучшение значения данного показателя.

1. Анализ среднего странового уровня показателя предполагает описание текущего значения показателя, рассмотрение национального тренда и выведение общей оценки показателя материнской смертности.

1.1. ТСУ

Материнская смертность в Казахстане имеет стойкую тенденцию к снижению: с 36,8 смертей на 100 тыс. родившихся живыми в 2009 году до 12,6 смертей на 100 тыс. родившихся живыми в 2013 году. Причем плановый уровень показателя ГПРЗ «Саламатты Казакстан» (28,1 на 2013 год) достигнут, а также досрочно достигнута ЦРТ 5, установленная мировым сообществом. Текущий сравнительный уровень показателя заслуживает хорошей оценки в связи с достижением и даже перевыполнением плановых показателей.

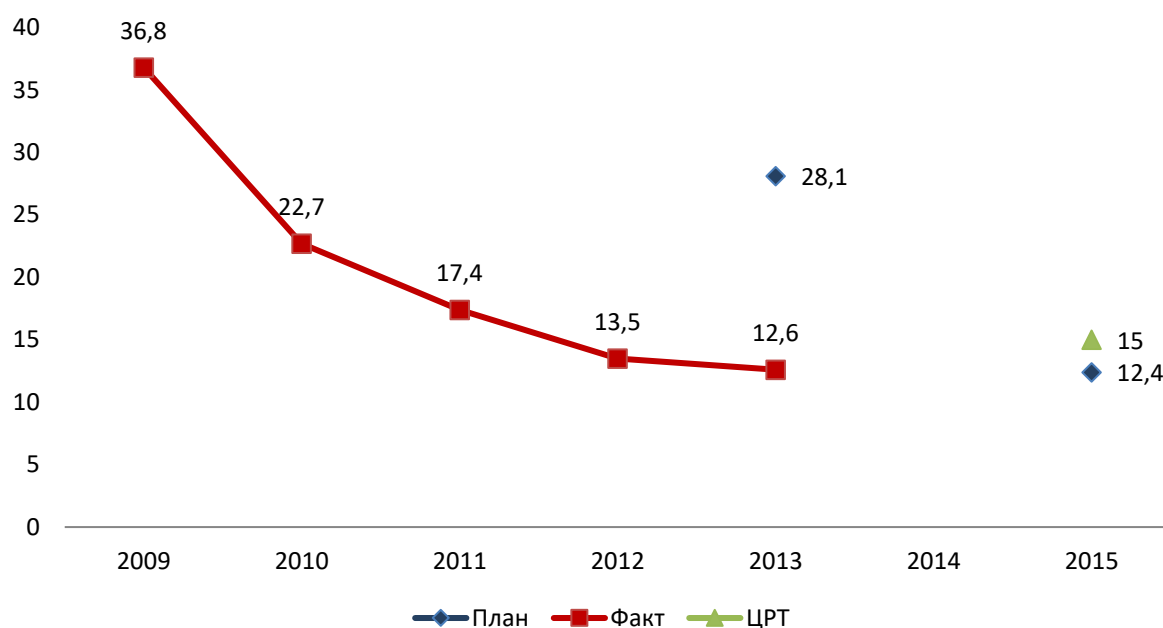


Рисунок 11. Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми.

Источник: ГПРЗ «Саламатты Казакстан», Указ Президента Республики Казахстан от 2 июля 2014 года №851 «О внесении изменений и дополнений в Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казакстан» на 2011 - 2015 годы», Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2013 году, Астана - 2014, Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2011 году, Астана - 2012, Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2009 году, Астана - 2010.

1.2. Национальный тренд

Целенаправленная политика Правительства Республики Казахстан за последние 5 лет добилась снижения материнской смертности на 65,7%, а именно до 12,6 смертей на 100 тыс. родившихся живыми в 2013 году. Такой позитивный тренд стал следствием внедрения стимулирующего компонента подушевого норматива (далее - СКПН) на снижение материнской смертности на местах. Национальный тренд по материнской смертности взял курс на снижение, что, без сомнения, говорит о позитивной тенденции.

1.3. Общая оценка

С учетом улучшения динамики ТСУ показателя «материнская смертность» в Казахстане и позитивного национального тренда общая оценка показателя определена как «в норме» согласно Таблице 16.

2. Анализ распределения значения показателя «материнская смертность» в разрезе регионов Казахстана.

2.1. Распределение значения показателя «материнская смертность» по регионам Казахстана.

Значительные различия значения материнской смертности в разрезе областей страны обусловлены различной репродуктивной установкой жителей регионов, разной окружающей средой, вытекающей из экологической обстановки, климата, менталитета окружения, а также качеством оказываемой медицинской помощи.

Если говорить о динамике расхождения, то следует обратить внимание на представленный график (Рисунок 12). Кривая, отражающая колебания значения показателя по регионам за 2012 год, более сглажена, по сравнению с аналогичной кривой за 2009 год. Кроме того, стоит отметить разницу между минимальным и максимальным размахом кривых за представленные годы: 2009 – 41,5, 2010 – 35, 2011 – 32,3, 2012 – 24,4. Таким образом, динамика расхождения значения показателя материнской смертности в разрезе регионов имеет позитивный тренд.

Учитывая тот факт, что в Северо-Казахстанской области в 2012 году материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми составила 24,4, а в Актюбинской, Западно-Казахстанской и Кустанайской областях 0, следует определить следующую общую оценку распределения значения показателя по регионам согласно Таблице 16: «необходимо дальнейшее более тщательное изучение».

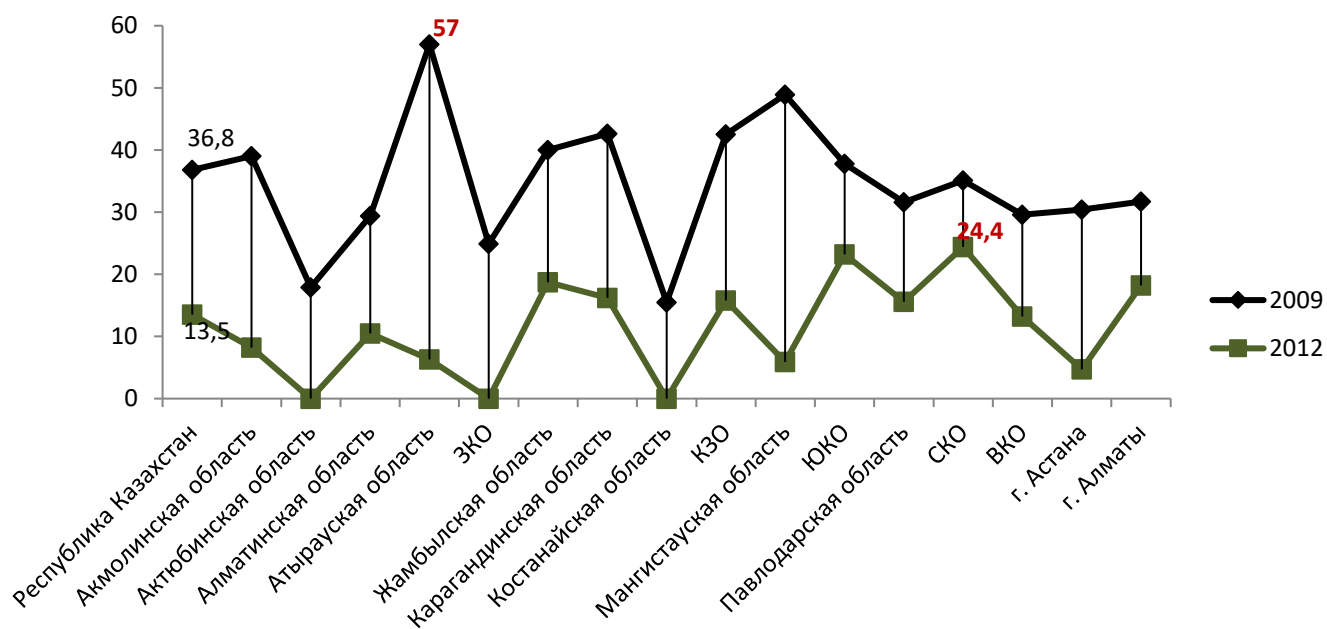


Рисунок 12. Распределение показателя "материнская смертность" по регионам.

Источник: Демографический ежегодник Казахстана, Астана – 2013.

Показатель 3. Младенческая смертность на 1 000 родившихся живыми

Важным показателем смертности и одновременно качества жизни населения является коэффициент младенческой смертности - число умерших детей в возрасте до 1 года в расчете на 1 000 родившихся живыми.

1. Анализ среднего странового уровня показателя предполагает описание текущего значения показателя, рассмотрение национального тренда и выведение общей оценки показателя младенческой смертности.

1.1. ТСУ

Текущее значение показателя младенческой смертности вследствие достижения целевого уровня, определенного ГПРЗ «Саламатты Қазақстан», позволяет сделать оптимистичное заключение. За последние пять лет наблюдается резкое сокращение младенческой смертности на 6,93 пунктов, что позволило в 2013 году достичь в значении показателя «младенческая смертность» уровня 11,3 смертей на 1 000 родившихся живыми. В то время как плановое значение младенческой смертности к 2013 год по ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» составляет 14,1 смертей на 1000 родившихся живыми.

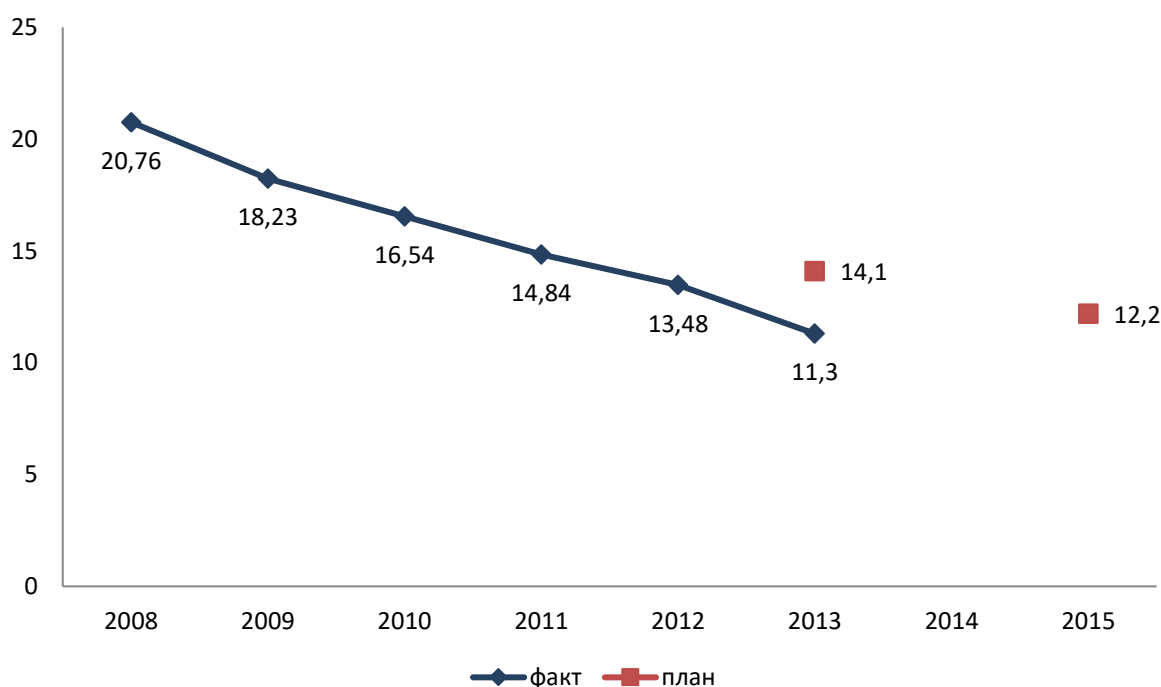


Рисунок 13. Младенческая смертность на 1 000 родившихся живыми

Источник: ГПРЗ «Саламатты Қазақстан», Указ Президента Республики Казахстан от 2 июля 2014 года №851 «О внесении изменений и дополнений в Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы», Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2013 году, Астана - 2014, Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2011 году, Астана - 2012, Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2009 году, Астана - 2010.

1.2. Национальный тренд

По данным статистики наблюдается сокращение младенческой смертности в Казахстане. Особые успехи в снижении значения показателя младенческой смертности зарегистрированы в течение последних пяти лет. Несмотря на

небольшие колебания в общем тренде следует говорить об исключительно позитивных изменениях в стране относительно ситуации с показателем «младенческая смертность» (Рисунок 13).

1.3. Общая оценка

Оценка показателя младенческой смертности в Казахстане с учетом двух предыдущих пунктов определяется как «в норме», то есть в стране наблюдаются благополучные тенденции по охране материнства и детства, что подтверждается сокращением смертности в младенческой возрастной категории и достижением плановых показателей индикатора.

2. Анализ распределения показателя «младенческая смертность» возможен по критериям гендерной и региональной принадлежности населения.

2.1. Распределение показателя «младенческая смертность» по гендерному признаку.

