

27 июля 2018

№ 461

Об утверждении основных направлений развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан на 2018-2022 годы

В соответствии с пунктом 5.2.1 Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы, утвержденной указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:
 - 1) основные направления развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан на 2018-2022 годы (далее – Основные направления) согласно приложению 1 к настоящему приказу;
 - 2) план мероприятий на 2018-2019 годы по реализации Основных направлений согласно приложению 2 к настоящему приказу.
2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Л. Актаеву.
3. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

Министр



Е. Биртанов

руководитель
Актаев

Приложение
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «27» июля 2018 года
№ 461

**Основные направления развития
первичной медико-санитарной помощи
в Республике Казахстан на 2018-2022 годы**

Раздел 1. Введение

1. Основные направления развития первичной медико-санитарной помощи (далее – Основные направления развития) основываются на реализации 80 шага Программы Президента Республики Казахстан от 20 мая 2015 года «План нации – 100 конкретных шагов».

Приоритетность первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) является одним из направлений Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176 (далее – Госпрограмма) в части интеграции всех служб здравоохранения вокруг нужд пациента на основе модернизации и приоритетного развития ПМСП.

2. Разработка документа является последовательным продолжением реализации Госпрограммы, а также делает акцент на ключевых приоритетных областях, определенных в Госпрограмме.

3. Тесная взаимосвязь деятельности ПМСП с общественным здравоохранением определила принятие Европейским бюро Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) резолюции по укреплению потенциала общественного здравоохранения во всех службах медицинской помощи, в частности, ПМСП. Основы данной инициативы предусматриваются в целостном подходе к системам здравоохранения, сформулированном в Таллиннской хартии «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния».

Из 10 основных оперативных функций общественного здравоохранения, рекомендованных Европейским Бюро ВОЗ, пять функций относятся к системе ПМСП:

1) укрепление здоровья, включая воздействие на социальные детерминанты и сокращение неравенств по показателям здоровья (4 функция);

2) профилактика заболеваний, включая раннее выявление нарушений здоровья (5 функция);

3) обеспечение сферы общественного здравоохранения достаточным количеством квалифицированных кадров (7 функция);

4) обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования (8 функция);

5) информационно-разъяснительная деятельность (адвокация), коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья (9 функция).

4. Опыт развитых стран показывает, что системы здравоохранения с сильным ПМСП более эффективны, и имеют более низкие показатели госпитализации и смертности, которые достигаются за счет всеобщего охвата и сокращения неравенства по отношению к различным категориям и слоям населения.

5. Несмотря на значительные достижения в национальной системе здравоохранения Казахстана и успехи прошедших реформ, предпринятых за два последних десятилетия, сфера оказания услуг ПМСП в стране находится под возрастающим напряжением от растущего бремени хронических заболеваний и нуждается в системном преобразовании структуры. Отечественная система ПМСП стоит перед вызовом необходимости рефокуса существующей системы на нужды человека и социума.

6. Система ПМСП имеет достаточный потенциал для внедрения новых подходов в предоставлении медицинской помощи населению, включая реализацию пилотного проекта по внедрению универсальной прогрессивной модели патронажной службы в Кызылординской области, результативность которого доказала необходимость расширения данного проекта в другие регионы, успешный опыт внедрения информатизации системы ПМСП в Карагандинской области, а также повышенное внимание к хроническим неинфекционным заболеваниям путем внедрения Программы управления заболеваниями в медицинских организациях страны.

Все эти положительные шаги в ПМСП, в том числе внедрение новых механизмов финансирования, таких как стимулирующий компонент подушевого норматива (далее – СКПН), являются твердой основой для осуществления намеченных в Основных направлениях развития ПМСП целей и задач.

7. Получатели услуг ПМСП (население) играют важную роль в будущих преобразованиях в системе ПМСП. Система здравоохранения должна поддерживать каждого индивида и семью в активном участии в вопросах поддержания и укрепления своего здоровья.

Глава 1. Видение ПМСП в Казахстане

8. ПМСП станет центральным звеном в системе организации оказания медицинской помощи населению с изменением ее взаимодействия с горизонтальными (амбулаторно-поликлинические) и вертикальными (психиатрическая, наркологическая, противотуберкулезная, онкологическая и другие) профильными службами.

9. Реформирование системы ПМСП предусматривает улучшение медицинской помощи для всех казахстанцев, путем поддержания здоровья людей, профилактики болезней, снижения потребности в стационарных услугах и улучшения управления хроническими заболеваниями.

10. Общее видение ПМСП в Казахстане ориентировано на:

- 1) улучшение оказания медицинских услуг населению страны;
- 2) обеспечение доступности медицинских услуг гражданам, которые в настоящее время не имеют доступа или страдают от неполного доступа к минимальным услугам ПМСП;
- 3) укрепление здоровья населения через профилактику болезней и своевременное предотвращение развития их осложнений;
- 4) снижение потребности в стационарных услугах путем совершенствования управления хроническими неинфекционными заболеваниями.

11. Целью модернизации ПМСП является укрепление здоровья казахстанцев при активном вовлечении населения в управление своим здоровьем.

12. Задачами ПМСП являются:

- 1) создание интегрированной системы ПМСП, ориентированной на нужды населения;
- 2) улучшение всеобщего охвата населения услугами ПМСП и обеспечение равного доступа;
- 3) повышение заинтересованности населения к укреплению своего здоровья, профилактике, скринингу и раннему вмешательству;
- 4) комплексное усиление ведущей роли и потенциала ПМСП;
- 5) цифровизация ПМСП, ориентированная на потребности пациента.

13. Новая модель ПМСП требует пересмотра нормативных правовых актов, регламентирующих оказание услуг ПМСП с четким разграничением сферы деятельности, перечня услуг и функций специалистов ПМСП. Признание центральной роли врача общей практики (далее – ВОП) и медицинских сестер, работа которых в нынешней текущей системе ПМСП недооценена, при этом, их влияние на поддержание здоровья населения в странах с развитой системой ПМСП отмечается повсеместно.

14. В каждой стране сфера ПМСП имеет различные границы, в зависимости от социально-экономического положения.

15. Сфера деятельности ПМСП имеет широкие границы и выходит за рамки традиционной «общей практики» в системе здравоохранения. С развитием службы общественного здравоохранения недостаточно четко разграничены медицинская помощь, оказание медицинских услуг и профилактическая служба в ПМСП.

16. Новая модель ПМСП определяет роль врача общей практики, не отрицая важность и значимость других специалистов ПМСП, играющих существенную роль в оказании спектра услуг ПМСП (социальные работники, психологи, медицинские сестры). Работа в команде с возможностью построения гибких групповых практик в системе ПМСП откроет широкие границы для реализации принципа доступности к минимальным, базовым медицинским услугам для населения.

17. Особого внимания заслуживает осведомленность и уровень грамотности пациентов, то есть непосредственных потребителей услуг ПМСП, которые могут не иметь полного доступа к информации о здоровье, заболевании и способах ее получения. Отсутствие сосредоточения внимания населения на услугах здравоохранения может привести к фрагментарному уходу, возвращению пациентов, которые плохо информированы о возможных вариантах получения медицинской помощи, а также к пробелам и/или зачастую дублированию получаемых медицинских услуг.

18. Для решения данной проблемы большую роль играет цифровизация системы здравоохранения, которая значительно упрощает такие процессы, как управление потоками пациентов, персонализация, быстрый обмен данными и поиск необходимой информации о пациенте. Благодаря широкому охвату населения услугами ПМСП, доступу к надежной и соответствующей информации и поддержке государства, люди лучше подходят к вопросу о соблюдении режимов лечения и управления факторами риска, связанными с образом жизни, что приводит к улучшению клинических результатов и в результате к улучшению качества жизни.

