

высшей школы медицины УНПК МУК. – Бишкек, 2013.- с. 2-5.

5. Узиков О.Ж. Состояние и перспективы науки в МВШМ УНПК «МУК». – 10 лет Международной высшей школы медицины УНПК МУК. – Бишкек, 2013.- с. 5-6.

6. *Oxford Textbook of Public Health (5th ed.)*. Oxford and New York: Oxford University Press. 2009. ISBN 978-0-19-921870-7.

7. Introduction to Program Evaluation for Public Health Programs:

A Self-Study Guide. October 2011. - 103 p.

8. *Schneider, Dona; David E Lilienfeld. Public Health: the Development of a Discipline*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. - 2008. ISBN 978-0-8135-4231-7.

9. Общественное здоровье и здравоохранение. Под ред. проф. В.Л.Миняева и соавт., 2003 <http://medicinapediya.ru/>

10. Stokols, D.; Hall, K.L.; Vogel, A.L. (2013). Transdisciplinary public health: Core characteristics, definitions, and strategies for success. In: Haire-Joshu, D.; McBride, T.D. [Transdisciplinary public health: Research, methods, and practice](#) (PDF). San Francisco: Jossey-Bass. pp. 3–30.

11. Sanderson, Colin J. Analytical Models for Decision Making. Ser. Understanding Public Health. Open University Press. – 2006. [OCLC 182531015](#).

12. Рукавишников В.С., Ефимова Н.Б. О проблеме выявления экологически обусловленных нарушений здоровья. - Бюллетень ВСНЦ СО РАМН 2012 № 2 (84). - с. 95-98.

13. Измеров Н.Ф. Формирование и развитие медицины труда - одна из приоритетных задач социальной политики Российской Федерации.- «Российское здравоохранение», 2012 - с.87-92.

14. Джусупов К. и соав. Инновации в здравоохранении и медицине.- Алматы, Казахстан, 2015. -139 с.

15. Dzhusupov K, Aidaraliev A. Research methods in medicine.-Бишкек,2015.-27с.

16. Djumaliev A. The prevalence and quality of life in patients with gastric and duodenum ulcer in Kyrgyzstan. The new Armenian Medical Journal.-V 7 (2013), №2.-p. 83-86.

17. Dzhusupov K., Colosio C., Sulaimanova Ch. Occupational Health in Mountainous Kyrgyzstan // Annals of Global Health. - Vol. 81, No.4, 2015. P. 530-537. ISSN 2214-9996. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aogh.2015.08.017>.

СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Каратаев М.М.

Международная высшая школа медицины,
Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В данной статье дан краткий анализ текущей ситуации в системе здравоохранения республики, направления по разработке стратегии развития общественного здравоохранения. Дана характеристика моделей здравоохранения в мире, какая является наиболее эффективной: рыночная, государственная или социально-страховая? Доказано широкое применение метода экономического анализа в системе здравоохранения.

Ключевые слова: общественное здоровье, страхование здоровья, система здравоохранения, Кыргызстана

КЫРГЫЗСТАНДА КООМДУК САЛАМАТТЫКТЫ САКТООНУ ОНУКТУРУУНУН СТРАТЕГИЯСЫ Каратаев М.М.

Эл аралык медициналык жогорку мектеби,
Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду. Бул макалада өлкөнүн саламаттык сактоо системасынын учурдагы абалы жөнүндө кыскача талдоо тартууланат, ошондой эле коомдук саламаттык сактоо стратегиясын иштеп чыгуу боюнча негизги багыттар корсотулгон. Абдан натыйжалуу дүйнөлүк саламаттыкты сактоо моделдин мүнөздөмөсү берилген: базар экономикасы учурунда, мамлекеттик же социалдык камсыздандыруубу? Ал саламаттык сактоо системасында экономикалык талдоо ыкмасынын артыкчылыгы белгиленди.

Негизги сөздөр: коомдук саламаттык сактоо, саламаттыкты сактоо модели, Кыргызстан

THE DEVELOPMENT STRATEGY OF PUBLIC HEALTH IN KYRGYZSTAN Karataev M.M.

International School of Medicine,
Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. This article provides a brief analysis of the current situation in the country's health system, the direction for the development of public health strategies. The characteristics of the world's health care model, which is the most effective: the market, the state or social insurance? It proved widely used method of economic analysis in the health system.