Различия в значении показателя младенческой смертности по половому признаку имеют установленную мировую тенденцию: смертность среди мальчиков выше по сравнению со смертностью среди девочек, что, в первую очередь, обусловлено экзогенными факторами. И наша страна, как составная часть международного сообщества, не осталась в стороне от общемировой тенденции. Младенческая смертность среди мальчиков на 15-20% выше, чем аналогичный показатель среди девочек (Рисунок 14). Разрыв в значении показателя младенческой смертности в разрезе гендерной принадлежности за рассматриваемый период (2009-2012 гг.) сократился незначительно (с 3,95 до 3,68).

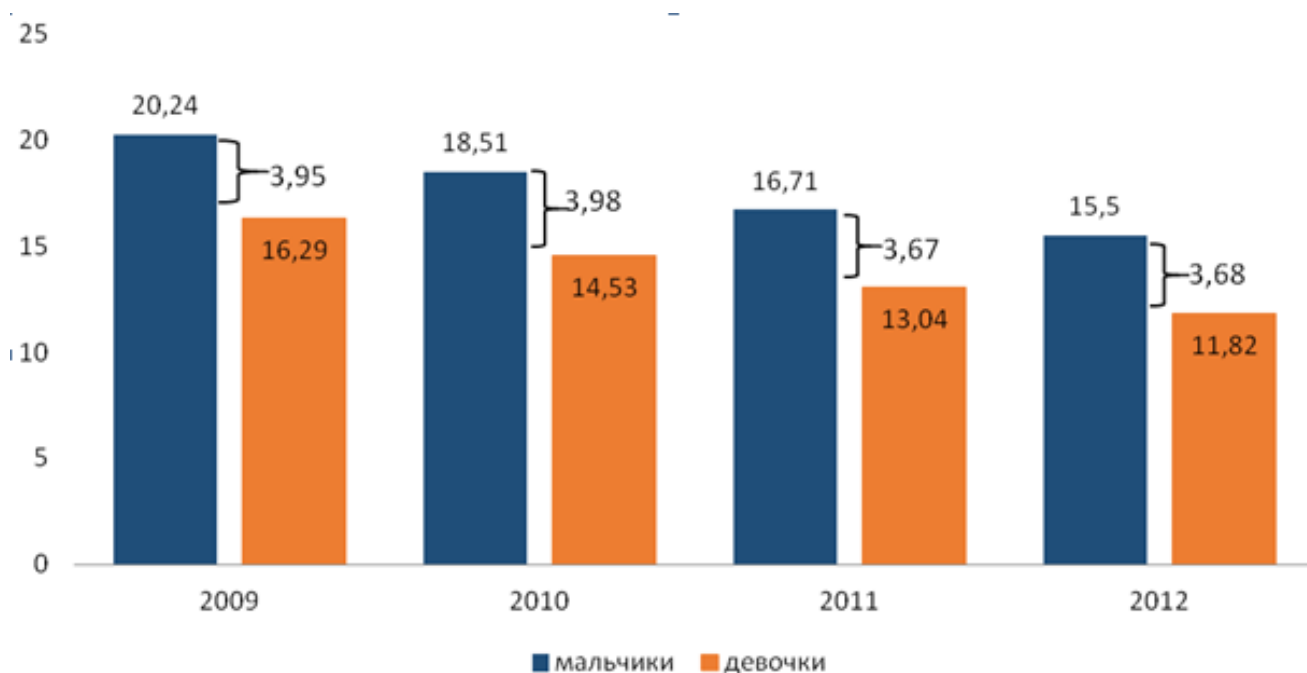


Рисунок 14. Младенческая смертность на 1 000 родившихся живыми в разрезе гендерной принадлежности.

Источник: Демографический ежегодник Казахстана, Астана – 2013.

Вследствие наличия ощутимых различий в показателе младенческой смертности в разрезе групп по половой принадлежности и незначительного сокращения данного разрыва, общую оценку показателя по полу населения следует

определить как «необходимо дальнейшее более тщательное изучение и проведение анализа».

2.2. Показатель младенческой смертности в разрезе регионов.

Младенческая смертность, несмотря на среднереспубликанское значение 11,3 (2013 г.), в региональном разрезе имеет совершенно различные значения: по данным 2013 года минимальное значение показателя зарегистрировано в Западно-Казахстанской области 8,2, а максимальное значение в Кызылординской области (14,62 смертей на 1000 родившихся живыми). Разрыв между минимальным и максимальным значениями в 2013 году в сравнении с 2009 годом сократился на 4,9 и составил 6,42. Сохранение значительного различия в значении показателя младенческой смертности требует дальнейшего более тщательного изучения вопроса и проведения анализа.

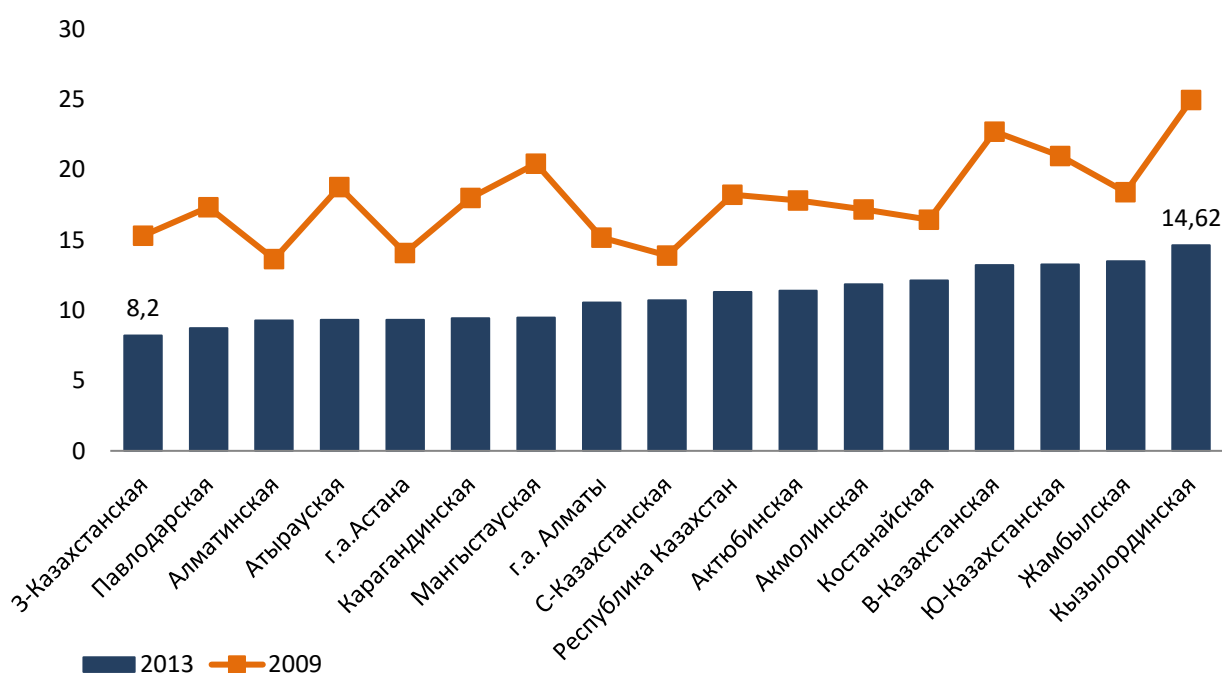


Рисунок 15. Младенческая смертность на 1 000 родившихся живыми в разрезе регионов

Источник: Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2009 году, Астана - 2010, Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2013 году, Астана - 2014.

Показатель 4. Общая смертность населения

Общая смертность, как один из исходов заболеваемости населения, отражает общую социально-экономическую ситуацию в стране. Без сомнения, данный показатель имеет первостепенную важность в целях отслеживания позитивных или отрицательных изменений в состоянии здоровья населения страны и в системе здравоохранения в целом.

1. Анализ среднего странового уровня показателя «общая смертность населения».

1.1. ТСУ

По итогам 2013 года в стране сложилась следующая картина по показателю общей смертности: общая смертность по республике составляет 7,98 смертей на 1 000 населения. Данный показатель достиг планового значения и даже снизился ниже запланированного ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» уровня в 2013 году (7,98

смертей на 1 000 населения против 8,14 смертей на 1 000 населения). За последние пять лет значение показателя сократилось почти на 1 пункт и составило 7,98 смертей на 1 000 населения в 2013 году (Рисунок 16).

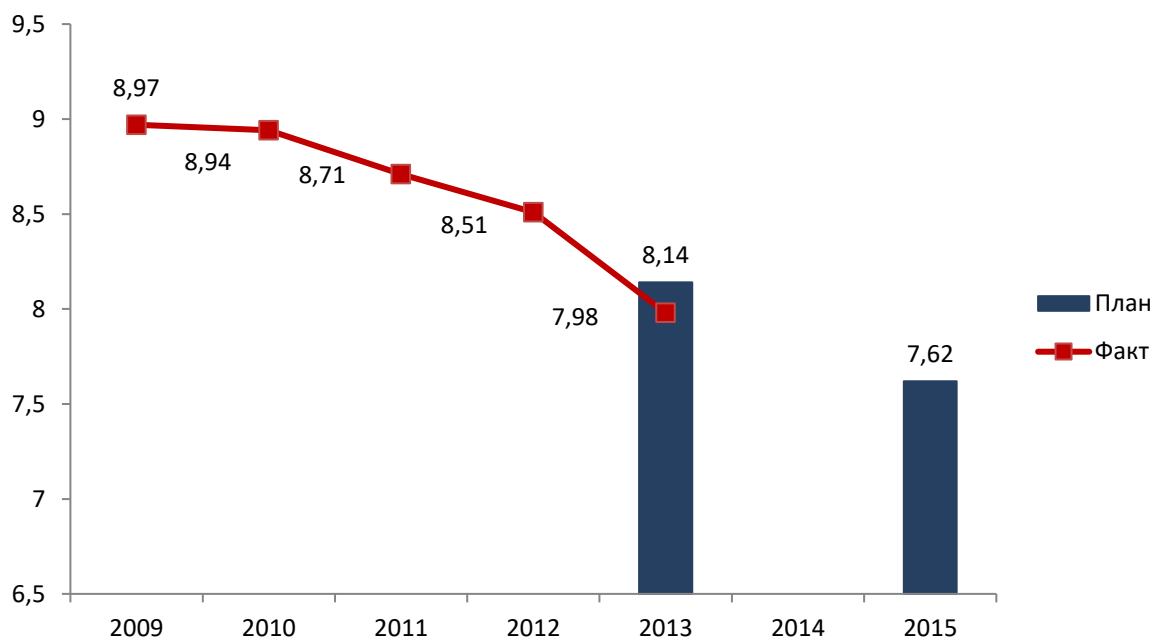


Рисунок 16. Общая смертность населения на 1 000 человек.

Источник: ГПРЗ «Саламатты Қазақстан», Указ Президента Республики Казахстан от 2 июля 2014 года №851 «О внесении изменений и дополнений в Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы», Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2013 году, Астана - 2014, Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2011 году, Астана - 2012, Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2009 году, Астана - 2010.

1.2. Национальный тренд

Анализируя статистику за несколько лет (Рисунок 16, 17), можно констатировать факт стабильного снижения показателя общей смертности в Казахстане, что, безусловно, говорит о присутствии исключительно позитивного национального тренда.

1.3. Общая оценка

Общая оценка по показателю общей смертности, учитывая достижение в 2013 году планового значения и наличие позитивного национального тренда, заслуживает общей оценки «в норме» согласно нашей таблице оценок (Таблица 16).

2. Анализ распределения показателя общей смертности по критериям, в связи с доступностью статистических данных, можно сделать в разрезе половой, возрастной и региональной принадлежности населения.

2.1. Распределение показателя по половому признаку населения.

В Казахстане отмечаются значительные различия в показателе общей смертности среди мужчин и женщин, о чем свидетельствует кривая «разрыв» в рисунке 17, отражающая разницу значения показателя между мужчинами и женщинами. Однако также следует обратить внимание на постепенное сокращение разрыва показателя по половой принадлежности населения. Исходя из

вышеперечисленного, распределение показателя общей смертности по полу требует «дальнейшего более тщательного изучения».