19. Основные направления развития ПМСП призывают к необходимости улучшения предоставления равного и своевременного доступа к медицинским услугам и обеспечению охвата широким спектром медицинских услуг, предоставляемых в условиях ПМСП. Этот спектр включает в себя: формирование здорового образа жизни, профилактику и скрининг, раннее вмешательство, лечение, возможность самостоятельной жизни и вовлечение пациента в самоменеджмент, организацию оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями (сахарный диабет, артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь легких, психические и онкологические заболевания), а также выявление риска поведенческих факторов, включая ожирение, курение и неправильное питание.

20. Необходимо отметить взаимодействие ПМСП с другими службами в непрерывном режиме, так как достижение эффективных путей



взаимодействия между этими службами являются важной частью решения социальных детерминант здоровья и оказания помощи социально уязвимым слоям населения.

Глава 2. Анализ текущей ситуации

21. С 2005 года здравоохранение Казахстана сделало значительный рывок в своем развитии благодаря положительным реформам и реализации мероприятий государственных программ развития здравоохранения.

22. Основные результаты преобразований системы здравоохранения:

1) система финансирования ПМСП претерпела значительные изменения, она прошла эволюционный путь от бюджетно-сметного финансирования до двухкомпонентного подушевого норматива.

Общие расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь на 2016 год составили 209 млрд. тенге. Минимальный комплексный подушевой норматив (далее – КПН) в 2016 году составил 865 тенге. Кроме того, в КПН предусмотрена стимулирующая часть (из расчета 100 тенге на 1 жителя). Эти средства оплачиваются организациям ПМСП при достижении конечных результатов и целевых показателей здоровья (например, в случае достижения показателей по снижению материнской и младенческой смертности на участке, раннему выявлению злокачественных новообразований, туберкулезу, снижению обоснованных жалоб и так далее). В свою очередь, стимулирующий компонент подушевого норматива (далее – СКПН) является основой дифференцированной оплаты труда для медицинского персонала;

2) внедряется семейная практика обслуживания населения одним врачом по принципу непрерывности и предусматривает наблюдение за здоровьем человека в течение всей его жизни.

Всего в системе ПМСП (2017 год) работает 8 467 врачей ПМСП: ВОП – 5 382, участковый терапевт – 1 517, участковый педиатр – 1 568. По нормативу 1 участок ВОП рассчитан на 2 000 прикрепленного взрослого и детского населения, участковый терапевт – 2 200 взрослых и участковый педиатр – 500 детей. На 1 участкового врача и ВОП нормативом предусмотрено 2 и 3 средних медицинских работника (далее – СМР) соответственно.

В настоящее время, в Казахстане сеть ПМСП представлена следующими организациями здравоохранения: медицинский пункт (далее – МП), фельдшерско-акушерский пункт (далее – ФАП), врачебные амбулатории (далее – ВА), центры ПМСП самостоятельные или в структуре районных, городских поликлиник;

3) осуществляется реформа сестринского дела, согласно которой в соответствии с европейскими директивами начата подготовка прикладных бакалавров сестринского дела для ведения расширенной независимой сестринской практики.



Реформа сестринского дела в Республике Казахстан включает увеличение числа высших медицинских колледжей и достижение в будущем, как минимум, 40% доли медсестер уровня прикладного и академического бакалавриата в организациях ПМСП. Разработанная быстрая траектория переобучения работающих медсестер с присвоением дипломов прикладных бакалавров должна способствовать достижению запланированных индикаторов, однако процесс только начался, первые прикладные бакалавры сестринского дела приступят к работе в ПМСП в 2018 году, их доля будет прогрессивно увеличиваться из года в год;

4) внедряются Программы управления заболеваниями (далее – ПУЗ) по трем основным нозологиям: артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет. В рамках пилотного проекта по внедрению ПУЗ в 2017 году обучено 878 специалистов ПМСП, охвачены более 6 000 пациентов, создана электронная база пациентов, участвующих в программе.

В результате внедрения ПУЗ обеспечена стабилизация артериального давления у 50% пациентов, имеется положительная динамика у 40% пациентов с сахарным диабетом, снижение новых случаев госпитализации пациентов с хронической сердечной недостаточностью до 15%. В последующие годы будут поэтапно внедрены дополнительно ПУЗы по двум заболеваниям: бронхиальная астма и хронические обструктивные болезни легких (далее – ХОБЛ), а также электронная база индикаторов программы менеджмента основных хронических неинфекционных заболеваний (далее – ХНИЗ) в Республике Казахстан;

5) ведется работа по информатизации системы здравоохранения и созданию единой платформы для интеграции информационных систем.

На сегодняшний день на уровне ПМСП функционируют следующие информационные системы:

автоматизированная информационная система «Поликлиника» (АИС-Поликлиника);

комплексная медицинская информационная система (КМИС);

дополнительный компонент подушевого норматива (ДКПН);

система управления ресурсами (СУР);

система управления медицинской техникой (СУМТ);

регистр беременных и женщин фертильного возраста (РБиЖФВ);

электронный регистр услуг на амбулаторном уровне (Банк направление);

платежная система Амбулаторно-поликлиническая помощь;

портал «Регистр прикрепленного населения» (РПН);

электронный регистр диспансерных больных (ЭРДБ) с подсистемами:

«Регистр больных с хронической почечной недостаточностью»;

«Национальный регистр сахарного диабета», «Регистр «Острый коронарный синдром»;

«Регистр больных гепатитом «В» и «С», «Регистр онкологических больных»;

больных»;

информационная система лекарственного обеспечения (ИСЛО);
портал бюро госпитализаций;
~~информационная система учета медицинской техники;~~
информационная система «Сельское здравоохранение».

Глава 3. Вызовы для ПМСП в Казахстане

23. ПМСП включает в себя широкий спектр лечебных и профилактических мероприятий. Граница между ПМСП и другими медицинскими услугами, которые оказываются амбулаторно (консультативная и диагностическая помощь), прослеживается недостаточно четко. В связи с чем, объем услуг ПМСП отличается от другого не только в разных регионах Казахстана, но и даже в амбулаторно-поликлинических организациях. Кроме того, в определении ПМСП отсутствует роли и функции социального работника и психолога, являющихся членами мультидисциплинарной команды ПМСП.

24. Основной проблемой, с которой в первую очередь столкнется ПМСП при переориентировании на новый формат, является отсутствие конкретного перечня услуг ПМСП и функционала каждого из специалистов. В связи с этим, необходимо пересмотреть нормативную правовую базу.

25. Дальнейшая модернизация ПМСП требует решения следующих ключевых проблем:

1) фрагментация услуг ПМСП с перепотреблением услуг профильных специалистов;

Основная часть прикрепленного населения напрямую обращается за консультацией к врачам профильных специальностей, рассматривая врача общей практики, участковых терапевтов и педиатров как барьер для получения специализированной медицинской помощи. Врачи первичного звена в связи с отсутствием достаточных компетенций, с низкой мотивацией направляют пациентов к врачам профильных специальностей, и ответственность за наблюдение и лечение пациента определяется за профильным специалистом.