Key words: Public health, health insurance, health system, Kyrgyzstan,

Введение. В большинстве развитых стран ищут новую структуру, позволяющую уравновесить финансирование за счет налогов и за счет медицинского страхования, не рассчитывая, как у нас, на личные средства граждан.

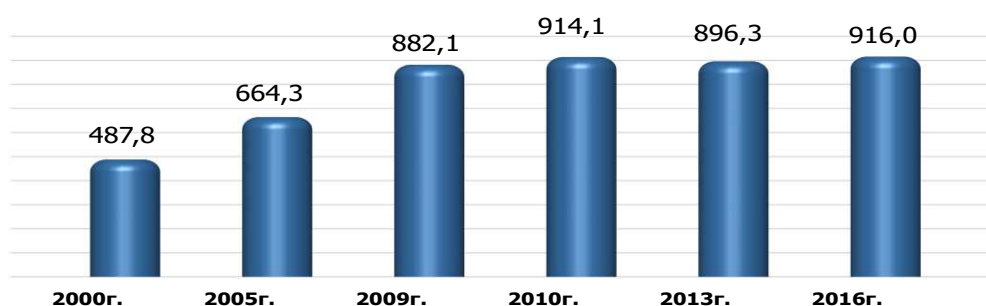
Концентрируясь на увеличении количества пролеченных случаев, многие руководители лечебно-профилактических организаций наносят неоценимый вред здоровью наших граждан и всему обществу, определяя принципиально неверный вектор развития здравоохранения в стране. Исходя из этих принципов, в системе здравоохранения была полностью утрачена заинтересованность в увеличении числа здоровых людей.

В период, когда финансирование системы здравоохранения и расходов на душу населения увеличивались, эффективность системы здравоохранения не

улучшилась, например, удовлетворенность пациентов доступности медицинских услуг не увеличивалось. Таким образом, при увеличении финансирования для сектора здравоохранения в соответствии с возможностями государственного бюджета, важно принять меры для повышения эффективности системы здравоохранения.

По данным Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики почти каждый четвертый житель получает стационарную помощь (рис.1).

Динамика количества фактически пролеченных случаев в стационарах системы ЕП, тыс.случ.



Фонд ОМС при Правительстве КР

www.foms.kg

Рис. 1. Количество пролеченных случаев в стационарах. Источник. Доклад председателя ФОМС Калиева М.Т. на конференции 29.09.2016 г. Бишкек.

Действительно, чем больше будет больных, тем больше денег поступит в учреждения здравоохранения. В росте числа больных заинтересовано не только здравоохранение, но и фармацевтические производители и посредники, поскольку при этом будет неизбежно расти потребление лекарственных средств. Поэтому отмеченные принципы не просто ошибочны, но по настоящему, вредны для нашей страны.

В последнее время рост расходов на сектор здравоохранения составило более чем в 4 раза по сравнению с 2003 годом, но эффективность и результативность

показателей здравоохранения не улучшились. Незначительное снижение показателей смертности, заболеваемости по официальным данным Республиканского медико-информационного центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики некоторым болезням, младенческой и материнской смертности и так далее не имеет твердую устойчивую тенденцию к снижению.

По данным Всемирной организации здравоохранения, сектор здравоохранения включает все в целом, как службы здравоохранения, так и систему (рис. 2).



Рис.2. Определение терминов в здравоохранении. Источник. Отчет по службе общественного здравоохранения. Копенгаген, 2011.

В первой части программы и целесообразно представить необходимость создания новой стратегии, которая учитывала бы сложившуюся реальную ситуацию, мировой прогрессивный опыт и основывалась бы на анализе результатов предыдущей программы. Вторая часть должна включать в себя конечные цели для десятилетней реализации стратегии и модель будущего здравоохранения.

Какие взаимозависимые действия необходимо предпринять, чтобы система достигла своих целей?

- услуги должны быть произведены;
- финансирование должно быть обеспечено;
- система в целом должна быть регулируема.

В числе важных целей в сохранении здоровья должны быть те, которые зависят от здравоохранения: например, увеличение средней продолжительности здоровой жизни; снижение преждевременной и предотвратимой смертности в первую

очередь от тех причин, от которых общество несет наибольшие потери, исходя из среднего возраста умерших и числа лет недожития до средней продолжительности жизни; отнесение на более пожилой возраст пика смертности от хронических болезней; увеличение рождаемости здоровых детей, улучшение репродуктивного здоровья и т. п.