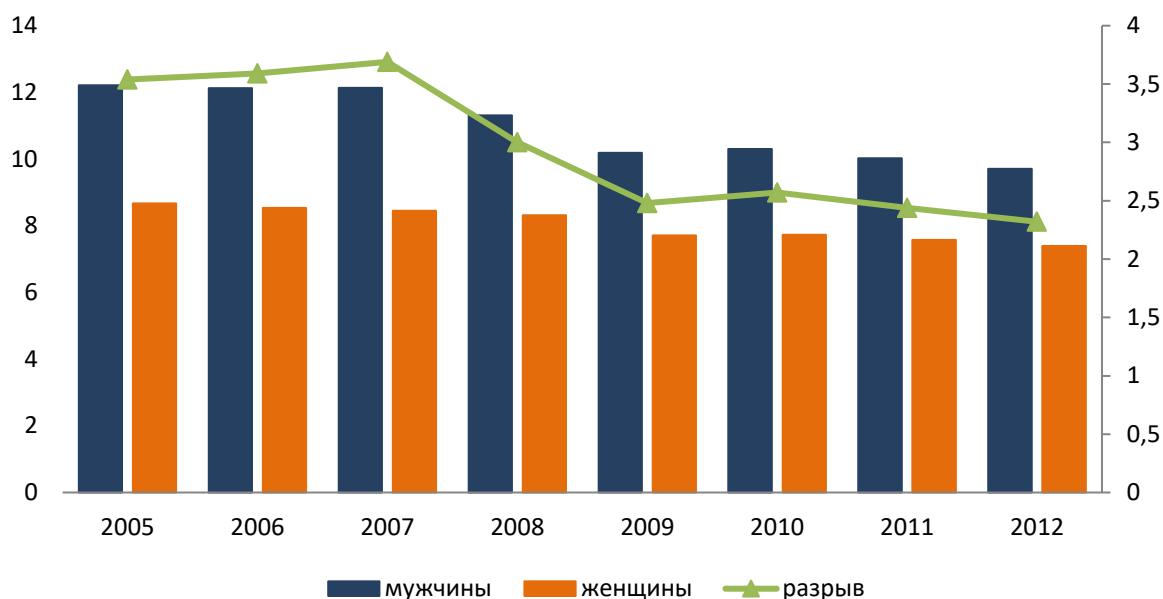


Рисунок 17. Общая смертность в разрезе гендерной принадлежности на 1 000 населения.

Источник: Демографический ежегодник Казахстана, Астана - 2014, Статистический сборник «Казахстан в 2009 году», Астана - 2010.

2.2. Распределение показателя общей смертности по возрастам.

Статистика общей смертности по возрастным группам населения констатирует факт различности показателя в зависимости от принадлежности к той или иной возрастной категории. Однако расхождения в значении показателя не имеют статистической значимости, поскольку смертность обусловлена зачастую наступлением старости или нахождением в уязвимом возрасте до 1 года, где и зафиксированы максимальные значения показателя общей смертности. Если смотреть на значения показателя в динамике, то отмечается снижение смертности в 2012 году в сравнении с 2009 годом. А незначительный рост смертности в возрасте старше 75 лет может свидетельствовать об увеличении продолжительности жизни и наступлении многих смертей в более старшем возрасте, что также является позитивным заключением.

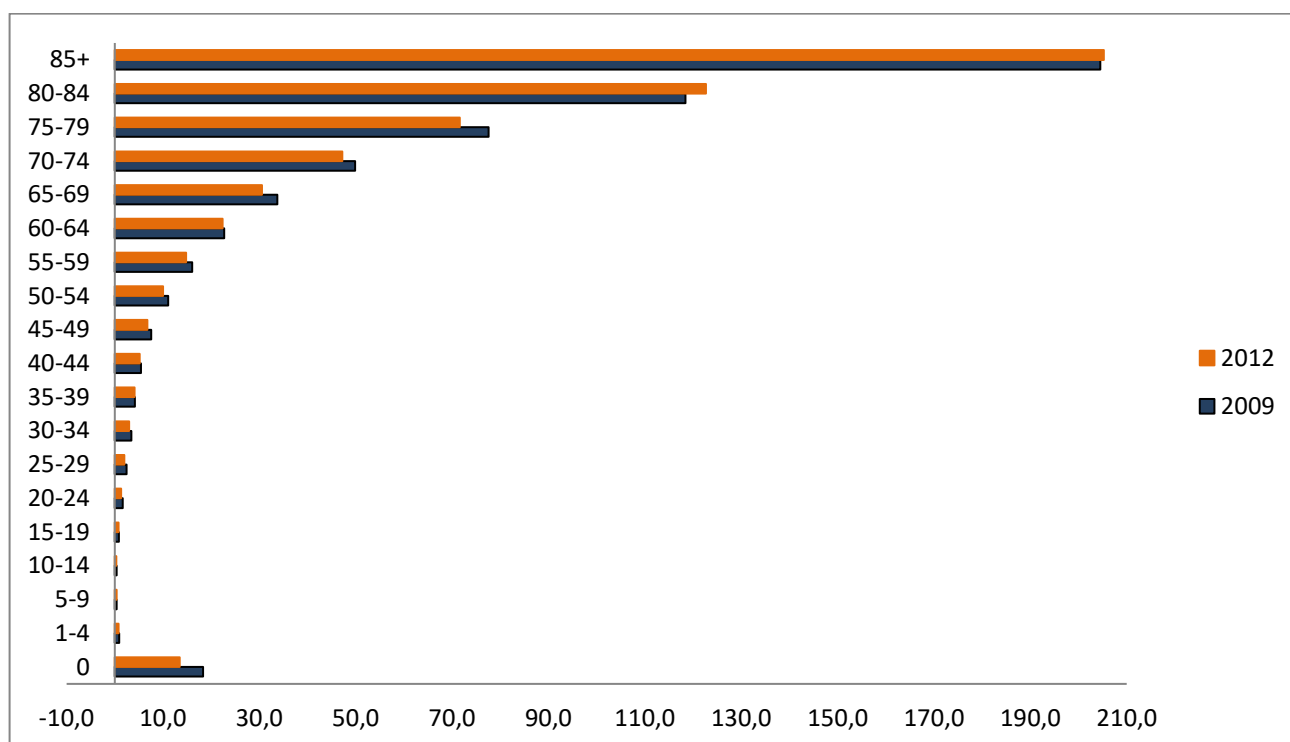


Рисунок 18. Показатель общей смертности в разрезе возрастов населения

Источник: Демографический ежегодник Казахстана, Астана - 2014.

2.3. Распределение показателя общей смертности по регионам.

Значение показателя общей смертности варьируется в зависимости от региона Казахстана: от 5 смертей на 1 000 населения по г. Астана до 13,5 смертей на 1 000 населения в Северо-Казахстанской области в 2012 году. Кроме того, отмечается снижение показателя в 2012 году в сравнении с 2009 годом. Сокращение количества смертей не повлияло на динамику расхождения значения показателя в разрезе регионов. С учетом указанного, необходимо дальнейшее более тщательное изучение распределения показателя по регионам, поскольку на общую смертность может влиять поло-возрастная, социально-экономическая структура населения и экологическая ситуация в каждом регионе.

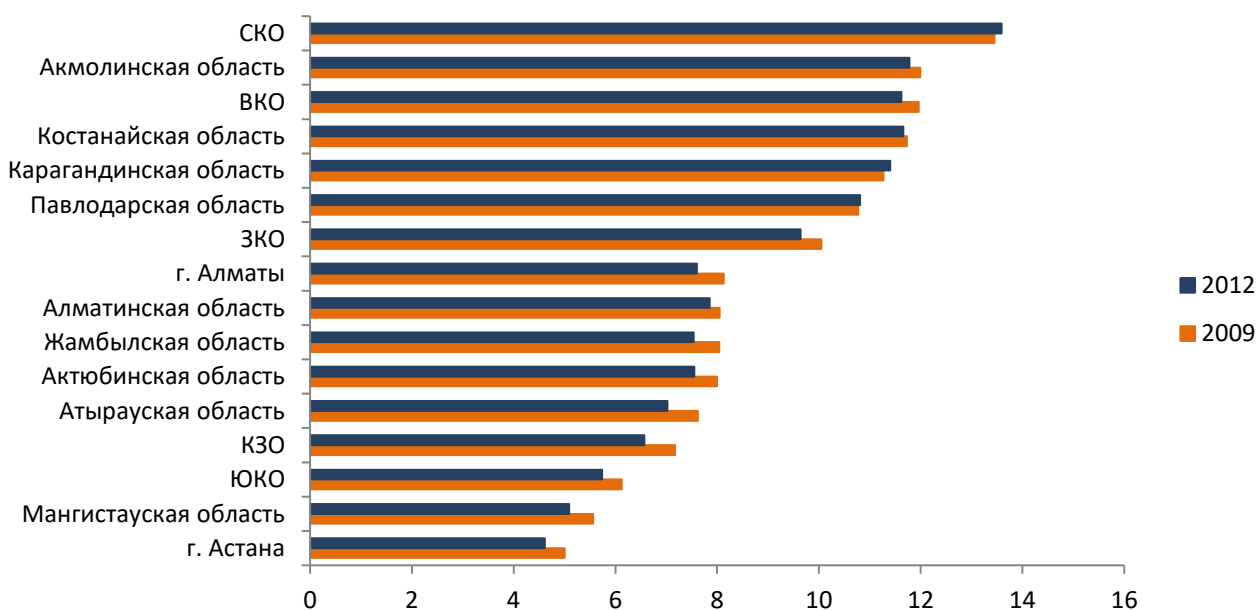


Рисунок 19. Показатель общей смертности в разрезе регионов

Источник: Демографический ежегодник Казахстана

Показатель 5. Заболеваемость туберкулезом

Туберкулез относится к группе социально значимых заболеваний и является важной медико-социальной проблемой, наносящий значительный материальный урон из-за потери трудоспособности и преждевременной смерти наиболее продуктивного населения.

В Казахстане туберкулез считается классическим, социально обусловленным заболеванием, и продолжает оставаться серьезной проблемой для общественного здравоохранения.

По статистическим данным ВОЗ эпидемией заболевания туберкулезом считается 50 случаев на 100 тысяч населения. В Республике Казахстан количество зарегистрированных случаев туберкулеза в последние годы превышает эпидемиологический показатель в 2-3 раза. По уровню заболеваемости туберкулезом Республика Казахстан занимает лидирующее положение среди стран СНГ и Европы.

Заболеваемость туберкулезом (частота новых случаев) — это число новых случаев активных форм туберкулеза, встречающихся в определенной популяции в течение обозначенного периода времени. Обычно заболеваемость туберкулезом представляется числом случаев на 100 000 населения в год.

1. Анализ среднего странового уровня показателя предполагает описание текущего значения показателя, рассмотрение национального тренда и выведение общей оценки.

1.1. ТСУ

Заболеваемость туберкулезом в Казахстане сократилась почти в 1,8 раза (с 132,1 случаев на 100 000 населения в 2005 году до 73,4 случаев на 100 000 населения в 2012 году). Заболеваемость туберкулезом на сегодняшний момент остается ниже планового уровня, утвержденного ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» на 2013 г. (98,1 новых случаев на 100 тыс. населения).

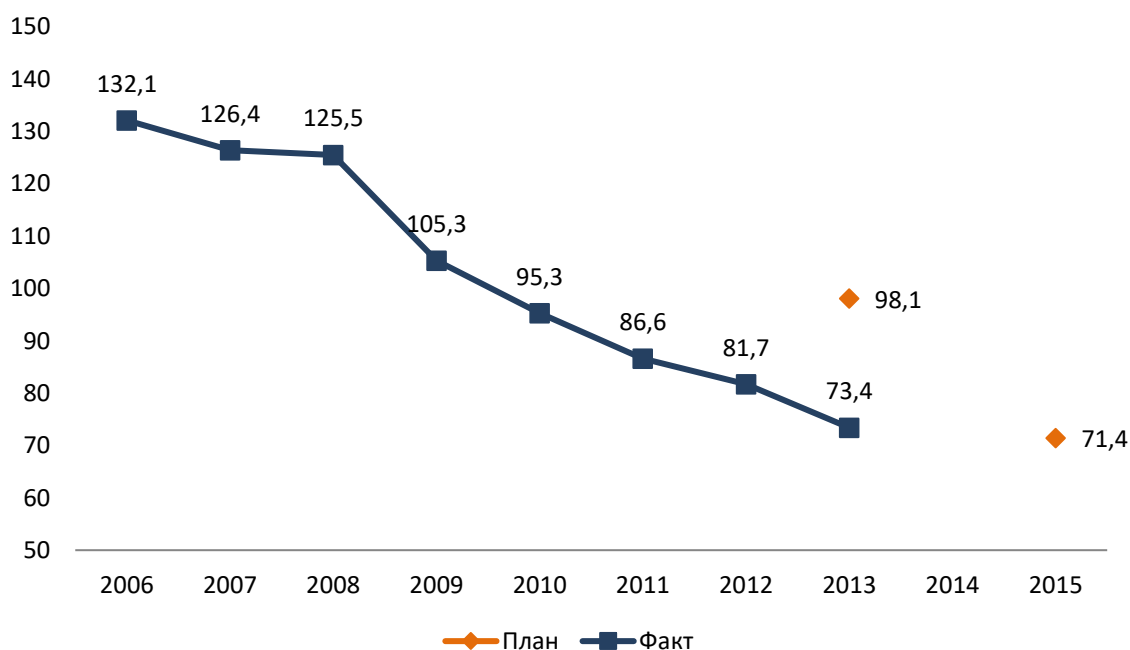


Рисунок 20. Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения

Источник: ГПРЗ «Саламатты Қазақстан», Указ Президента Республики Казахстан от 2 июля 2014 года №851 «О внесении изменений и дополнений в Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 «Об утверждении Государственной программы развития

здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы», Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году», Астана - 2014, Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году», Астана - 2012, Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году», Астана - 2010, Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2007» году, Астана - 2008.