В организациях ПМСП имеется фрагментация профилактических услуг с осуществлением услуг по профилактике заболеваний специалистами отделения профилактики без участия команды ВОП;

2) неравномерный доступ к услугам ПМСП - низкое количество посещений врача ПМСП в сравнении со странами ОЭСР (Республика Казахстан – 2,7, ОЭСР - 6,7), неравномерное количество посещений врача ПМСП в регионах Республики Казахстан, отсутствие равного объема услуг ПМСП в городской и сельской местности;

3) недостаточная профилактическая работа ПМСП - слабая координация ПМСП со службой общественного здравоохранения, высокий уровень госпитализаций от хронических неинфекционных заболеваний,

11 Анон
[Подписи]

управляемых на амбулаторном уровне, отсутствие солидарной ответственности за здоровье у пациентов;

4) низкий уровень квалификации работников ПМСП - неправильное распределение обязанностей (врача и медицинской сестры), недостаточное количество врачей ПМСП для удовлетворения потребностей населения;

5) имеющиеся информационные системы не обладают необходимым потенциалом для повышения оперативности и точности при формировании отчетности, для повышения качества оказания медицинской помощи за счет информационной поддержки медицинской деятельности.

26. В 2017 году экспертами ОЭСР в итоговом отчете «Обзор системы здравоохранения Республики Казахстан» даны основные рекомендации по развитию системы ПМСП в Казахстане:

1) обеспечить координацию медицинской помощи (уход) в рамках всей системы здравоохранения: ПМСП – точка входа в систему здравоохранения и место для оказания основной части медицинских услуг;

2) определить пакет медицинских услуг для ПМСП;

3) активизировать усилия, направленные на повышение качества медицинских услуг в части наблюдения за хроническими неинфекционными заболеваниями;

4) с целью улучшения доступности обеспечить наличие необходимого количества персонала ПМСП, перераспределение функций медицинских работников ПМСП и выдвижение на передовые позиции медицинских сестер;

5) внедрение комплексной и развитой информационной системы с целью измерения результатов работы и оценки эффективности работы ПМСП.

27. Важную роль в ПМСП играет цифровизация системы здравоохранения, на которую возлагаются большие надежды. Внедрение электронного паспорта здоровья в организациях, оказывающих ПМСП, мобильных приложений для пациентов, ведение персонифицированных электронных данных пациентов значительно облегчают работу ВОП и медицинских сестер.

28. Реализация этого масштабного мероприятия потребует единообразия подходов модулей информационной системы, обучения врачей и медицинских сестер навыкам работы с электронными системами, а также полного обеспечения компьютерной техникой и доступа к интернету всей сети организаций ПМСП в стране.

Глава 4. Основные подходы финансирования ПМСП

29. Финансирование и повышение эффективности услуг ПМСП для достижения всеобщего охвата населения основывается на принципах:

1) направление ресурсов на нужды прикрепленного населения для укрепления здоровья и эффективной профилактики;

2) недопущение финансовых барьеров для доступа к услугам ПМСП;

3) достижение экономической эффективности и справедливости.

30. Справедливое финансовое обеспечение и эффективное управление ресурсами является ключевым фактором в достижении ожидаемой результативности в ПМСП.

31. Выбор того или иного метода финансирования должен быть направлен на стимулирование поставщика к мобилизации своих внутренних ресурсов, наиболее подходящим для него способом, который определяется в зависимости от индивидуальных особенностей.

32. Данный процесс выбора достижения результата является уникальным для поставщика и должен приводить к его прогрессу через:

1) укрепление и развитие потенциала персонала;

2) развитие видов деятельности и расширение спектра услуг;

3) привлечение дополнительных ресурсов и новых потребителей услуг;

4) наращивание мощностей;

5) создание коммуникационной площадки для решения поставленных задач;

6) внедрение новых малозатратных технологий с профилактической направленностью;

7) достижение индикаторов оценки эффективности деятельности ПМСП, согласно приложения 1 к настоящим Основным направлениям развития ПМСП.

33. Основным методом финансирования и тарифообразования услуг ПМСП является метод комплексного подушевого финансирования.

34. Совершенствование подушевого финансирования будет осуществляться путем внедрения связанных тарифов, так называемый «КПН+»:

1-й этап: в рамках подушевого финансирования ПМСП:

1) будет проведена переоценка базовых затрат ПМСП с учетом мотивации к созданию самостоятельных Центров здоровья, развитию индивидуальных и групповых семейных практик;

2) будет проведен перерасчет размера стимулирующего компонента подушевого норматива (далее – СКПН) из расчета адекватной мотивации специалистов ПМСП и с учетом получателей СКПН и индикаторов оценки эффективности деятельности ПМСП.

2-й этап: частичное фондодержание (связанные тарифы: ПМСП + консультативно-диагностические услуги в виде КПН):

1) будет проведен анализ уровня потребления консультативно-диагностические услуги (далее – КДУ) и пересмотрен пакет КДУ в составе

КПН, с последующей переоценкой затрат в расчете на 1 прикрепленного жителя в год;

2) будут разработаны и внедрены методы стимулирования ПМСП к развитию семейной практики, по реализации универсально-прогрессивной модели патронажной службы и ПУЗ;

3-й этап: частичное - полное фондодержание (КПН+):

1) будет проведен анализ вызовов скорой медицинской помощи и пересмотрен перечень состояний с акцентом на снижение вызовов с обострением хронических заболеваний, с последующим пересмотром затрат и механизмов оплаты (в т. ч. в рамках со исполнения), методов стимулирования специалистов ПМСП за достижение конечного результата;

2) будет проведен анализ случаев госпитализаций пациентов с заболеваниями, управляемых на уровне ПМСП для рационального распределения расходов.

35. Расходы в КПН предусматривают расширение задач ПМСП и включают:

1) обеспечение услуг прикрепленному населению с учетом их половозрастной структуры;

2) стимулирование к развитию семейной практики;

3) повышение мотивации специалистов ПМСП (семейный врач, семейная медсестра, социальный работник, психолог и другие) к эффективной профилактике и вовлечению населения в охрану своего здоровья;

4) развитие и укрепление потенциала специалистов ПМСП для расширения доступа к услугам на уровне ПМСП и улучшения качества оказания медицинской помощи, сокращению консультативно-диагностических услуг и стационарной помощи;

5) повышение удовлетворенности населения услугами ПМСП: доступность, качество и своевременность.

36. Оценка механизма совершенствования подушевого финансирования будет проводиться через систему сбалансированных показателей (индикаторов оценки эффективности деятельности ПМСП).

37. Текущая ситуация показывает, что ПМСП решает проблемы системы здравоохранения, связанные с избыточным потреблением услуг на уровне скорой медицинской помощи, круглосуточного стационара и консультационно-диагностической помощи, что вызывает структурные изменения в организациях ПМСП, т.е. создание бригад скорой неотложной помощи, привлечение в штат профильных специалистов, расширение коечной мощности дневных стационаров.

38. Эффективность подушевого финансирования ПМСП оценивается в долгосрочной перспективе и отражает степень влияния финансовых инструментов на организационные преобразования, т.е. насколько:

1) персонал мотивирован в сохранение здоровья населения;

- 2) население мотивировано к профилактике;
- 3) модель ПМСП отвечает нуждам и ожиданиям населения, т.е.:

услуги предоставляются по удобному графику приема и маршруту пациента;

имеется необходимый ассортимент услуг (медицинских, профилактических, социальных, и психологических);

предоставляются качественные услуги;

выстроены четкие коммуникации между персоналом и населением (обратная связь через онлайн инструменты);

организована преемственность со специализированными службами здравоохранения;

4) высокая удовлетворенность населения.