Третья часть - целевая, в которой могут быть представлены дерево целей стратегии, критерии их достижения и дерево укрупненных мероприятий или направлений с учетом научно обоснованных приоритетов. Самый главный приоритет на ближайшее десятилетие - несомненно, развитие профилактики, расходы на которую должны быть доведены до 70% всех расходов на здравоохранение, в т. ч. на первичную профилактику и массовое оздоровление - 50%. Это позволит снизить заболеваемость и увеличить число здоровых людей. На вторичную профилактику и возможно более раннее выявление заболеваний следует выделить 20% расходов, что в значительной

степени снизит потребность в дорогостоящем лечении и уменьшит нагрузку на специализированную медицинскую помощь и высокие технологии. Соответственно должна значительно измениться и роль первичной медико-санитарной помощи именно как первичной заботы о здоровье.

Необходимо также восстановить и развить школьную медицину с ее профилактикой, периодическими обследованиями физического и психического здоровья, стоматологическими обследованиями и последующим оздоровлением школьников. Кроме того, требует своего восстановления вся профилактическая, оздоровительная и лечебно-реабилитационная работа постепенно восстанавливаемом на производстве (медико-санитарные части, врачебные здравпункты, цеховые врачи и т. д.).

Особое внимание в стратегии должно быть уделено информационному обеспечению санитарно-просветительской работы с населением, что позволит повысить уровень санитарной культуры и санитарного образования людей, научить их простейшим методам самопрофилактики, самообследования и самопомощи в необходимых случаях. Для этого потребуются организация групп здоровых пациентов и выпуск специальной литературы. Необходимо также расширить работу с населением, что позволит повысить степень доверия людей к медицине и ее представителям. Это нужно сделать еще и потому, что те люди, которые на протяжении последних 15 лет разрабатывали основы стратегии развития, здравоохранения, видят его проблемы и их решение только с чисто экономических позиций, не соизмеряя их с потребностями и возможностями большей части населения.

В этой части можно предусмотреть создание при каждом медицинском учреждении попечительского или наблюдательного совета, создание групп по работе с пациентами (школы здоровых, школы по диабету, гипертензии, бронхиальной астме, остеохондрозу, по

преодолению зависимостей и т. д.), организацию массовых дней здоровья и т. п. Особо следует рассмотреть вопрос о создании долгосрочной программы по оздоровлению девочек подростков; организацию соответствующих центров.

Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Несмотря на кажущуюся сложность этого определения, оно наиболее полно отражает существо системы охраны здоровья, ее комплексность, межведомственность и государственность. Эта система выходит далеко за пределы рамок собственно здравоохранения как отрасли.

В четвертой части стратегии должна быть подробно представлена система здравоохранения, полностью ориентированная на выполнение определенных целей и приоритетов.

В пятой части стратегии должны содержаться развернутые конкретные планы ее реализации с указанием исполнителей и финансирования.

В процессе реализации стратегии необходимо:

- повысить престижность и привлекательность врачебной профессии, используя для этого все средства массовой информации (заказные фильмы, теле и радиопередачи, журнальные статьи и т. п.), с тем, чтобы вернуть доверие к врачам и повысить их авторитет;

- перестроить систему до дипломного образования (в направлении от предметного к проблемно-предметному обучению и от получения набора быстро устаревающих знаний к развитию клинического мышления);

– восстановить систему непрерывного медицинского образования на последипломном уровне (начиная от повышения квалификации на рабочих местах, двух и трехзвеневой системы и заканчивая специальными образовательными курсами), а при обучении врачей без отрыва от производства акцент делать на умении работать с пациентами, особенно на психологических особенностях такого общения;

– развить отечественный принцип этапности оказания медицинской помощи, показавший свою высокую эффективность в советский период, а также разработать маршруты движения пациентов исходя из соответствующих показаний;

– более полно использовать возможности медицинских сестер как самостоятельных медицинских работников, которые могут и должны работать не только в медицинских учреждениях в качестве помощников врачей. Они должны оказывать самостоятельную (не только патронажную) помощь на дому, вызывая врача в случае необходимости, организовывать работу интегральной медицинской помощи, замыкающей весь цикл оказания лечебно-профилактической и реабилитационной помощи пациентам;

– пересмотреть таблицы оснащения и укрепить материально-техническую базу, в первую очередь – в сельском звене здравоохранения;

– постепенно устранить имеющиеся место-структурные диспропорции между различными видами медицинской помощи и уровнями ее оказания;