1.2. Национальный тренд

Исходя из значений, отраженных в виде кривой на рисунке 20, можно проследить благоприятный тренд, поскольку наблюдается значительное сокращение (в 2 раза) заболеваемости туберкулезом в стране.

1.3. Общая оценка

С учетом текущего среднего уровня показателя заболеваемости туберкулезом и позитивного национального тренда снижения заболеваемости данный показатель заслуживает хорошей оценки «в норме» (Таблица 16).

2. Анализ распределения показателя по критериям, в связи с доступностью статистических данных, можно сделать только в разрезе региональной принадлежности населения.

2.1. Заболеваемость туберкулезом в разрезе регионов.

В 2013 году не наблюдается значительного расхождения в значении показателя «заболеваемость туберкулезом» в областях Казахстана, хотя по данным 2009 гг. прослеживаются ощутимые скачки в значении показателя почти в 2,5 раза. Политика государства и целенаправленные мероприятия позволили более или менее сгладить значение показателя в разрезе регионов. Таким образом, следует определить соответствующие цветовые маркировки оценки показателя согласно Таблице 17.

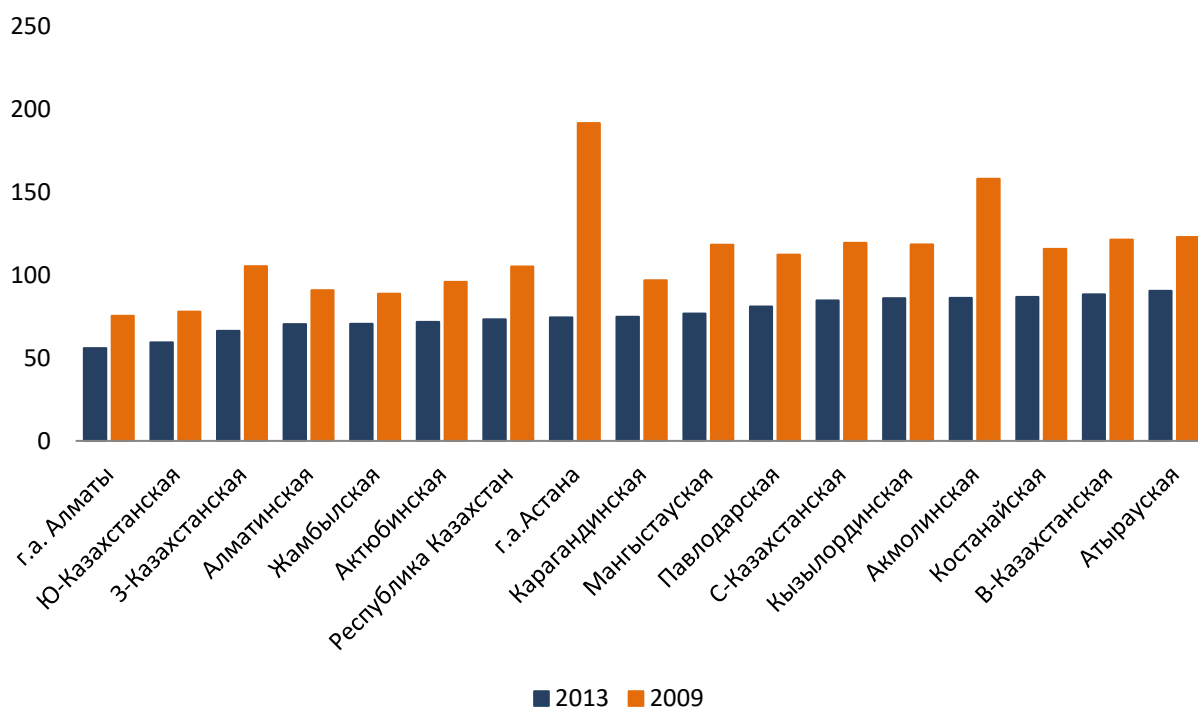


Рисунок 21. Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. человек разрезе регионов

Источник: Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году», Астана - 2014, Статистический сборник

Показатель 6. Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет.

Развитие эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на территории Казахстана находится в концентрированной стадии эпидемии. Распространение ВИЧ-инфекции наблюдается в основном в определенных, уязвимых по отношению к инфекции группах населения.

С учетом особой социальной значимостью распространенности ВИЧ-инфекции данный показатель был взят в качестве одного из основных индикаторов ГПРЗ «Саламатты Казакстан» и всей системы здравоохранения в целом.

1. Анализ среднего странового уровня показателя предполагает описание текущего значения показателя, рассмотрение национального тренда и выведение общей оценки.

1.1. ТСУ

В ГПРЗ «Саламатты Казакстан» одним из основных индикаторов оценки успешности реализации программы является удержание распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет на уровне 0,2-0,6%. Фактическое значение индикатора, которое сложилось на настоящее время, составляет 0,16%, что выходит за пределы установленного коридора. Однако кривая отражающая распространенность ВИЧ-инфекции находится ниже коридора колебания, что позволяет говорить о положительном состоянии значения показателя.

1.2. Национальный тренд

Значение показателя распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет с 2009 года не претерпел особых изменений и остается на уровне 0,16%. В 2011 году прослеживается рост распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет на 0,04%, который к 2013 году успел нивелироваться и, соответственно, значение индикатора особую динамику не показал (Рисунок 22).



Рисунок 22. Удержание распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет
Источник: Министерство здравоохранения РК.

1.3. Общая оценка

Несмотря на отсутствие значимой динамики в удержании распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет с учетом стабильно хороших результатов даже ниже коридора колебаний, общая оценка индикатора «в норме» (Таблица 16).

2. Анализ распределения значения показателя распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет возможен в разрезе половой, возрастной и региональной принадлежности населения.

2.1 Распределение случаев ВИЧ-инфекции по гендерному составу. Вследствие отсутствия данных по распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в разрезе половой принадлежности, использовались данные Республиканского центра СПИД - распределение случаев ВИЧ-инфекции по гендерному составу.

Из кумулятивно зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (17763), мужчины составляют 12 444, то есть 70%, женщины – 5 319, что составляет 30% от всех случаев. Соотношение мужчин и женщин среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составляет 2,3:1. Таким образом, существует различия в показателе ВИЧ-инфицированности по гендерному признаку инфицированных лиц (Рисунок 23).

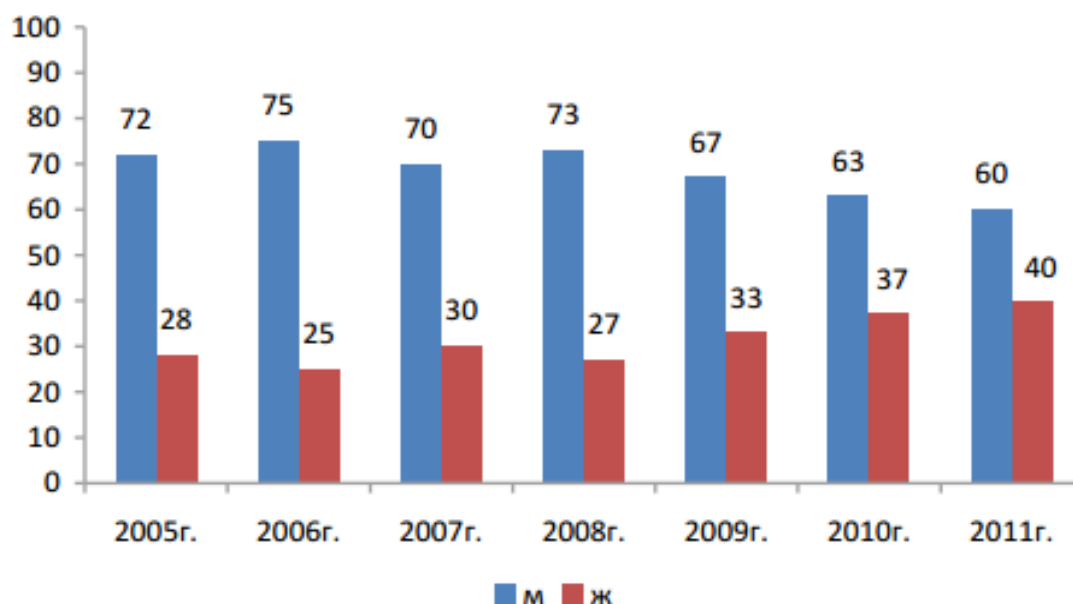


Рисунок 23. Распределение случаев ВИЧ-инфекции по гендерному составу, в %.

Источник: Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2010 - 2011 гг. в Республике Казахстан.

В распределении по гендерному составу случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в 2010 году, удельный вес мужчин составил 63%, женщин 37%, и, соответственно, соотношение мужчин к женщинам составило 1,7:1. В 2011 году удельный вес мужчин составил 60%, соотношение мужчин и женщин 1,5:1. Наблюдается тенденция к росту числа ВИЧ-инфицированных женщин, что позволяет говорить о сокращении разрыва между значениями показателя в разрезе половой принадлежности.

Опираясь на вышеуказанные факты, распространенности ВИЧ-инфекции в гендерном разрезе, можно вывести следующую оценку по нашей градации:

необходимо дальнейшее более тщательное изучение и проведение анализа (Таблица 16).

2.2 Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 в разрезе возрастных групп. Приведенные на рисунке 24 данные констатируют факт расхождения количества распространенность ВИЧ-инфекции в зависимости от принадлежности к той или иной возрастной группе. Однако данное утверждение не имеет особой значимости, поскольку большая доля ВИЧ-инфицированных приходится на 20-29 лет, которые, несомненно, являются наиболее уязвимой возрастной категорией для данного заболевания. Кроме того, следует отметить наличие значимой динамики в возрастной пропорции ВИЧ-инфицированных людей: средний возраст ВИЧ-инфицированных увеличился. Сложившаяся ситуация относительно возрастного распределения ВИЧ-инфицированных лиц требует более тщательного изучения.

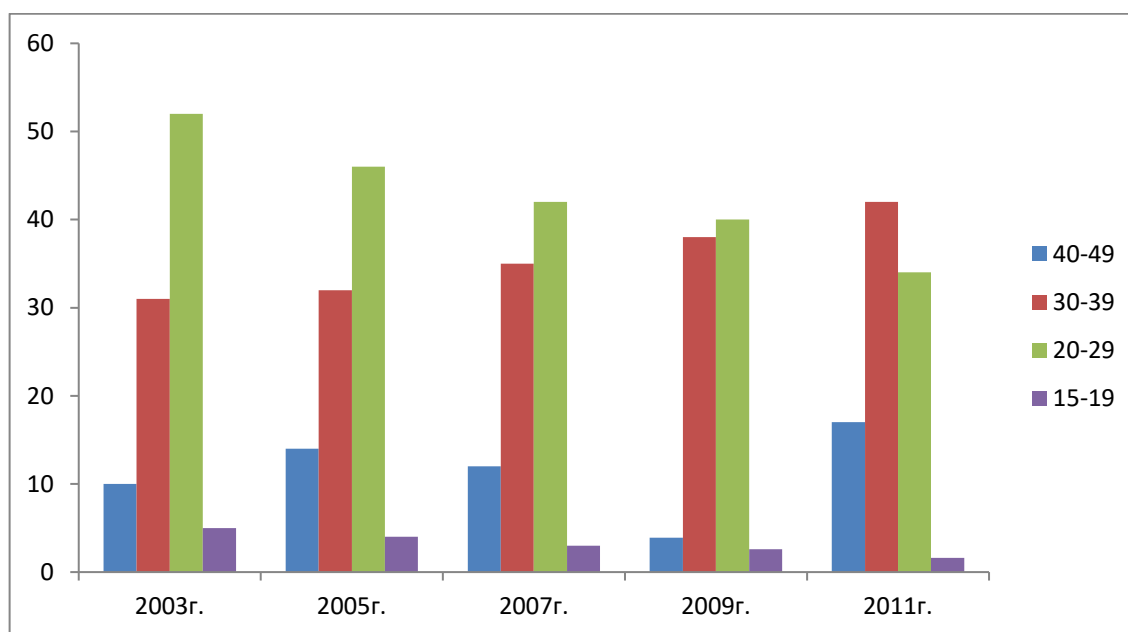


Рисунок 24. Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 в разрезе возрастных групп.

Источник: Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2010 - 2011 гг. в Республике Казахстан <http://rc aids.kz/files/00000285.pdf?sid=s2bc2ic4868pgp8kf9102n12e6> (06.10.2014).

2.3. Распределение распространенности ВИЧ-инфекции среди населения Казахстана в возрастной группе от 15 до 49 лет в разрезе регионов.

Среднереспубликанский показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди населения Казахстана в возрастной группе от 15 до 49 лет на 1 января 2012 года составляет 0,2%. Существуют значительные различия в распространенности ВИЧ-инфекции по областям Казахстана. По информации Республиканского центра СПИД наибольший уровень распространенности ВИЧ-инфекции зарегистрирован в Карагандинской области, г. Алматы, Павлодарской, Восточно-Казахстанской областях (0,4%). А наименьшие значения зарегистрированы в Кызылординской (0,02%), Мангистауской (0,03%), Атырауской (0,04%) и в Актыбинской (0,05%) областях.