39. Экономической эффективностью подушевого финансирования является финансовая экономия от сокращения расходов на оказание услуг, связанных с обращением по заболеваемости, за счет увеличения охвата населения эффективными профилактическими мероприятиями. Сэкономленные средства направляются на дифференцированную оплату персонала и улучшение материальной базы.

40. Несоблюдение принципов подушевого финансирования и дисбаланс фактических расходов с доходами приведет к росту неспецифичных для ПМСП затрат, снижению мотивации персонала, увеличению нагрузки на персонал и ограничению доступности к услугам, ослаблению кадрового потенциала и оттоку населения, в том числе за счет роста жалоб, и как следствие, данные факторы повлияют на ослабление финансовой устойчивости организации в целом.

Раздел 2. Основные направления развития

Глава 5.

Направление 1. Создание интегрированной системы ПМСП, ориентированной на нужды населения

41. Ожидаемые результаты:

1) будет сформирована доступная и понятная для населения терминология ПМСП, соответствующая современным реалиям и вызовам населения;

2) будет определена новая модель системы оказания медицинской помощи, где первичная помощь станет главным звеном системы;

3) будет сформирован четкий перечень услуг ПМСП;

4) будут сформированы эффективные маршруты пациента в организациях ПМСП при скрининге, динамическом наблюдении хронического заболевания и остром состоянии или обострении хронических заболеваний;

5) будет осуществлена поэтапная интеграция профильных служб в ПМСП путем привлечения в мультидисциплинарную команду или групповую семейную практику профильного специалиста.

42. Пути достижения ожидаемых результатов:

1) внесение изменений в Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс) в части включения следующей терминологии: первичная (ПМСП), вторичная (специализированная стационарозамещающая, консультативно-диагностическая помощь) и третичная (стационарная) медицинская помощь;

2) формирование нового определения ПМСП, как – первичная медицинская помощь;

3) терминологию первичной медицинской помощи предлагается сформировать следующим образом:

первичная медицинская помощь – место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающая профилактику, лечение заболеваний или травм, а также диагностику и управление различными заболеваниями;

врач общей практики – семейный врач;

медицинская сестра общей практики – семейная медицинская сестра;

интегрированная система ПМСП;

4) актуализация заболеваний, поддающихся лечению на амбулаторном уровне.

43. Врачи, оказывающие медицинскую помощь, ориентированную на пациента и семью, признают жизненно важную роль семьи в обеспечении здоровья и благополучия новорожденных, детей, подростков, а также членов семьи всех возрастов. Они признают, что эмоциональная, социальная и развивающая поддержка является ключевым компонентом медицинской помощи. Медицинская помощь, ориентированная на пациента и семью, является подходом к медицинской помощи, которая формирует политику, программы, дизайн помещений, а также регулярное взаимодействие с персоналом. Такая помощь приводит к улучшению показателей здоровья и более рациональному распределению ресурсов, а также большей удовлетворенности пациента и семьи.

44. Формирования списка перечня диагностических услуг ПМСП, условий их применения с целью создания интегрированной системы первичной медицинской помощи, ориентированной на нужды населения.

45. В настоящее время, растущее бремя хронических заболеваний в обществе подчеркивают особую важность врача общей практики или семейного врача для координации клинической помощи на различных уровнях и требуют расширения его компетенции.

46. Согласно отчету Oxford Policy Management, стандарт комплексного пакета услуг ПМСП, который использовался в странах ОЭСР

и других странах мира, включает список услуг, указанных в приложении 2 к настоящим Основным направлениям развития ПМСП.

47. В соответствии с данными тенденциями, Казахстану рекомендовано принятие пакета услуг ПМСП, оказываемых врачом общей практики (семейным врачом) в качестве пакета услуг базового уровня, согласно приложения 3 к Основным направлениям развития ПМСП.

48. Развитие социально-ориентированной ПМСП с улучшением доступности населения к первичной медицинской помощи будет осуществлена на основе метода финансирования «частичного-полного фондодержания»:

1) трансформация действующих поликлиник: придание юридической и экономической самостоятельности Центрам семейного здоровья, являющихся сегодня структурными подразделениями данных поликлиник.

Пути реализации:

выведение консультативно-диагностических отделений из состава поликлиник путем передачи в управление многопрофильным больницам, что позволит значительно повысить уровень их профессиональной компетенции и решить вопрос дефицита стационарных кадров (ведение больных в стационаре и дежурства);

выведение консультативно-диагностических отделений из состава поликлиник путем централизации управления в виде единого консультативно-диагностического центра города, области;

2) организация индивидуальных и групповых семейных практик – предприниматели, частные поставщики, которые могут быть организованы на базе действующих поликлиник на условии аренды;

3) предоставление прав Центрам семейного здоровья, индивидуальным и групповым семейным практикам привлекать по договору врачей профильных специальностей из стационара, из поликлиник или из числа индивидуальных предпринимателей для проведения консультаций на базе ПМСП для удобства ПМСП через пересмотр лицензионного регулирования;

4) проведение пилотной апробации различных моделей интеграции ПМСП и механизма финансирования для мотивации к созданию самостоятельных Центров здоровья и к переходу на индивидуальную или групповую семейную практику, которые смогут осуществлять деятельность как самостоятельно, так и в структуре организаций здравоохранения.



Глава 6.

Направление 2. Улучшение всеобщего охвата населения услугами ПМСП и обеспечения равного доступа

49. Ожидаемые результаты:

- 1) будет проведено поэтапное разукрупнение ПМСП с целью обеспечения всеобщего охвата и равного доступа;
- 2) будет внедрен семейно-территориальный принцип предоставления помощи населению на уровне первичной медицинской помощи;
- 3) будет обеспечено предоставление минимальных, базовых медицинских услуг первичной медицинской помощи.

50. Пути достижения ожидаемых результатов:

- 1) поэтапное разукрупнение ПМСП, обеспечивающая ее доступность и удовлетворение потребностей всего населения в услугах ПМСП по принципу единообразия в городской и сельской местности;
- 2) обеспечение всего населения 15-минутным доступом к услугам первичной медицинской помощи, способных обеспечить 90% медицинских потребностей на уровне ПМСП для удовлетворения потребностей всех категорий населения;
- 3) совершенствование сети ПМСП для достижения уровня медицинского обслуживания, ориентированного на пациента и удовлетворения потребностей различных сообществ. Для разработки основных принципов используются некоторые базовые модели, но они допускают гибкость их приспособления к местным условиям;
- 4) поэтапное разукрупнение ПМСП с приближением к прикрепленному населению с целью обеспечения доступа к отдаленным сельским районам, путем открытия индивидуальных/групповых семейных практик, обеспечения транспортировки пациентов в близлежащие районы по линии санитарной авиации, использования средств телемедицины и коммуникаций. При наличии недостаточного качества дорожных путей и сезонные условия погоды, отдается предпочтение способам связи с поставщиками первичной медицинской помощи посредством телемедицины и дистанционного онлайн доступа;
- 5) для повышения доступа населения к комплексной первичной медицинской помощи, необходимо сократить минимальную норму численности прикрепленного населения для ВОП с 2 000 до 1 500 и до 800 человек для отдаленных географических местоположений, где населенные пункты располагаются на расстоянии более 30 км друг от друга;
- 6) в рамках улучшения доступности к первичной медицинской помощи предлагаемая конфигурация ПМСП представлена в приложении 4 к Основным направлениям развития ПМСП.

51. Дополнительно, в рамках данного направления будут внесены изменения, в части свободного выбора врача организаций ПМСП в пределах

территории при условии фактического проживания в максимально приближенном к выбранной ПМСП, мотивация населения по прикреплению к организациям ПМСП по семейному принципу.