– повысить ответственность (моральную, правовую и финансовую) семейных врачей за своих пациентов, где бы те ни находились, постепенно перераспределив врачей таким образом, чтобы к концу десятилетия в первичном звене здравоохранения было сосредоточено не менее 40% всех врачей;

– активно содействовать развитию врачебного самоуправления профессиональной медицинской деятельностью как составной части построения в стране гражданского общества;

– необходимо отойти от писанины, к сожалению, в настоящее время львиную долю времени врачей занимает заполнение чересчур много документов, при этом нужно существенно расширить применение компьютеров в работе врачей, что предоставит им доступ к современным медицинским базам данных, основанным на принципах доказательной медицины, систематизированным обзорам по отдельным клиническим проблемам и тем самым позволит снизить частоту врачебных ошибок, распространенность и тяжесть которых в нашей стране пока не изучена;

– осуществить переход от оценки и контроля качества медицинской помощи к его обеспечению в соответствии с разработанными стандартами лечения пациентов, ориентированными на конкретные результаты;

– предусмотреть со временем концентрацию платных услуг, разлагающих государственное здравоохранение, преимущественно в частных медицинских учреждениях, поскольку во всех остальных между врачом и пациентом не должно быть денежных отношений. Из медицинской помощи нельзя извлекать прибыль. Легализация платных услуг ничего не даст, так как даже в условиях частных клиник, например стоматологических, врач направляет в кассу не каждого пациента;

– осуществить постепенный переход на международно-сопоставимые критерии в области лицензирования и аккредитации, медицинской демографии, здравоохранения, номенклатуры медицинских учреждений и врачебных специальностей;

– закрыть вопрос о возможности рынка в здравоохранении, поскольку здоровье человека не имеет рыночной стоимости, а медицинская помощь не является товаром и предметом конкурентной торговли;

– предусмотреть развитие законодательной базы здравоохранения, для чего каждую статью об охране здоровья граждан развить в закон прямого действия; разработать законопроекты о правах и ответственности пациентов и о защите прав врачей в виде страхования рисков профессиональной врачебной деятельности.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Какая же из моделей здравоохранения является наиболее эффективной: рыночная, государственная или социально-страховая? Как отмечалось ранее, каждая из моделей обладает своими достоинствами и

недостатками. Для того, чтобы выделить их более четко, проведем сравнительный анализ и представим его результаты в виде таблицы (Табл. 1).

Таблица 1. Национальные модели здравоохранения

Социально-страховая			Государственная		Рыночная	Тип модели
Германия	Япония	Канада	Франция	Великобритания	США	Страна
Здоровье – фактор, определяющий качество “человеческого капитала”. Медицинская услуга – затраты, необходимые для поддержания здоровья.	Медицинская услуга – квазиобщественное благо. Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь.	Медицинская услуга – общественное благо. Систему здравоохранения должно контролировать государство.	Медицинская услуга – квазиобщественное благо. Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь.	Медицинская услуга – общественное благо. Богатый платит за бедного, здоровый – за больного.	Медицинская услуга – частное благо, т. е. обычный товар, который может быть куплен или продан.	Принцип, лежащий в основе модели.
8,1%	6,6%	8,7%	8,5%	6,0%	14%	Доля расходов на здравоохранение в ВВП
ОМС – 60% ДМС – 10% Гос. бюджет – 15% Личные средства – 15%.	ОМС – 60% Гос. бюджет – 10% Общественные фонды – 10% Личные средства – 20%.	Федеральные фонды и фонды провинциальных бюджетов – 90% Фонды частных страховых компаний и добровольные пожертвования – 10%.	ОМС – 50% ДМС – 20% Гос. бюджет – 10% Личные средства – 20%.	Государственный бюджет.	Частное страхование – 40% Личные средства – 20% Программы для пожилых и малоимущих – 40%.	Источники финансирования.
Контроль осуществляют частные и государственные страховщики.	Контроль осуществляется страховыми фирмами – частными страховщиками.	Контроль осуществляет государство.	Контроль осуществляют страховщики: частные страховые фирмы и государственная организация социального страхования.	Контроль осуществляет государство в лице Министерства здравоохранения.	Контроль осуществляется страховыми фирмами – частными страховщиками.	Контроль за эффективностью расходования средств.
90% населения охвачено программами ОМС; 10% – программами ДМС; при	40% населения охвачено национальной системой страхования; 60% – профессионал	98–99% населения охвачено программами ОМС.	80% населения охвачено программами ОМС.	Всеобщая доступность.	Ограничивается платежеспособностью пациентов, программы для пожилых	Доступность медицинского обслуживания.