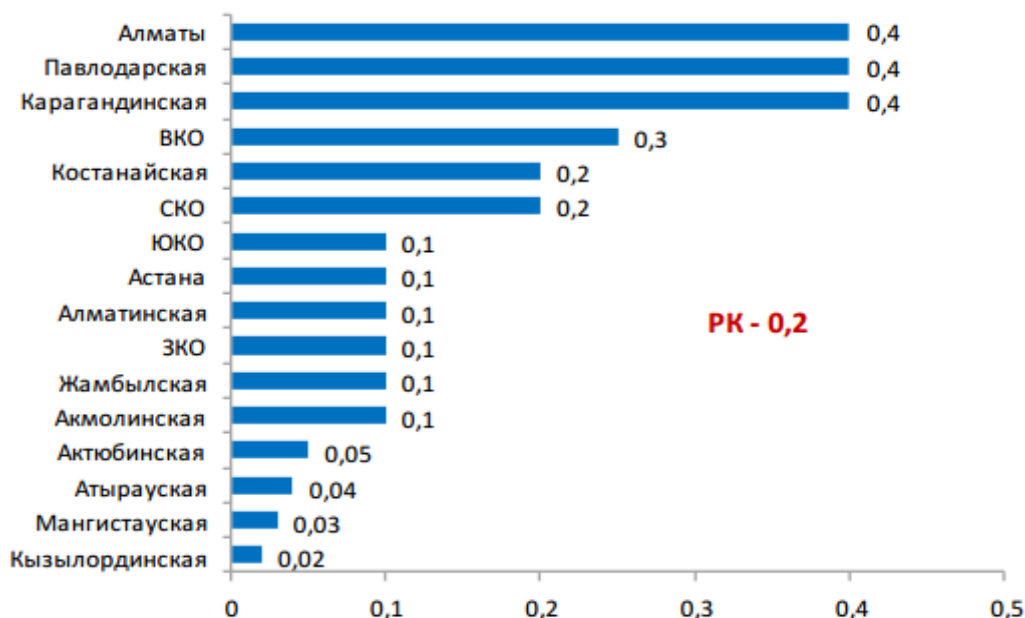


Рисунок 25. Распространенность ВИЧ-инфекции по областям РК

Источник: Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2010 - 2011 гг. в Республике Казахстан
<http://rcaids.kz/files/00000285.pdf?sid=s2bc2ic4868pgp8kf9102n12e6> (06.10.2014)

Межстрановое сравнение индикатора

В данном разделе предлагается провести межстрановое сравнение индикаторов программы для определения позиции Республики Казахстан в сфере развития здравоохранения в международном контексте.

Национальные усредненные индикаторы будут оценены в сравнении с аналогичными индикаторами по странам ОЭСР, Европейского союза и со странами с уровнем дохода выше среднего. Результаты оценки будут представлены в виде диаграмм.

Показатель 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

Средняя продолжительность жизни - один из основных интегральных показателей, характеризующих состояние здоровья населения региона, качество его жизни, уровень медицинского обслуживания на территории. Ожидаемая продолжительность жизни отражает общее качество жизни в стране и обобщает смертность в различных возрастных группах.

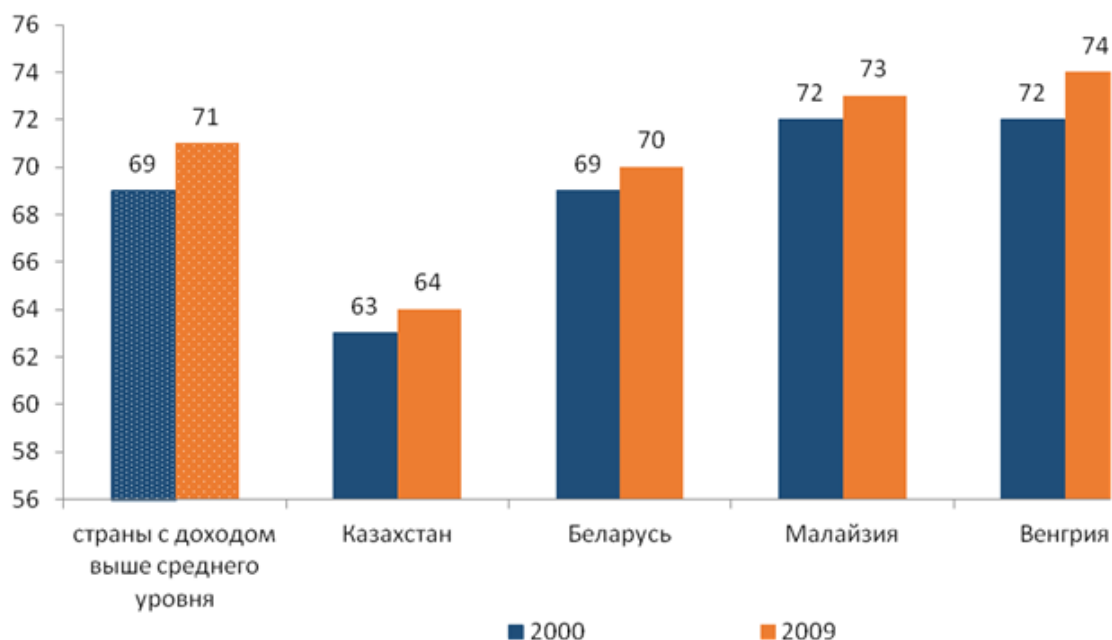


Рисунок 26. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в странах с доходом выше среднего уровня, лет.

Источник: Глобальная база данных расходов здравоохранения Всемирной организации здравоохранения <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> (06.10.2014).

В рамках нашего анализа было проведено сравнение средней продолжительности жизни при рождении в Республике Казахстан со странами с доходом выше среднего уровня, в группу которых также входит и наша страна. За основу была взята классификация Всемирного банка стран мира в зависимости от размера дохода.

Среднее значение показателя «ожидаемая продолжительность жизни» для стран с доходом выше среднего уровня в 2009 году составило 71 год, что на 2 года выше значения данного показателя в 2000 году. Ожидаемая продолжительность жизни населения Казахстана при рождении ниже, чем средняя продолжительность жизни в рассматриваемой группе стран в 2009 году (всего 64 года против 71 года). Также на рисунке 26 проиллюстрированы показатели ряда стран, ожидаемая продолжительность жизни, населения которых гораздо выше, чем продолжительность жизни граждан нашей страны.

В осуществлении сравнения ожидаемой продолжительности жизни населения с другими странами также проанализированы значения показателя во времени (Рисунок 27). Несмотря на позитивно восходящий тренд показателя нашей страны, ожидаемая продолжительность жизни населения нашей страны остается сравнительно не очень высокой.

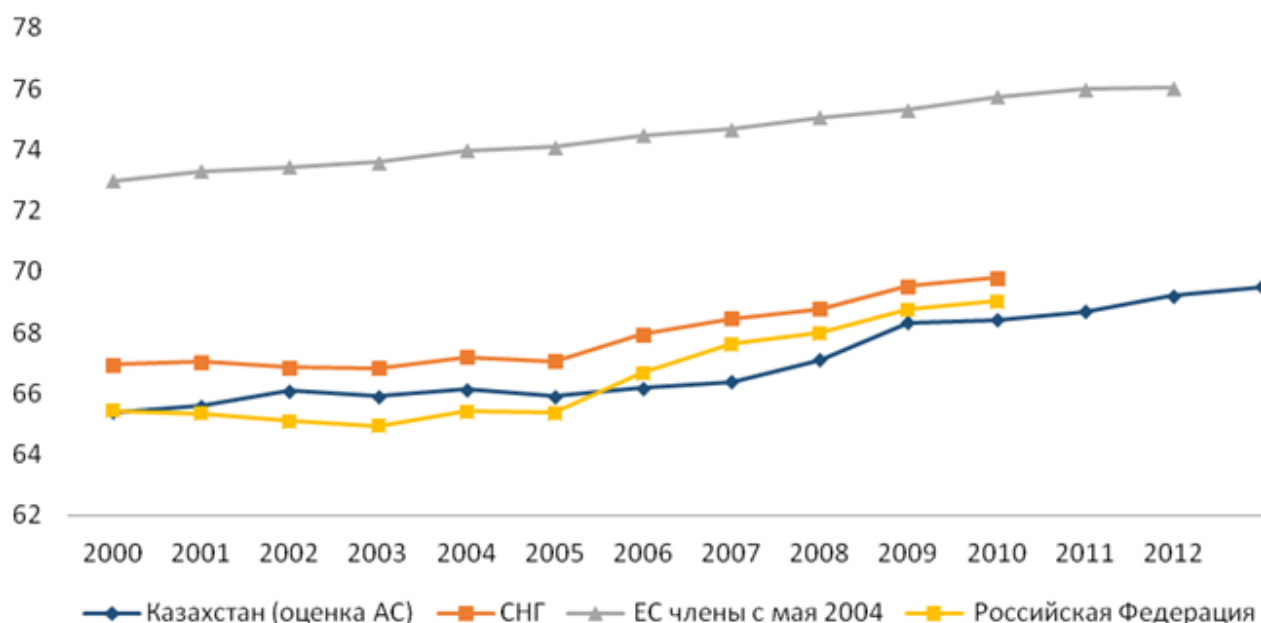


Рисунок 27. Ожидаемая продолжительность жизни (сравнение), лет

Источник: Европейская база данных Всемирной организации здравоохранения

http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html (06.10.2014).

Как было упомянуто выше согласно информации рисунка 28, различия в значении ожидаемой продолжительности жизни в разрезе гендерной принадлежности населения присутствуют во многих странах. Вопрос состоит в значении разрыва. В развитых странах наблюдается тенденция к сокращению данного разрыва (5,7 лет в Австрии, 7,9 в Венгрии и среднее по странам ЕС). В Казахстане по итогам 2010 года разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин составляет 9,8 лет, в России 11,9 лет, средний разрыв по странам СНГ 10 лет.

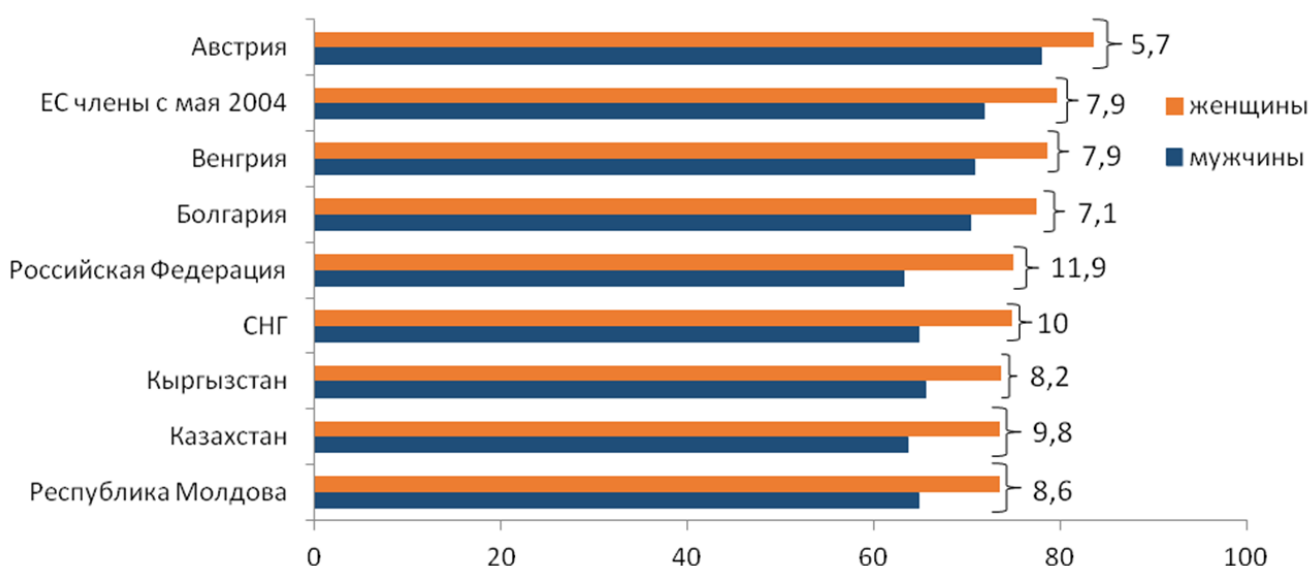


Рисунок 28. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в разрезе гендерной принадлежности в 2010 году (сравнение).

Источник: Европейская база данных Всемирной организации здравоохранения

http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html (06.10.2014).

Показатель 2. Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми

Материнская смертность является основной проблемой, прежде всего, стран с развивающейся экономикой. Основными причинами высокой материнской смертности в подобных странах являются: высокие репродуктивные установки населения стран, качество медицинской помощи, менталитет населения, направленный на формирование небрежного отношения к своему здоровью и перекладывание ответственности за свое здоровье на плечи государственного аппарата, дефицит медицинских кадров, недостаточное финансирование системы здравоохранения.