52. Развитие самостоятельной социально-ориентированной ПМСП будет проведена с учетом действующей модели поликлиник путем разделения ПМСП и специализированной службы после проработки вопросов юридического и экономического характера.

53. В целях обеспечения единых условий к оказанию ПМСП будут пересмотрены минимальные требования к оснащению медицинской техникой и требования к структуре помещений организации ПМСП.

Глава 7.

Направление 3. Повышение внимания населения к укреплению своего здоровья, профилактике, скринингу и раннему вмешательству

54. Ожидаемые результаты:

1) будут внедрены эффективные подходы к ведению хронических заболеваний, поддающихся управлению на уровне ПМСП;

2) будет обучен медперсонал навыкам и умениям здоровьесберегающих технологий, в том числе альтернативных (чтобы давать исчерпывающие и квалифицированные рекомендации и проводить обучение пациентов по формированию ЗОЖ с учетом индивидуальных особенностей);

3) будут разработаны механизмы мотивации и поощрения персонала ПМСП за хорошие показатели здоровья на участке, за владение знаниями оздоровительных практик;

4) будут разработаны механизмы мотивации и поощрения населения за своевременное прохождение профилактических осмотров и скринингов, своевременный учет и наблюдение во время беременности, вакцинацию и иммунопрофилактику (нематериальная бонусная система поощрений);

5) будут внедрены социальные технологии для оздоровления населения (волонтерство, кружки по интересам, арт-терапия, трудотерапия, досуговедение) путем межсекторального взаимодействия;

6) будут совершенствованы скрининговые и профилактические осмотры населения с учетом принципов доказательной медицины вследствие четкого распределения ответственности между участниками ПМСП;

7) будут улучшены подходы к определению потребности в оснащении ПМСП (кабинетов ВОП, групповых семейных практик) в соответствии с новыми подходами к ведению хронических заболеваний, поддающихся управлению;

8) будет улучшена координация работы в точках соприкосновения совместных компетенций ПМСП со службой общественного

здравоохранения по вопросам профилактики заболеваний, укрепления здоровья, коммуникаций и социальной мобилизации.

55. Пути достижения ожидаемых результатов:

1) трансформация диспансеризации в ПУЗ:

определение основных хронических заболеваний, которые являются основными причинами смертности и инвалидизации населения, подлежащих динамическому наблюдению на уровне ПМСП;

2) внедрение самоменеджмента пациента с хроническим заболеванием в рамках динамического наблюдения;

3) определение обязательств пациента с хроническим заболеванием в рамках динамического наблюдения (заключение социального контракта);

4) внедрение Программы управления заболеваниями по трем хроническим заболеваниям (артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность) во всех организациях ПМСП;

5) мотивация пациентов на участие в ПУЗ

Реализация 5 основных оперативных функций общественного здравоохранения на уровне ПМСП с определением функционала команды ПМСП в части воздействия на социальные детерминанты здоровья прикрепленного населения, профилактики болезней, включая раннее выявление нарушений здоровья, проведение информационно-разъяснительной работы и социальной мобилизации в интересах здоровья, обеспечение постоянного контакта команды ПМСП с прикрепленным населением.

56. Внедрение универсально-прогрессивной модели патронажной службы у детей раннего возраста и беременных.

57. Совершенствование скрининговых и профилактических осмотров населения на основе доказательной медицины.

Глава 8.

Направление 4. Повышение потенциала системы ПМСП

58. Ожидаемые результаты:

1) будет укреплена институциональная основа ПМСП;

2) будут расширены и внедрены независимые сестринские практики, оказываемых специалистами сестринского дела уровня прикладного и академического бакалавриата независимо и автономно от врачей;

3) будет расширен потенциал специалистов ПМСП: делегирование компетенций от профильных специалистов к семейным врачам, внедрение независимых сестринских практик;

4) будут улучшены подходы в работе профильных служб путем интегрирования профилактических услуг, скрининговых обязательств и раннего вмешательства для основных групп ПМСП;

5) будет создана система мотиваций специалистов ПМСП по конечному результату труда путем совершенствования профессиональных знаний и навыков;

6) будут подготовлены медико-ориентированные социальные работники, психологи и социально ориентированные медицинские специалисты первичного звена;

7) будет внедрена резидентура по специальности «Общая врачебная практика/ семейная медицина» с прохождением на клинических базах ПМСП со сроком обучения 2 года;

8) будут внедрены социальные технологии с использованием ключевых инструментов (кейс-менеджмент, супервизия) для улучшения качества жизни и социальной активности населения;

9) будет усилено межсекторальное взаимодействие с применением мультидисциплинарного подхода;

10) будет проводится мониторинг качества и объема оказанной медицинской помощи семейными врачами своему прикрепленному населению на всех уровнях медицинской помощи.

59. Пути достижения ожидаемых результатов:

1) определение Национального центра ПМСП для разработки передовых практик, методов, стандартов, и технологий;

2) определение центров лучших практик (ЦЛП) на базе существующих организаций ПМСП или поликлиник для внедрения передовых практик, методов, стандартов, и технологий, адаптированных под местные условия и направленных на максимальное вовлечение граждан в решении вопросов здоровья и эффективного управления хроническими заболеваниями;

3) создание Школы социальной работы;

4) определение расширенного функционала специалистов ПМСП с учетом делегирования полномочий от профильных специалистов;

5) разработка системы мотиваций специалистов ПМСП;

6) определение единого универсального перечня оснащения оборудованием организаций ПМСП;

7) внесение следующие понятия: «кейс-менеджмент», «супервизия», «медико-социальная помощь» в Кодекс, в Закон Республики Казахстан «О специальных социальных услугах»;

8) разработка профессиональных стандартов по социальной работе в сфере здравоохранения;

9) внедрение аттестации социальных работников и психологов в сфере здравоохранения;

10) повышение ответственности и заинтересованности у семейного врача/ВОП в здоровье прикрепленного населения и создание системы ПМСП, ориентированной на потребности населения путем предоставления

врачу финансовой, административной и профессиональной самостоятельности, при этом:

КПН внутри системы ПМСП идет за пациентом, а внутри системы – за отдельным семейным врачом/ВОП, а не в организацию ПМСП;

снижение бремени излишнего администрирования/регулирования, т.к. врач, получающий финансирование за свободно прикрепившее население в конкурентной борьбе, лучше реагирует на потребности этого населения;

снижение рисков коррупции, т.к. потоки финансирования децентрализуются, повышается привлекательность специальности;

право врача: выбирать форму организации своей работы: соло- или групповая практика; нанимать членов своей команды: медсестер, социальных работников, психологов, регистраторов и других работников; выбирать место своей практики, удобное для населения;

11) подготовка семейного врача/ВОП нового типа путем внедрения Глобальных стандартов последиplomного обучения семейных врачей (WONCA), которые предусматривают обучение семейной медицине исключительно в условиях существующей семейной практики в стране;

12) снижение нагрузки на 1 семейного врача/ВОП организаций ПМСП (до 1,5 тысяч прикрепленного населения на 1 семейного врача/ВОП).

60. Преимущества доступности ПМСП:

1) приближенность к месту проживания населения (принцип 10-15-минутной пешей доступности);

2) знание прикрепленного населения работниками небольшой организации ПМСП (его нужды, условия проживания, влияние социально-экономических, экологических, санитарно-гигиенических рисков/условий и других потребностей/проблем);

3) создание дружелюбной атмосферы (население знает работников организации ПМСП в лицо);

4) лучшая управляемость кадрами и ресурсами;

5) гибкость в организации обслуживания населения в зависимости от потребности, эпидемиологической ситуации и сезона.