этом 3% застрахованных в ОМС имеют ДМС.	бно-производственной системой страхования.				и малоимущих распространяются не на всех нуждающихся.	
Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС.	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС.	Программы ОМС обеспечивают необходимый набор медицинских услуг, внедрение новых методик ограничено.	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС.	Широкий спектр профилактических мероприятий, набор лечебных услуг ограничен производственными возможностями.	Самые разнообразные лечебные и профилактические медицинские услуги.	Ассортимент доступных медицинских услуг.
Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий.	Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий.	Трудно преодолимые барьеры на пути внедрения новых технологий.	Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий.	Отсутствуют стимулирующие факторы, новые методы внедряются медленно.	Самые большие инвестиции в НИОКР осуществляются в сфере здравоохранения.	Использование новых технологий.
Цены, выражены в "очках", цена "очка" пересматривается при изменении экономической ситуации.	Цены утверждаются Министерством здравоохранения и социального обеспечения.	Цены регулируются правительством, ежегодно пересматриваются, но изменяются медленно.	Цены регулируются правительством, пересматриваются 2 раза в год (как правило, возрастают).	Финансовые средства рассчитываются на основе нормативов, учитывающих половозрастной состав населения.	Регулирование практически отсутствует. Цена формируется в результате соглашения между пациентом, страховщиком и ЛПУ.	Регулирование цен на медицинские услуги.

Рассмотрим эффективность каждой из моделей с точки зрения возможности применения в условиях переходной экономики. Для этого обозначим характерные черты, присущие экономике переходного периода:

1. Дефицит государственного бюджета.
2. Спад производства.
3. Высокий уровень безработицы.
4. Низкий уровень доходов населения.
5. Высокие темпы инфляции.

В условиях спада производства и роста безработицы, которые влекут за собой ухудшение качества жизни, потребность в медицинских услугах возрастает. Поэтому функционирование лечебно-

профилактических учреждений нуждается, в первую очередь, в бесперебойном финансировании. Следовательно, в переходный период, с характерным для него дефицитом государственного бюджета, рассчитывать на эффективность государственной модели организации системы здравоохранения не приходится.

Низкий уровень доходов населения и высокие темпы инфляции будут значительно ограничивать платежеспособный спрос на медицинские услуги со стороны частных лиц. Спад производства и ориентация на выживание не позволят фирмам осуществлять добровольное страхование своих работников. Поэтому использование

рыночной модели в условиях переходного периода приведет к тому, что значительная часть населения не сможет получить необходимую медицинскую помощь. Особенно это касается таких социально незащищенных слоев населения, как пожилые люди, инвалиды, дети, поскольку это группы с наименьшими доходами, но с наибольшими потребностями в медицинском обслуживании. Столь негативные последствия в период экономико-политических реформ чреваты социальным взрывом.

Как уже отмечалось, в переходный период потребности людей в медицинском обслуживании возрастают. Для обеспечения минимально необходимого объема финансирования лечебно-профилактических учреждений требуется консолидировать все возможные источники привлечения средств. В условиях дефицита государственного бюджета и низких доходов населения только социально-страховая модель с многоканальной системой финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) способна решить эту задачу.

В нашей стране сложился и продолжает усиливаться выраженный перекоп в сторону узкоспециализированных и дорогостоящих видов медицинской помощи, которую получает ограниченное число пациентов. Это осуществляется в ущерб массовым профилактическим и оздоровительным мероприятиям, что делает здравоохранение неэффективным: затраты растут, а здоровье населения в целом не улучшается. Возможно, это связано с тем, что в нашей стране, в отличие от ряда других стран, в здравоохранении и клинической практике пока не нашли должного применения методы экономического анализа, а многие действия не всегда хорошо продуманы и просчитаны.

Например, метод минимизации затрат - позволяет выбрать наиболее дешевый вариант затрат при тех же самых результатах;

Метод результативности затрат позволяет сравнивать альтернативы действий в зависимости от полученных результатов;

Анализ выгоды затрат дает возможность сопоставить разнородные альтернативы действий, приводя их и результаты к единому денежному исчислению;

Анализ полезности затрат позволяет оценивать результаты по специальной шкале, используя коэффициент полезности. Указанные методы позволяют обоснованно выбрать самый эффективный вариант действий.