На рисунке 29 изображены кривые, отражающие значения показателя «материнская смертность» за период с 2006 по 2012 годы. Следует обратить внимание на показатель «материнская смертность» в странах ЕС, который стабильно варьируется около значения 10, однако в 2012 году показатель резко снизился почти до 6 смертей на 100 тыс. родившихся живыми. Среднее значение материнской смертности в странах СНГ за рассматриваемый период сократилось с 26,15 в 2006 году до 17,75 в 2012 году.

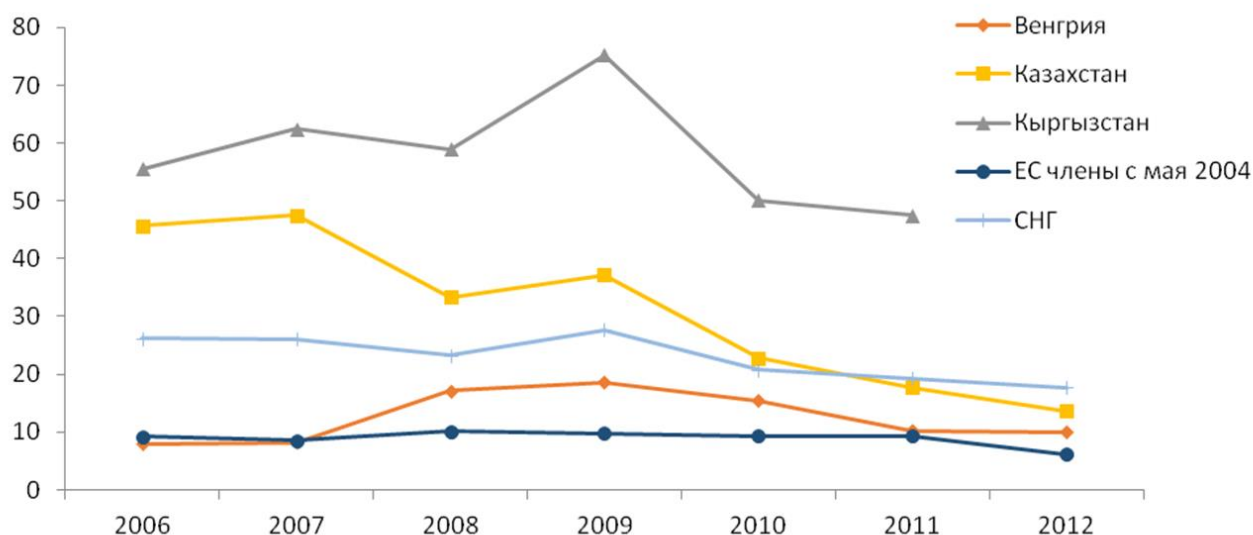


Рисунок 29. Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми в некоторых странах мира.

Источник: Европейская база данных Всемирной организации здравоохранения http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html (06.10.2014).

Высокие показатели материнской смертности зарегистрированы в Кыргызстане. В Республике Казахстан по итогам 2006 года материнская смертность составила 45,73 смертей на 100 тыс. родившихся живыми, что, несомненно, является очень высоким значением. Однако за 2006-2012 годы прослеживается кардинальное изменение ситуации вокруг материнской смертности вследствие успешной правительственной политики. В 2012 году материнская смертность в Казахстане составила 13,65 смертей на 100 тыс. родившихся живыми.

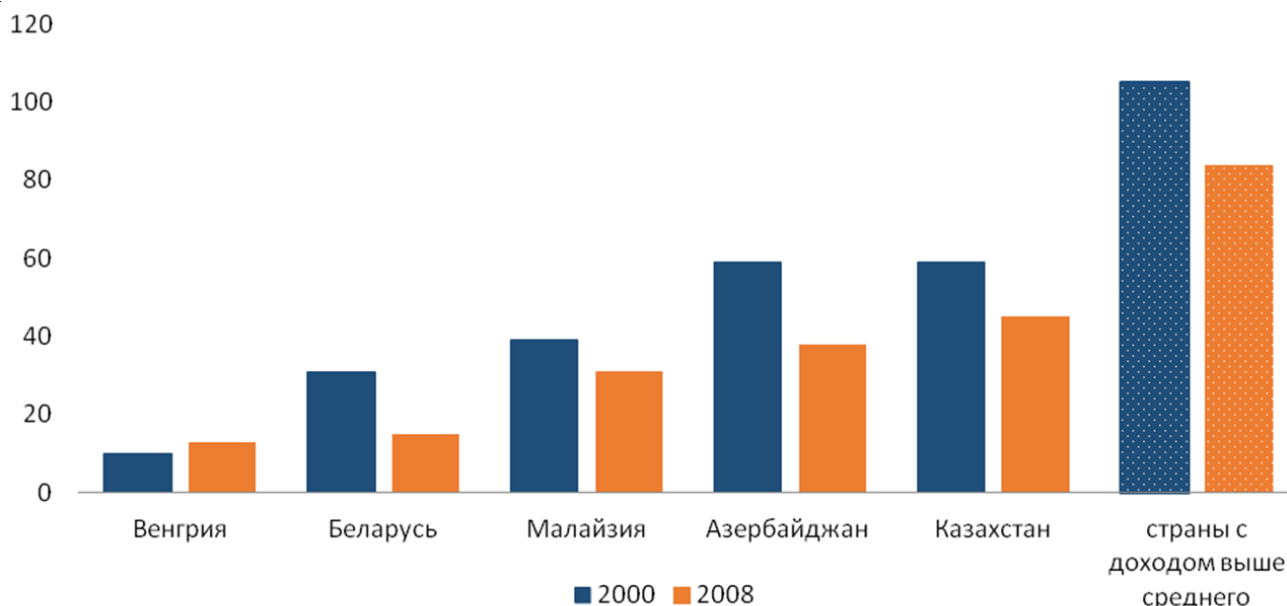


Рисунок 30. Материнская смертность в группе стран с доходом выше среднего уровня.

Источник: Глобальная база данных расходов здравоохранения Всемирной организации здравоохранения <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> (06.10.2014).

Материнская смертность в группе стран с доходом выше среднего уровня в 2008 году составила 84 смертей на 100 тыс. родившихся живыми, что вызвано присутствием в группе ряда развивающихся стран с высокой материнской смертностью. В данном случае значение показателя материнской смертности для Казахстана ниже среднего значения и по информации рисунка 30 в 2008 году составила 45 смертей на 100 тыс. населения. Если учесть данные рисунка 11 и рисунка 30, то следует отметить хорошие изменения, происходящие в нашей стране, так как в 2013 году материнская смертность составляет всего 12,6 смертей на 100 тыс. населения.

Показатель 3. Младенческая смертность на 1 000 родившихся живыми.

Ситуация с показателем «младенческая смертность» в Казахстане в сравнении с другими странами, представленными на рисунке 31, отражает не очень позитивную картину, поскольку кривая младенческой смертности находится гораздо выше аналогичной кривой стран СНГ, ЕС, Венгрии. Кроме того в 2008 году наблюдается резкий скачок значения показателя (21,46 смертей на 1 000 родившихся живыми).

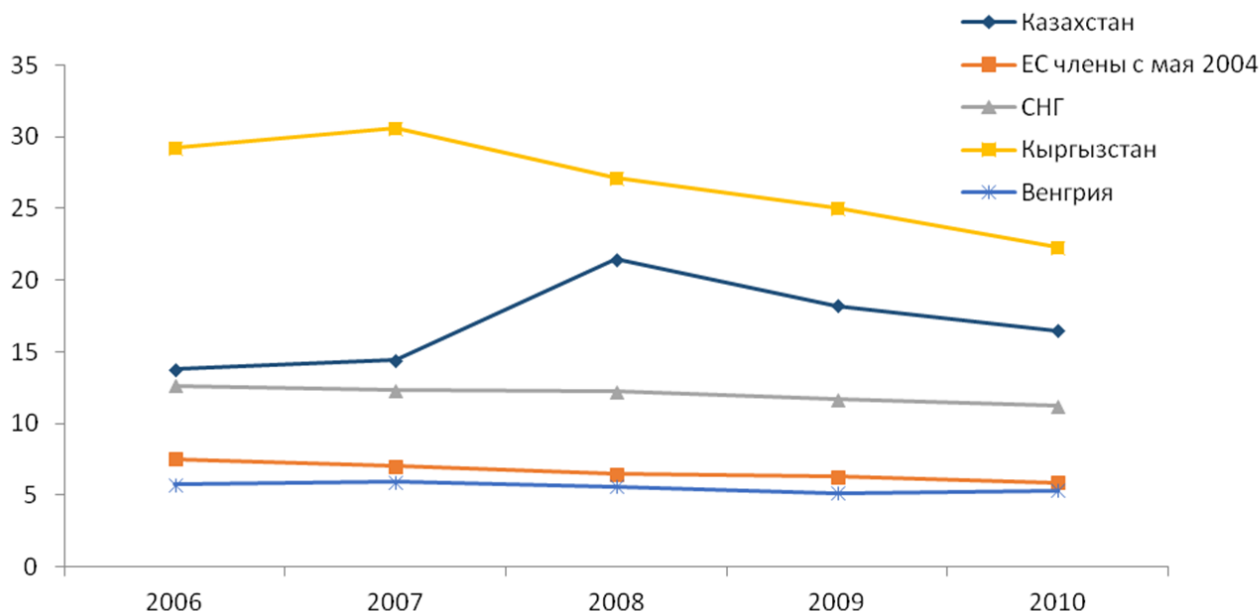


Рисунок 31. Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми в сравнении.

Источник: Европейская база данных Всемирной организации здравоохранения

http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html (06.10.2014).

Младенческая смертность в странах с доходом выше среднего уровня по итогам 2009 года составила 20 смертей на 1 000 родившихся живыми. Показатель «младенческой смертности» в Казахстане по итогам 2009 года больше, чем средний установленный уровень для группы в соответствующем году (Рисунок 32). Однако, несмотря на это, с учетом информации рисунка 13, где продемонстрировано значение показателя в 2013 году (11,3), можно говорить о стремительной тенденции в стране, направленной на борьбу с младенческой смертностью.

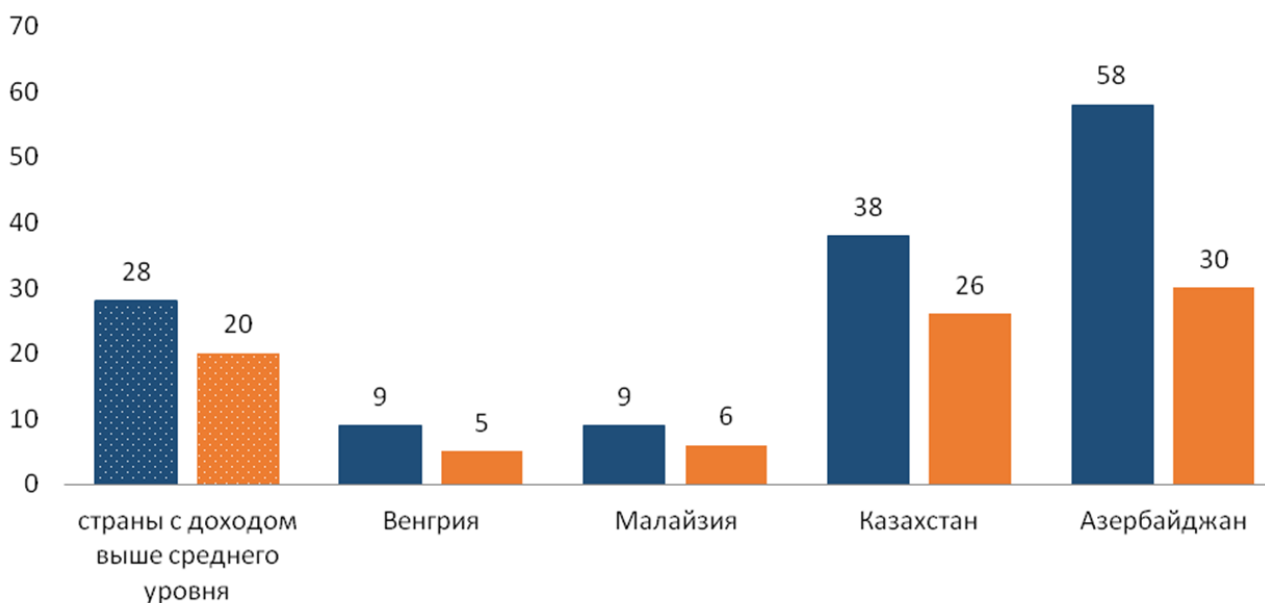


Рисунок 32. Младенческая смертность в странах с доходом выше среднего уровня.

Источник: Глобальная база данных расходов здравоохранения Всемирной организации здравоохранения <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> (06.10.2014).

Показатель 4. Общая смертность населения.

В межстрановом сравнении показателя «общей смертности» вырисовывается благоприятная картина для Казахстана, с точки зрения статистики, общей

смертности среди рассматриваемых на рисунке 33 стран. Кривая, отражающая общую смертность в Казахстане, расположилась в нижней части графика, свидетельствуя о сравнительно низком значении общей смертности в стране. Кроме того, за период с 2006 по 2012 гг. отмечается снижение общей смертности. Аналогичные кривые стран ЕС, СНГ находятся выше, отмечая высокие значения общей смертности в данных странах. Можно предположить, что наличие такой ситуации (Рисунок 33) стало следствием возрастной структуры стран, где преобладающее пожилое население становится причиной высокого значения показателя общей смертности.