61. Изменение внутренней структуры организации ПМСП для соблюдения принципа конфиденциальности врачебного/сестринского и другого приема.

62. Внутри организации ПМСП – всё должно препятствовать распространению инфекции (современный инфекционный контроль).

Глава 9.

Направление 5. Цифровизация ПМСП, ориентированная на потребности пациента

63. Ожидаемые результаты:

1) будет увеличена ответственность людей за свое здоровье путем внедрения более пациент-ориентированных подходов и инструментов, таких как цифровые технологии (мобильные приложения, программы и др.), позволяющие пациенту получить полный доступ к медицинской помощи на уровне первичного контакта, а также следить за своим здоровьем;

2) будет улучшена интеграция информационных систем ПМСП на основе создания персонализированных модулей пациентов;

3) будет обеспечена инфраструктура для электронного здравоохранения.

64. Пути достижения ожидаемых результатов:

1) оснащение и укомплектование объектов ПМСП компьютерами, интернетом, локальными медицинскими информационными системами, интегрированными в единой платформе интероперабельности, вне зависимости от форм собственности и территориального расположения;

2) безбумажное ведение медицинской документации. Обеспечение прозрачности и качества медицинской помощи, а также взаимобмена информацией (между «врач-врач», «врач-пациент»);

3) внесение полной, достоверной и объективной медицинской информации о пациенте в электронный паспорт здоровья (ЭПЗ). Ведение и управление на уровне ПМСП интегрированной комплексной медицинской информации о здоровье каждого прикрепленного гражданина;

4) обеспечение автоматического информационного обмена данными в информационной системе здравоохранения, а также интегрирование мобильных приложений пациентов;

5) обеспечение информационной безопасности использования и хранения персональных данных пациента. Информационные системы и медицинские мобильные приложения, должны соответствовать стандартам и требованиям уполномоченных органов, регулирующие деятельность в сфере здравоохранения, метрологии с стандартизации, а также информационной безопасности;

6) систематическое обучение и информирование медицинских и социальных работников ПМСП, а также населения современным медицинским информационным технологиям;

7) повышение компьютерной грамотности учащихся медицинских высших и средних специальных образовательных учреждений;

8) вовлечение пациентов в управление собственным здоровьем с помощью использования носимых устройств (трекеры, смартчасы, ноутбуки и т.д.), мобильных приложений и информационных систем;

9) совершенствование и развитие нормативно-правовой базы в области электронного здравоохранения и цифровизации с учетом взаимосвязи всех служб с ПМСП;

10) устойчивое финансовое обеспечение внедрения и сопровождения информационных систем на уровне ПМСП;



11) проведение независимой экспертизы соответствия и качества дистанционных устройств, мобильных приложений;

12) обеспечение прозрачности процессов государственных закупок и организации услуг в сфере информатизации здравоохранения;

13) проведение оценки внедренных медицинских технологий в рамках цифрового здравоохранения.

65. Эффективное развитие/внедрение/поддержание ИТ инфраструктуры ПМСП и медицинских мобильных приложений будут финансироваться за счет тарифов на возмещение медицинских услуг ПМСП, в том числе в рамках государственно-частного партнерства.

Информационная безопасность ведения/хранения/использования электронных персональных данных о пациентах, медицинских баз данных ПМСП будет обеспечена уполномоченными органами, в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан.

66. Местные исполнительные органы, министерство здравоохранения, руководители медицинских организаций, разработчики информационных систем ежеквартально должны обеспечить систематическое обучение персонала ПМСП ведению медицинской документации в цифровом формате, использованию медицинских информационных систем, в том числе интегрированных мобильных приложений.

67. Сроки реализации мероприятий, предусмотренных в Основных направлениях развития ПМСП за 100 дней:

1) определение Национального центра по ПМСП;

2) разработка и утверждение приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан по организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, пересмотренный с учетом внедрения программ управления хроническими неинфекционными заболеваниями в ПМСП.

68. Сроки реализации мероприятий, предусмотренных в Основных направлениях развития ПМСП на 2018 год:

1) определение перечня услуг ПМСП;

2) внедрение универсально-прогрессивной модели патронажной службы в 5 регионах Казахстана и мобильных приложений по патронажной службе;

3) всеобщий и повсеместный охват организаций ПМСП компьютерным оснащением для поэтапной цифровизации ПМСП.

69. Сроки реализации мероприятий, предусмотренных в Основных направлениях развития ПМСП за 500 дней:

1) проект внесения изменений в Кодекс для нормативного закрепления внедряемых преобразований в системе ПМСП;

2) обеспечение деятельности Центров лучших практик в 16 регионах Казахстана;



3) определение методов финансирования с учетом изменений ПМСП и пересмотр размера КПН;

~~4) внедрение мобильных приложений по программе управления хроническими неинфекционными заболеваниями в ПМСП;~~

5) расширение профессиональных навыков, профессионального и социального статуса медицинских сестер и сестер-менеджеров путем реформирования сестринского дела на уровне подготовки академического и прикладного бакалавров сестринского дела.



Приложение 1
к основным направлениям развития
первичной медико-санитарной помощи
в Республике Казахстан
на 2018-2022 годы

Индикаторы оценки эффективности деятельности ПМСП

№	Наименование	Показатель эффективности
1	Увеличение доли обращений к врачам ПМСП из общего числа обращений в амбулаторный сектор	60-80%
2	Число обращений к специалистам ПМСП на 1 жителя в год	не менее 3 посещений в год
3	Увеличение доли обращений к врачам ПМСП с профилактической целью	не менее 50%
4	Ранняя диагностика заболеваний	не менее 50% (можно установить пороговый уровень по видам заболеваний)
5	Снижение доли обращений к профильным врачам из общего числа обращений в амбулаторный сектор	до 40%
6	Число обращений к профильным специалистам на 1 жителя в год	не более 2-3 посещений в год
7	Снижение уровня госпитализации по заболеваниям, управляемым на уровне ПМСП	до 10-12%
8	Снижение доли вызовов с обострением хронических заболеваний	не более 15% в общем объеме вызовов

Приложение 2
к основным направлениям развития
первичной медико-санитарной помощи
в Республике Казахстан
на 2018-2022 годы

Стандарт комплексного пакета услуг ПМСП стран ОЭСР

№	Наименование услуг
1	Услуги по укреплению здоровья/профилактике заболеваний для населения обслуживаемых зон, включая услуги по вакцинации
2	Медицинская помощь (в пределах компетенции семейного врача)
3	Лабораторные и радиологические исследования
4	Анализ результатов исследований (в пределах компетенции семейного врача)
5	Услуги по охране репродуктивного здоровья
6	Дородовое наблюдение
7	Педиатрическая помощь, включая услуги расширенной программы вакцинации и мониторинг развития
8	Динамическое ведение основных хронических заболеваний для населения обслуживаемых зон Ишемическая болезнь сердца Диабет Респираторные заболевания
9	Паллиативный уход (для стран ОЭСР)
10	Легкие травмы
11	Неотложная медицинская помощь
12	Назначение и отпуск основных лекарственных средств
13	Направление сложных случаев заболевания к врачам-специалистам (за пределами компетенции семейного врача)
14	Систематическое предоставление данных о тенденциях здравоохранения и ведении управления
15	Сбор информации об обслуживаемом населении
16	Ведение первичной медицинской документации



Приложение 3
к основным направлениям развития
первичной медико-санитарной помощи
в Республике Казахстан
на 2018-2022 годы