Необходимо научиться мыслить категориями эффективности, находя с помощью четырех отмеченных методов оптимальное соотношение между ожидаемыми результатами и предполагаемыми затратами, т. е. фактически рассчитывать и оценивать плату за результат. В последнее время выяснилось, что небольшое число "льготников" потребляют значительные средства по программе, и потому их было решено выделить в отдельную программу. Но это не решает проблему, поскольку с годами число хронически больных, потребляющих много лекарств, будет расти, а требуемые для этого средства не могут увеличиваться до бесконечности.

По данным ФОМС около 50,0 % населения составляют льготные категории.

В конечном счете, все преобразования в здравоохранении должны, сводится к тому, насколько хорошо будет от этого населению и пациентам и насколько хорошо будет от этого врачам. Ошибки в составлении стратегии и в процессе ее реализации могут отразиться на многих людях и даже поколениях, на их здоровье.

Общепринятый приоритет развития здравоохранения - сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и гарантированного обеспечения населения равнодоступной и качественной медицинской помощью.

Профилактика должна стать абсолютным приоритетом и включать в себя не только диспансеризацию и массовые противоэпидемические меры. Однако позитивные тенденции не заслоняют существующие проблемы. Показатели материнской и младенческой смертности

превышают аналогичные показатели развитых стран в 2-3 раза. Данная ситуация требует целенаправленной работы по развитию перинатологии, неонатальной хирургии, пренатальной диагностики. Начинается работа по обследованию репродуктивного здоровья подростков. Эта работа необходима для создания основ формирования здорового образа жизни.

В 2006 году началась масштабная программа по формированию здорового

образа жизни. Важная задача при этом - воспитать в каждом человеке потребность в укреплении своего здоровья и здоровья своих детей. Необходимо убедить людей преодолеть вредные привычки (потребление алкоголя и табака), активно заниматься оздоровлением, физкультурой и спортом. Важнейший блок вопросов - существенное улучшение безопасности труда и охраны здоровья на рабочем месте.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Жакенова С.Р., Гучияев А.М.

Карагандинский государственный медицинский университет,
г. Караганда, Казахстан

Резюме. В данной статье отражены результаты по целевым индикаторам и структурным преобразованиям, которые были достигнуты благодаря внедрению программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы. Такими являются: увеличение продолжительности жизни, снижение общей, материнской, а так же младенческой смертности, снижение роста заболеваемости туберкулезом, внедрение комплекса современных инструментов управления и финансирования и т.д. В связи с успешным окончанием программы «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, была разработана и принята новая программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016-2020 годы. Программа «Денсаулык» будет направлена на закрепление и развитие достигнутых результатов и решение проблем в вопросах охраны здоровья в соответствии с новыми вызовами, а также станет основой для планомерного развития отрасли до 2050 года.

Ключевые слова: здравоохранение, индикаторы, смертность, Республика Казахстан

THE STATUS AND PROSPECTS OF THE DEVELOPMENT OF PUBLIC HEALTH IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Zhakenova SR, Guchiyev A.M.

Karaganda State Medical University

Summary. This article reflects the results of specific indicators and structural reforms that have been achieved through the implementation of the healthcare development program "Salamatty Kazakhstan" for 2011-2015. These are: the increase in life expectancy, decrease maternal and infant mortality, reduced growth rates of tuberculosis, implementation of modern instruments of management and financing, etc. In connection with the successful completion of the program "Salamatty Kazakhstan" for 2011-2015 was developed and adopted a new program of healthcare development of the Republic of Kazakhstan "Densauulyk" for 2016-2020. The program "Densauulyk" will be directed to consolidate and develop the achievements and challenges in the protection of health in accordance with new challenges and will be the basis for the systematic development of the sector until 2050.

Key words: public health, health care, indices, mortality, Republic of Kazakhstan

Введение. Мировой опыт показывает, что инвестиции в здоровье нации создают не только экономические, но и социальные выгоды – бережное и ответственное отношение гражданина к себе, своей семье и государству, высокая социальная сплоченность и формирование общества с высоким гражданским участием. На протяжении всей жизни здоровье

необходимо для формирования и развития поведенческих, социальных и других жизненно важных навыков, необходимых как человеку, так и обществу.

За последнее десятилетие здоровье казахстанцев в целом значительно улучшилось. Это стало возможным во многом благодаря тому, что Казахстану удалось выстроить систему