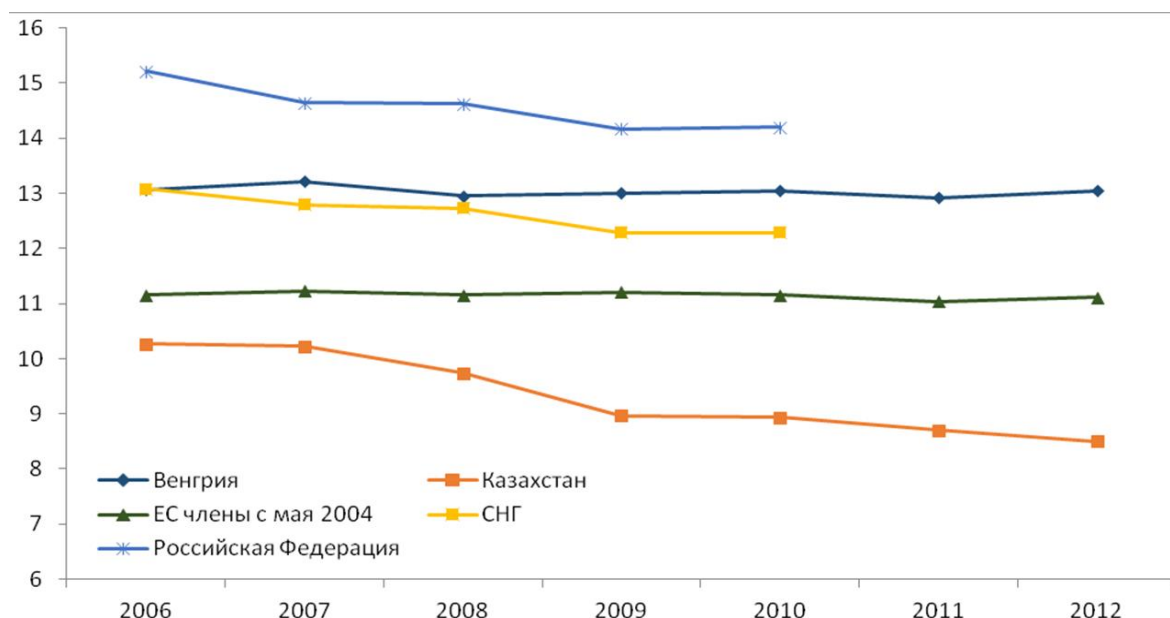


Рисунок 33. Общая смертность (сравнительно).

Источник: Европейская база данных Всемирной организации здравоохранения

http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html (06.10.2014).

Сведения рисунка 34 дают возможность предположить, что сравнительно небольшое значение общей смертности Казахстана стало следствием небольшого удельного веса населения старше 65 лет, вероятность смерти которых намного превышает аналогичную вероятность для других возрастных групп населения.

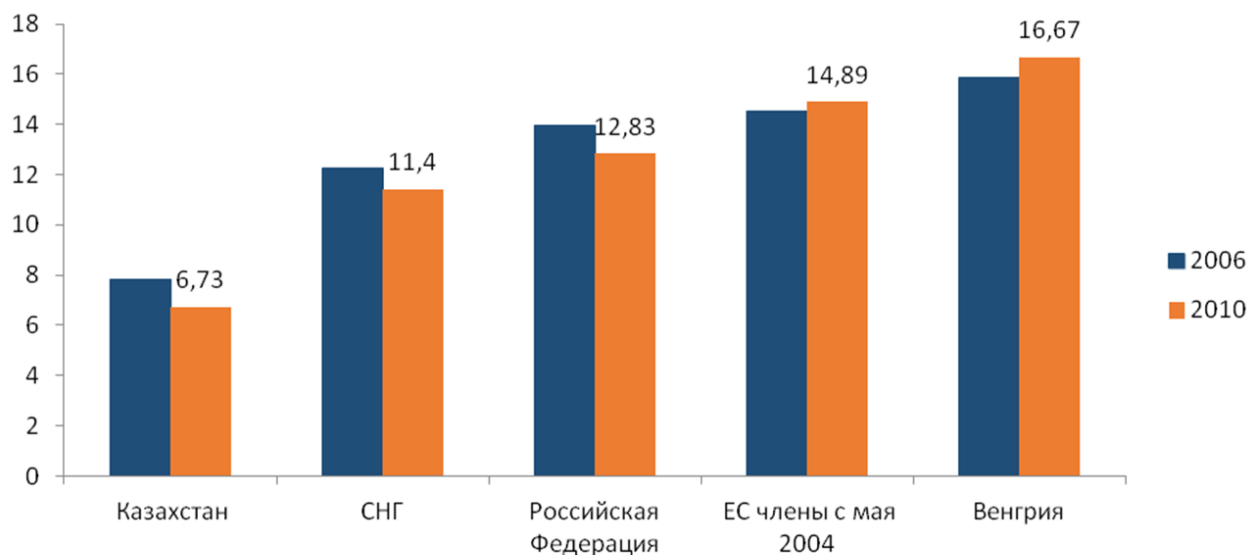


Рисунок 34. Удельный вес населения старше 65 лет, в %.

Источник: Европейская база данных Всемирной организации здравоохранения http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html (06.10.2014).

Статистика ожидаемой продолжительности жизни в разрезе гендерной принадлежности изображена на рисунке 35. Следует отметить наличие разрыва между смертностью мужчин и женщин практически во всех представленных странах и снижение общей смертности в 2010 году в сравнении с 2006 годом. Показатели Казахстана ниже показателей остальных представленных стран.

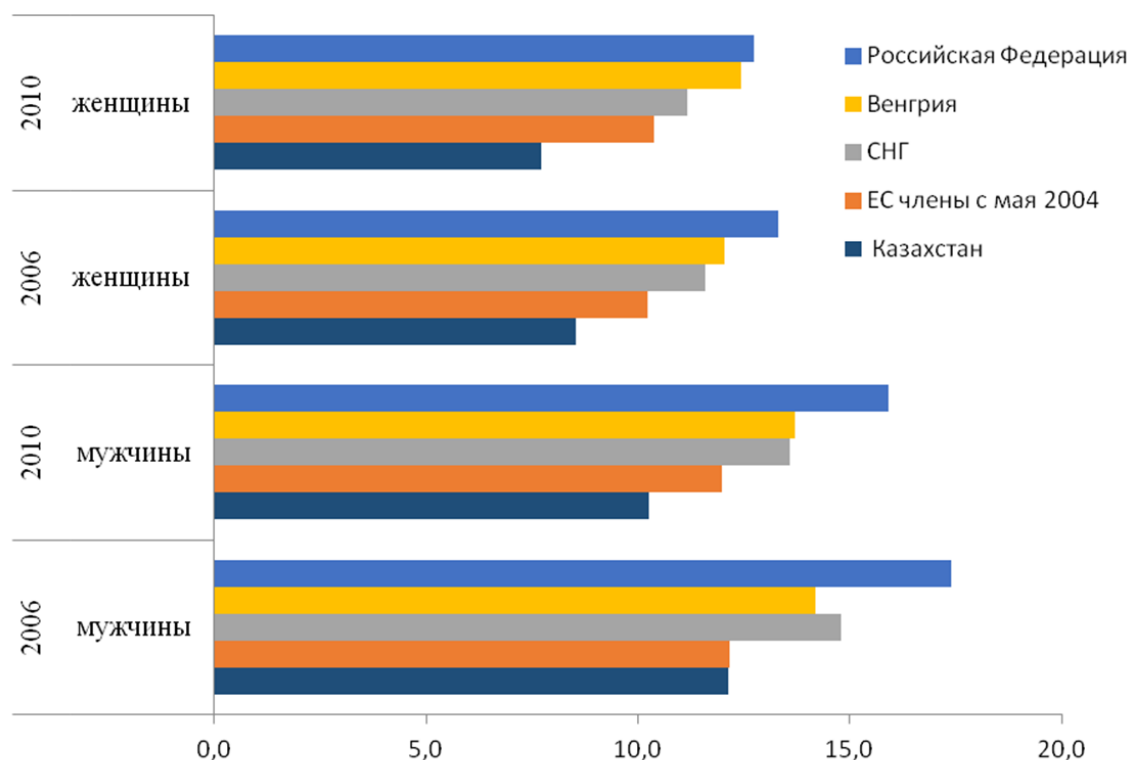


Рисунок 35. Общая смертность в разрезе гендерной принадлежности.

Источник: Европейская база данных Всемирной организации здравоохранения http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html (06.10.2014).

Показатель 5. Заболеваемость туберкулезом.

Как уже отмечалось выше, ситуацию с заболеваемостью туберкулезом в Казахстане ВОЗ расценивает как эпидемическую, поскольку значение показателя заболеваемости туберкулезом согласно рисунку 36 составил 107,23 в 2012 году. Несмотря на некоторый спад заболеваемости туберкулезом в Казахстане за рассматриваемый период (2006 – 2012 гг.), значение показателя остается сравнительно высоким. Заболеваемость туберкулезом в стране выше, чем средняя заболеваемость в странах СНГ за аналогичный период времени. Разрыв между значением показателя «заболеваемость туберкулезом» в Казахстане и в странах ЕС значителен (107,23 против 28,87 случаев на 100 тыс. населения), что обусловлено уровнем жизни и социально-бытовыми условиями населения.

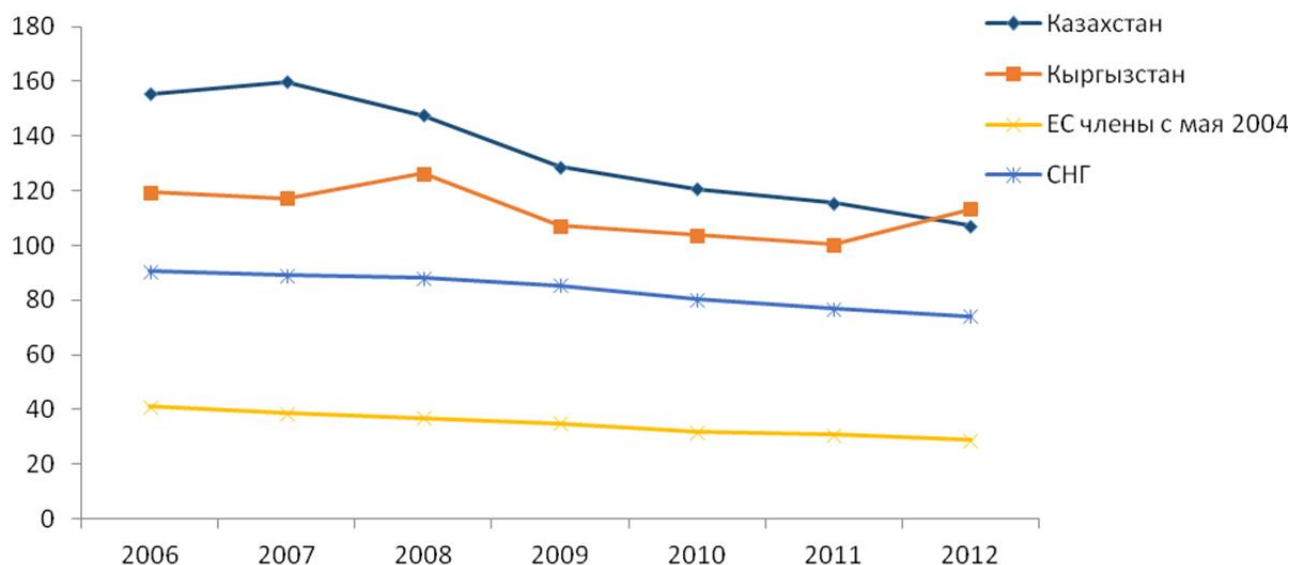


Рисунок 36. Заболеваемость туберкулезом за 2006-2012 (сравнительно).

Источник: Европейская база данных Всемирной организации здравоохранения
http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html (06.10.2014).

Показатель 6. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией.

Относительно благоприятная ситуация сложилась в стране по показателю заболеваемость ВИЧ-инфекцией, поскольку за период с 2006 по 2012 гг. отмечается снижение заболеваемости, а также в 2012 году значение показателя (11,99) ниже аналогичного показателя в Белоруссии, Кыргызстане и среднем по странам СНГ, где заболеваемость ВИЧ-инфекцией составляют 12,92, 13,25 и 22,58 соответственно. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией стабильно низкая в странах ЕС (на уровне 3 случаев на 100 тыс. населения).