**Перечень услуг ПМСП, предложенный Oxford Policy Management
для Казахстана**

Услуги первичной медицинской помощи	Услуги служб общественного здравоохранения
<p>Амбулаторный уход; профилактика и лечение хронических заболеваний; уход за пациентами с комплексными заболеваниями; неотложная помощь в минимальном объеме; услуги ПМСП после выписки стационара; реабилитационные услуги; услуги по охране здоровья матери и ребенка; паллиативный уход; гериатрический уход; улучшение здоровья населения; лекарственное обеспечение; лабораторные и радиологические услуги; уход на дому/ услуги по поддержке жизнедеятельности; личный уход и услуги по поддержке жизни.</p>	<p>Планирование семьи и беременность; услуги по укреплению здоровья и профилактике заболеваний и травм; иммунизация; обучение основам здорового образа жизни (планирование семьи, профилактика травм, интегрированное ведение болезней детского возраста, здоровое питание); профилактика болезней: скрининговые исследования; рекомендации по здоровому питанию и другое.</p>



Приложение 4
к основным направлениям развития
первичной медико-санитарной помощи
в Республике Казахстан
на 2018-2022 годы

Предлагаемая конфигурация сети ПМСП

Тип	Диапазон численности населения
Медицинский пункт (без семейного врача)	50-800
Врачебная амбулатория (индивидуальная/групповая семейная практика)	1 500 - 10 000
Центр семейного здоровья	от 10 000
Поликлиника	от 30 000



Приложение 2
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
«07» Июль 2018 года
№ 461

План мероприятий
по реализации Основных направлений развития первичной медико-санитарной помощи
в Республике Казахстан на 2018-2019 годы

№	Наименование мероприятия	Форма завершения	Ответственные за исполнение	Срок исполнения	Источник финансирования
	Направление 1. Создание новой интегрированной модели ПМСП, ориентированной на нужды населения				
1	Разработка предложений по внесению изменений и дополнений в Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» в части совершенствования ПМСП	Предложения	МЗ РК (ДОМП), РЦРЗ	Сентябрь 2018 года	Не требуется
2	Формирование нового перечня медицинских услуг ПМСП в рамках ГОБМП, ОСМС	Проект ППРК	МЗ РК (ДКОСМС, ДОМП), ФСМС, РЦРЗ	Сентябрь 2018 года	Не требуется
3	Подготовка предложений по механизмам финансирования АПС с учетом реализации универсально-прогрессивной модели патронажной службы и ПУЗ, снижение вызовов	Предложения	МЗ РК (ДКОСМС, ДОМП), ФСМС, РЦРЗ	Декабрь 2018 года	Не требуется

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

	скорой помощи по поводу обострения хронических заболеваний, снижение случаев госпитализации пациентов с заболеваниями, управляемыми на уровне ПМСП			
4	Проведение оценки базовых затрат ПМСП с учетом мотивации к созданию самостоятельных Центров здоровья	Информация (расчеты)	МЗ РК (ДКОСМС, ДОМП, ФСМС, УЗ областей и городов Астана, Алматы (по согласованию))	Июнь 2019 года Не требуется
5	Проведение оценки затрат в расчете на 1 прикрепленного жителя в год на основе анализа уровня потребления КДУ и пересмотра пакета КДУ в составе КИП	Информация (расчеты)	МЗ РК (ДКОСМС, ДОМП, РЦЗ, РЦЗ, ФСМС, УЗ областей и городов Астана, Алматы (по согласованию))	Июнь 2019 года Не требуется
6	Пересмотр размера СКПН для специалистов ПМСП с учетом анализа индикаторов оценки эффективности деятельности ПМСП по развитию семейной практики, реализации универсально-прогрессивной модели патронажной службы и ПУЗ, снижения вызовов скорой помощи по поводу обострения хронических заболеваний, снижения случаев госпитализации пациентов с заболеваниями, управляемыми на уровне ПМСП	Информация (расчеты)	МЗ РК (ДКОСМС, ДОМП, ДФ), ФСМС РЦЗ, РЦЗ	Декабрь 2019 года Не требуется

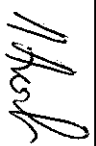
Направление 2. Улучшение всеобщего охвата населения услугами ПМСП и обеспечения равного доступа					
7	Осуществление мониторинга перспективных планов развития инфраструктуры организаций здравоохранения (в частности ПМСП) в разрезе регионов	Аналитическая информация, рекомендации	МЗ РК (ДИП), РПРЗ, УЗ областей, городов Астана и Алматы (по согласованию)	Декабрь 2018 года	Не требуется
8	Проработка вопроса по обеспечению доступа к медицинской помощи населения отдаленных сельских районов (в том числе дистанционного онлайн доступа посредством телемедицины и коммуникаций)	Предложения	МЗ РК (ДОМП, ДИП), УЗ областей, городов Астана и Алматы (по согласованию)	Январь 2019 года	Не требуется
9	Поэтапное разукрупнение сети ПМСП, путем организации индивидуальных и групповых семейных практик (или врачебные амбулатории) (согласно утвержденным перспективных планов развития инфраструктуры регионов)	Информация	МЗ РК (ДОМП, ДИП), УЗ областей и городов Астана, Алматы (по согласованию)	II, IV квартал 2019 года	Не требуется
Направление 3. Повышение внимания населения к укреплению своего здоровья, профилактике, скринингу и раннему вмешательству					
10	Формирование перечня заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению в рамках управления хроническими заболеваниями на уровне ПМСП	Приказ МЗ	МЗ РК (ДОМП), РПРЗ	Сентябрь 2018 года	Не требуется
11	Предоставление информации по поэтапному внедрению ПУЗ во всех организациях ПМСП	Информация по внедрению	МЗ РК (ДОМП), НИИКиВБ, УЗ	III, IV квартал 2018 года,	Не требуется

	регионов РК			областей и городов Астана, Алматы (по согласованию)	далее ежеквартально в течении 2019 года	
12	Проведение информационно-образовательной работы среди населения по профилактике хронических заболеваний (подготовка видеороликов, буклетов, работа с СМИ)	Информация	МЗ РК (ДПОЗ), РПРЗ, ГУП	Октябрь-декабрь 2018 года	В рамках выделенных средств	
13	Формирование перечня профилактических медицинских услуг для укрепления здоровья населения	Перечень	МЗ РК (ДОМП, КООЗ), НЦПФ ЗОЖ РПРЗ	Октябрь-2018 года	Не требуется	
14	Проработка вопроса оказания минимальных стационарозамещающих услуг на уровне ПМСП	Предложения	МЗ РК (ДОМП, ДИД), УЗ областей, городов Астана и Алматы (по согласованию)	Ноябрь 2018 года	Не требуется	
15	Разработка маршрутов пациента при скрининге, динамическом наблюдении хронических заболеваний, острых состояниях с учетом интегрированной системы ПМСП, ориентированной на нужды населения	3 Маршрута пациента (инфографика)	МЗ РК (ДОМП, ДПОЗ), РПРЗ	Ноябрь 2018 года	Не требуется	
16	Проведение обучения среди пациентов по формированию здорового образа жизни (семинары, тренинги, лекции)	Информация	МЗ РК (КООЗ), НЦПФ ЗОЖ РПРЗ	Декабрь 2018 года, далее II, IV квартал 2019 года	Не требуется	
17	Проработка вопроса по внедрению	Предложения	МЗ РК (ДОМП),	Декабрь	Не требуется	

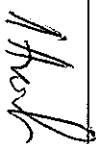




	Универсально-прогрессивной модели педиатрической службы детей раннего возраста и беременных в организациях ПМСП (ЦПП)		УЗ областей и городов Астана, Алматы (ЦПП) (по согласованию)	2018 года	
18	Проведение ревизии клинических протоколов по 25 нозологиям в рамках динамического наблюдения хронических заболеваний	Информация	МЗ РК (ДОМТ), РЦРЗ	Февраль 2019 года	В рамках соглашения с ВБ
19	Разработка методических рекомендаций по самоменеджменту пациентов, вовлеченных в ПУЗ	Методические рекомендации	МЗ РК (ДОМТ), НИИКиВБ	Апрель 2019 года	Не требуется
Направление 4. Повышение потенциала системы ПМСП					
20	Проработка вопроса создания и открытия Национального центра ПМСП в г. Астана	Информация	МЗ РК (ДОМТ, ДЮС, ДГЗА)	Сентябрь 2018 года	Не требуется
21	Внесение предложений по оснащению ЦПП медицинским оборудованием	Информация	МЗ РК (КФ), ГУП, РЦРЗ	Сентябрь 2018 года	Не требуется
22	Определение на национальном уровне классификации сестринских диагнозов и сестринских вмешательств в соответствии с перечнем Международной классификации	Предложения	МЗ РК (ДОМТ), КАЗНИИОР, РЦРЗ	Октябрь 2018 года	Не требуется
23	Разработка предложений по ведению онкологических больных на уровне ПМСП с клиническими группами (группа Ia, группа IV)	Предложения	МЗ РК (ДОМТ), КАЗНИИОР, РЦРЗ	Октябрь 2018 года	Не требуется
24	Определение расширенного функционала всех специалистов ПМСП, включая делегирование компетенций от профильных специалистов к семейным врачам	Приказ МЗРК	МЗ РК (ДОМТ), ЦПП	Декабрь 2018 года	Не требуется
	(Внесение изменений и дополнений в Приказ				




	исполняющего обязанности МЗРК от 5 января 2011 года № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организации здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь»)				
25	Пересмотр компетенций специалистов ПМСП в части замены наименований должностей: участковый врач/ врач общей практики» на «семейный врач»; участковая (ый) медицинская (ий) сестра/брат общей практики на «семейная медицинская (ий) сестра/брат (внесение изменений и дополнений в Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года №791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения»)	Приказ МЗРК	МЗ РК (ДНЧР), РЦРЗ	Декабрь 2018 года	Не требуется
26	Проработка вопроса по внедрению независимых сестринских практик, оказываемых специалистами сестринского дела уровня прикладного бакалавриата	Информация	МЗ РК (ДОМД), ЦШ (в 16 регионах)	Декабрь 2018 года	Не требуется
27	Рассмотрение вопроса включения в резидентуру специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»	Предложения	МЗ РК (ДНЧР), РЦРЗ	Январь 2019 года	Не требуется
28	Внесение изменений и дополнений в следующие приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан: 1) от 24 ноября 2009 года №774» Об	Приказ МЗ РК	МЗ РК (ДНЧР), РЦРЗ	Февраль 2019 года	Не требуется




	<p>утверждения Номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей в части замены наименований специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» на «Семейная медицина»;</p> <p>2) от 24 ноября 2009 года №774 «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников» в части замены наименований должностей: «участковый врач / врач /общей практики» на «семейный врач / «участковая (ый) медицинская (ий) сестра/брат общей практики» на «семейная медицинская (ий) сестра /брат»</p>				
29	<p>Разработка единого универсального перечня оснащения оборудованием организаций ПМСП</p>	Предложения	<p>МЗ РК (ДОМШ, КФ), ГУП, РЦРЗ, УЗ областей и городов Астана, Алматы (по согласованию)</p>	<p>Март 2019 года</p>	<p>В рамках соглашения с ВБ</p>
30	<p>Обучение специалистов ПМСП (специалистов ЦШ, врачей и медицинских сестер, менеджеров) навыкам и компетенциям по ПУЗ</p>	Информация	<p>МЗ РК (ДОМШ), НИИКИВБ, ГУП</p>	<p>В течении 2019 года (ежеквартально)</p>	<p>в рамках соглашения с ВБ</p>
31	<p>Поэтапное внедрение электронной медицинской документации (переход на «бесбумажное» ведение) в пилотных организациях ПМСП (ЦШД) согласно графику</p>	<p>Приказ РК МЗ</p>	<p>МЗ РК (ЦШ, ДОМШ), РЦРЗ, РЦРЗ, УЗ областей и городов Астана,</p>	<p>Декабрь 2019 года</p>	<p>Не требуется</p>

Направление 5. Цифровизация ПМСП, ориентированная на потребности пациента

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

			Алматы (ЦУШД) (по согласованию)		
32	Оснащение компьютерным оборудованием и обеспечение доступом к сети Интернет организацией ПМСП в сельских регионах для внедрения МИС и вовлечения сельской ПМСП в электронное здравоохранение	Информация	УЗ областей и городов Астана, Алматы (по согласованию)	В течение 2019 года (ежеквартально)	
33	Развитие мобильного здравоохранения (партнерство с мобильными операторами, банковским сектором и т.д.)	Предложения	МЗ РК (ДЦЗ), РЦЗ, УЗ областей и городов Астана, Алматы (по согласованию)	Январь 2019 года	Не требуется
34	Актуализация информационных систем здравоохранения и разработка технических требований по интеграции внедряемых МИС с информационными системами МЗ РК	Технические требования по интеграции	МЗ РК (ДЦЗ, ДОМП), РЦЗ	Апрель 2019 года	Не требуется
35	Рассмотрение вопроса по созданию единой электронной базы пациентов, пользующихся цифровыми платформами и мобильными устройствами для управления хроническими заболеваниями	Предложения	МЗ РК (ДЦЗ, ДОМП), ГУП, РЦЗ	Июнь 2019 года	в рамках соглашения с ВБ

Расшифровка аббревиатур и сокращений:

МЗ РК - Министерство здравоохранения Республики Казахстан

ДОМП - Департамент организации медицинской помощи

ДПУ - Департамент проектного управления

ДПОЗ - Департамент политики общественного здравоохранения




ДКОСМС – Департамент координации обязательного социального медицинского страхования
ДЮС – Департамент юридической службы
ДНЧР – Департамент науки и человеческих ресурсов
ДЦЗ – Департамент цифровизации здравоохранения
ДИП – Департамент инвестиционной политики
ДГЗА – Департамент государственных закупок и активов
КООЗ – Комитет охраны общественного здравоохранения
КФ – Комитет фармации
РПРЗ – Республиканский центр развития здравоохранения
РЦЭЗ – Республиканский центр электронного здравоохранения
ФСМС – Фонд социального медицинского страхования
ГУП – Группа управления проектами
УЗ – Управление здравоохранения
МИС – Медицинские информационные системы
НИИКиВБ – Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней
ПМСЦ – Первичная медико-санитарная помощь
АПШ – Амбулаторно-поликлиническая помощь
ЦЛШ – Центры лучших практик
ПУЗ – Программа управления заболеваниями
ХНИЗ – Хронические неинфекционные заболевания
ГОВМП – Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ОСМС – Обязательное социальное медицинское страхование
ППРК – Постановление Правительства Республики Казахстан
КАЗНИИОР – Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии
ВБ – Всемирный банк
МБ – Местный бюджет
КДУ – Консультативно-диагностические услуги
СКПН – Стимулирующий компонент подушевого норматива
КПН – Компонент подушевого норматива