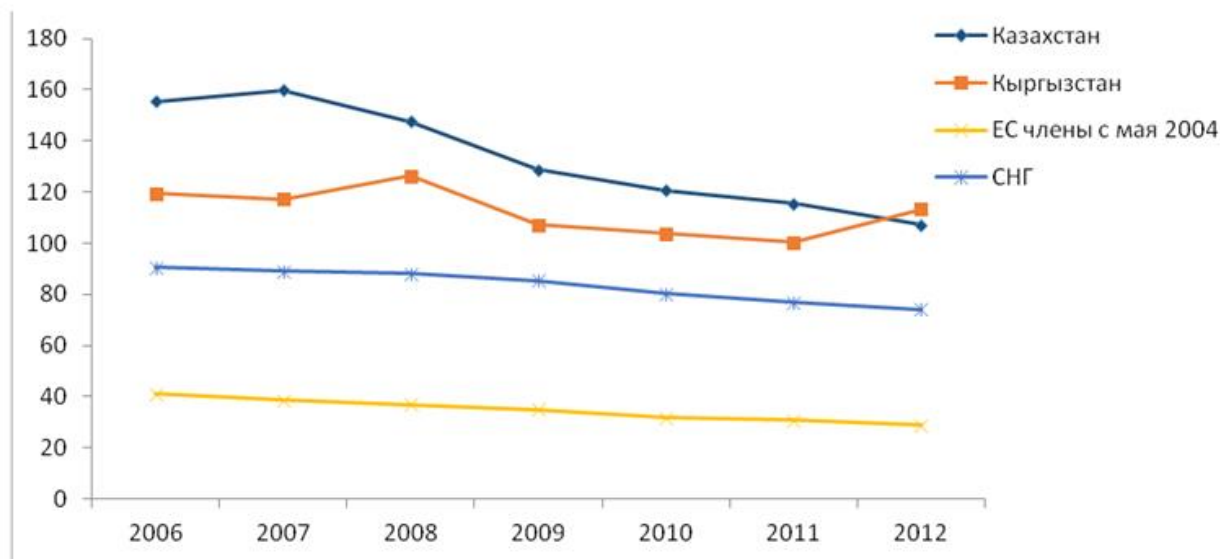


Рисунок 37. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией, на 100 тыс. населения.

Источник: Европейская база данных Всемирной организации здравоохранения
http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html (06.10.2014).

Таблица 158. Оценочная Таблица межстранового сравнения индикатора

Наименование индикатора	Средняя оценка для страны			Распределение (по полу)			Распределение (по возрасту)		
	Текущий сравнительный уровень среди рассматриваемых стран	Национальный тренд	Общая оценка	Текущее расхождение	Динамика расхождения	Общая оценка	Текущее расхождение	Динамика расхождения	Общая оценка
1. Ожидаемая продолжительность жизни	●	●	●	●	●	●	●	●	●
2. Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми	●	●	●	●	●	●	●	●	●
3. Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми	●	●	●	●	●	●	●	●	●
4. Общая смертность на 1000 населения	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5. Заболеваемость туберкулезом	●	●	●	●	●	●	●	●	●
6. Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Основные выводы

На основе анализа индикаторов ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» были подготовлены оценочные таблицы с определенными цветовыми маркерами согласно описанной методике (таблица 15). Основные выводы проведенного анализа представлены ниже в разрезе каждого индикатора.

Ожидаемая продолжительность жизни.

За рассматриваемый период (1999-2013 гг.) ожидаемая продолжительность жизни населения страны возросла на 4 года и по итогам 2013 года составила 69,5 лет. Стабильная тенденция, направленная на рост продолжительности жизни в стране, наметилась с 2005 года в связи переходом государства на программный метод стратегического планирования и, соответственно, на целевое финансирование основных задач социально-экономической сферы.

Важно отметить, что увеличение ожидаемой продолжительности жизни ускорилось после начала реализации Государственной программы развития здравоохранения на 2005–2010 гг., а также значительное увеличение продолжительности жизни наблюдается в связи с принятием и реализацией ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.

По данному показателю следует обратить внимание на следующие моменты:

1. Несмотря на позитивно восходящий тренд показателя в Казахстане, ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении сравнительно с другими странами остается не очень высокой. Среднее значение показателя «ожидаемая продолжительность жизни» для стран с доходом выше среднего уровня в 2009 году составило 71 год, а в Казахстане этот показатель в том же году был на уровне 64 лет.

2. В Казахстане разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин составляет 9,3 лет (2013 г.). За последние 15 лет разница между продолжительностью жизни по гендерной принадлежности сократилась незначительно: с 10,9 до 9,3 лет. В развитых странах наблюдается тенденция к сокращению данного разрыва (5,7 лет в Австрии, 7,9 в Венгрии и среднее по странам ЕС по итогам 2010 года).

3. В связи с разным уровнем жизни населения в регионах страны и условиями жизни (сельская/городская структура населения) ожидаемая продолжительность жизни населения различна в областях Казахстана.

Материнская смертность.

Материнская смертность в стране имеет стойкую тенденцию к снижению: с 36,8 смертей на 100 тыс. родившихся живыми в 2009 году до 12,6 смертей на 100 тыс. родившихся живыми в 2013 году. Таким образом, за последние 5 лет страна добилась снижения материнской смертности на 65,7%. Такой позитивный тренд стал следствием определения показателя основным индикатором ГПРЗ «Саламатты Қазақстан», внедрением СКПН за счет снижения материнской смертности на местах. Материнская смертность в группе стран с доходом выше среднего уровня в 2008 году составила 84 смертей на 100 тыс. родившихся живыми, что вызвано присутствием в группе ряда развивающихся стран с высокой материнской смертностью. В Казахстане по итогам 2008 года показатель составил 45 смертей на 100 тыс. населения.

При анализе показателя материнской смертности следует тщательно изучить вопрос регионального расхождения значения показателя. Значительные различия

значения материнской смертности в разрезе областей страны обусловлены различной репродуктивной установкой жителей регионов, разной окружающей средой, вытекающей из экологической обстановки, климата, менталитета окружения, качеством оказываемой медицинской помощи.

Младенческая смертность.

За последние пять лет наблюдается резкое сокращение младенческой смертности на 6,93 пунктов, что позволило в 2013 году достичь в значении показателя «младенческая смертность» уровня 11,3 смертей на 1 000 родившихся живыми. Младенческая смертность в странах с доходом выше среднего уровня по итогам 2009 года составила 20 смертей на 1 000 родившихся живыми. Показатель «младенческой смертности» в Казахстане по итогам 2009 года больше, чем средний установленный уровень для группы в соответствующем году (26 смертей на 1 000 родившихся живыми).

При рассмотрении показателя «младенческой смертности» необходимо обратить внимание на некоторые вопросы:

1. Младенческая смертность среди мальчиков на 15-20% выше, чем аналогичный показатель среди девочек.

2. Младенческая смертность, несмотря на среднереспубликанское значение 11,3 (2013 г.), в региональном разрезе имеет совершенно различные значения: по данным 2013 года минимальное значение показателя зарегистрировано в Западно-Казахстанской области 8,2, а максимальное значение в Кызылординской области: 14,62 смертей на 1 000 родившихся живыми. Разрыв между минимальным и максимальным значениями в 2013 году, в сравнении с 2009 годом, сократился на 4,9 пунктов и составил 6,42. Сохранение значительного различия в значении показателя младенческой смертности требует дальнейшего более тщательного изучения вопроса и проведения анализа.

Общая смертность.

Общая смертность по республике составляет 7,98 смертей на 1 000 населения. Анализируя статистику за несколько лет можно констатировать факт стабильного снижения показателя общей смертности в Казахстане. В межстрановом сравнении показателя «общей смертности» вырисовывается благоприятная картина для Казахстана с точки зрения статистики общей смертности среди рассматриваемых на рисунке 33 стран. Кривая, отражающая общую смертность в Казахстане, расположилась в нижней части графика, что свидетельствует о сравнительно низком значении общей смертности в государстве.

По данному показателю стоит более подробно рассмотреть:

1. Гендерные различия общей смертности. В Казахстане отмечаются значительные различия в показателе общей смертности среди мужчин и женщин.

2. Региональные различия показателя. Значение показателя общей смертности варьируется в зависимости от региона Казахстана: от 5 смертей на 1 000 населения по г. Астана до 13,5 смертей на 1 000 населения в Северо-Казахстанской области в 2012 году.

Заболеваемость туберкулезом.

В Республике Казахстан количество зарегистрированных случаев заболеваемости туберкулезом в последние годы превышает эпидемиологический показатель в 2-3 раза. Заболеваемость туберкулезом в Казахстане сократилась почти в 2 раза с 147,3 случаев на 100 000 населения в 2005 году до 73,5 случаев на 100 000

населения в 2012 году. Несмотря на некоторый спад заболеваемости туберкулезом в Казахстане за рассматриваемый период (2006-2012 гг.), значение показателя остается сравнительно высоким.

Заболеваемость туберкулезом в стране выше, чем средняя заболеваемость в странах СНГ за аналогичный период времени. Разрыв между значением показателя «заболеваемость туберкулезом» в Казахстане и в странах ЕС значителен (107,23 против 28,87 случаев на 100 тыс. населения), что обусловлено уровнем жизни и социально-бытовыми условиями населения.

В 2013 году не наблюдается значительного расхождения в значении показателя «заболеваемость туберкулезом» в областях Казахстана, хотя по данным 2005 и 2009 гг. прослеживаются ощутимые скачки в значении показателя почти в 3,5 раза.

Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет на уровне 0,2-0,6%.

В ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» одним из основных индикаторов оценки успешности реализации программы является удержание распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет на уровне 0,2-0,6%. Фактическое значение индикатора, которое сложилось на настоящее время, составляет 0,16%, что выходит за пределы установленного коридора. Однако кривая, отражающая распространенность ВИЧ-инфекции, находится ниже коридора колебания, что позволяет говорить о положительном состоянии значения показателя.

В распределении по гендерному составу случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в 2010 году, удельный вес мужчин составил 63% и а женщин 37%, в 2011 году удельный вес мужчин составил 60%. Наблюдается тенденция к росту числа ВИЧ-инфицированных женщин, что позволяет говорить о сокращении разрыва между значениями показателя в разрезе половой принадлежности.

Существуют значительные различия в распространенности ВИЧ-инфекции по областям Казахстана. По информации Республиканского центра СПИД наибольший уровень распространенности ВИЧ-инфекции зарегистрирован в Карагандинской области, г. Алматы, Павлодарской, Восточно-Казахстанской областях (0,4%). А наименьшие значения зарегистрированы в Кызылординской (0,02%), Мангистауской (0,03%), Атырауской (0,04%) и в Актюбинской (0,05%) областях.

Таким образом, рассмотрены основные индикаторы ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» на предмет достижения планового значения, наличия положительного или отрицательного тренда и проведено сравнение показателей с другими странами мира. Отмеченные некоторые моменты показателей требуют проведения более глубокого анализа.

Список литературы

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения».
2. Послание Президента Республики Казахстан – Лидера нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства.
3. Государственная программа «Здоровье народа», утвержденная Указом Президента Республики Казахстан №4153 от 16 ноября 1998 года.
4. «О государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы», утвержденная Указом Президента Республики Казахстан №1438 от 13 сентября 2004 года.
5. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., утвержденная Указом Президента Республики Казахстана №1113 от 29 ноября 2010 года.
6. Европейская база данных Всемирной организации здравоохранения http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html.
7. Глобальная база данных расходов здравоохранения Всемирной организации здравоохранения <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.
8. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» за 2009-2013 гг.
9. Л.Ю. Ганина, Н.Ф. Калинич, А.В. Елизарьева (2012). Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2010 - 2011 год в Республике Казахстан (<http://rc aids.kz/files/00000285.pdf?sid=s2bc2ic4868pgp8kf9102n12e6>).
10. Демографический ежегодник Казахстана за 2009-2012 гг.
11. Э.Б. Яковлева, М.Ю. Сергиенко, Л.В. Желтоноженко, З.Г. Дмитренко Профилактика и лечение железодефицитной анемии у девочек-подростков с пубертатными маточными кровотечениями (Медицинская газета здоровье Украины №2(10) 2013; http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2013_Akusher_2/17.pdf).
12. Материнская смертность (Информационный бюллетень №348, май 2014 года; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/>).
13. Указ Президента Республики Казахстан от 2 июля 2014 года №851 «О внесении изменений и дополнений в Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы»».
14. Gilbert A, Cornuz J (2003). Which are the most effective and cost effective interventions for tobacco control? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e82993.pdf>).
15. Т.Ф. Балабаев. Распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Республике Казахстан (Денсаулық сақтауды дамыту журналы №4 (65) 2012 г; [http://hcdj.kz/doc/article8,4\(65\),2012.pdf](http://hcdj.kz/doc/article8,4(65),2012.pdf)).
16. Данные Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан.

Приложения

Приложение 1. Таблицы НСЗ 2013 года

Приложение 2. Письмо Компании Sanigest Internacional (исх.№ 150714-1 от 15 июля 2014 г.)

Приложение 3. График выездов в регионы сотрудников РГП «РЦРЗ»

Приложение 4. Список медицинских организаций для посещения при проведении второго этапа исследования.

Приложение 5. Отчеты по итогам выезда в регионы РК сотрудников РГП «РЦРЗ» для участия в проведении полевых работ с сотрудниками Института Здоровья Человека