

Resume: In article indicators of primary disability of the population living in Aktobe city are given. Analysis of primary exit indicators to disability, in section of disability group. The structure of primary disability among adult population is analysed researches are conducted from 2009 up to 2013 years. The analysis of primary disability of adult population of Aktobe city showed that decrease in total of disabled people among population is over the last 5 years observed. In structure of disability the second group prevails.

Keywords: primary disability, adult population, group of disability

УДК 61:614.7:616-082(574)

К.А.ТУЛЕБАЕВ, Б.С.ТУРДАЛИЕВА, Г.Д.КУЗИЕВА

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова,
кафедра «Политика и управление здравоохранением», Алматы, Казахстан

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ В КАЗАХСТАНЕ (АНАЛИЗ СИТУАЦИИ)

Согласно Алматинской декларации, утвердившей концепцию развития первичной медико-санитарной помощи 37 лет назад, определив приоритетность развития ПМСП и поставив ее во главу всей мировой системы здравоохранения, это понятие определено как «существенная медицинская помощь, основанная на практических, научно устойчивых и социально приемлемых методах и технологиях, универсально доступная как для отдельных лиц, так и их семей и по стоимости, которую сообщество и страна могут позволить себе поддерживать на каждом этапе своего развития в духе уверенности в своих силах и самоопределения».

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, амбулаторная помощь, амбулаторно- поликлиническая помощь.

Введение. Казахстан приобрел независимость в 1991 году, после чего столкнулся с проблемой в области здравоохранения, которое было ориентировано, в основном, на оказание стационарной помощи [1]. Система предоставления медицинской помощи населению в Казахстане развивалась на основе советской модели, ориентированной преимущественно на стационарное лечение, а сектору первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и вопросам укрепления здоровья населения в ней практически не уделялось внимания. Для всей системы здравоохранения была характерна тенденция направления пациентов на более высокие уровни оказания помощи.

Государственные учреждения ПМСП годами испытывали дефицит финансирования [2]. В 2000-х годах эта ситуация значительно изменилась. Государственные учреждения ПМСП отделились от стационаров как самостоятельные организационно-правовые единицы с отдельным финансированием, получив больше самостоятельности в управлении внутренними ресурсами и возможностью более эффективно их использовать.

В Государственной программе по развитию и реформированию здравоохранения на 2005–2010 годы были обозначены следующие меры по приоритетному развитию ПМСП [3]:

- развитие общей врачебной практики и переход к семейной медицине;
- введение новых стимулирующих методов оплаты, как, например, подушевое финансирование с учетом объема предоставленных услуг;
- повышение заработной платы, включая дополнительные выплаты сельским медицинским работникам;
- обучение и повышение квалификации медицинских работников ПМСП;
- введение свободного выбора поставщика медицинских услуг ПМСП.

На 2011–2015 годы была утверждена Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» [4], целью которого является улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны через широкое межсекторальное и межведомственное взаимодействие по вопросам охраны общественного здоровья. Программа предусматривает проведение следующих ключевых мероприятий:

- внедрение новых подходов к мероприятиям по

продвижению здорового образа жизни и профилактике заболеваний, включая создание школ для пациентов, инициативных клубов, кризисных центров, организацию волонтеров, подготовку лидеров и тренеров из числа представителей местных сообществ, создание общественных советов и ассоциаций;

- формирование мотивации населения и создание условий для ведения здорового образа жизни, включая создание доступных спортивно- оздоровительных объектов и развитие массового спорта в городах и селах, информирование и обучение населения здоровому образу жизни с широким привлечением средств массовой информации;

- формирование мотивации работодателей к обеспечению условий ведения здорового образа жизни работниками организаций, а также закрепление за работодателями ответственности за своевременное прохождение работниками профилактических осмотров;

- создание условий для активного привлечения НПО к мероприятиям по формированию здорового образа жизни.

Основная часть. Существующее законодательство Республики Казахстан способствует развитию системы здравоохранения. Актуальным вопросом остается анализ существующей модели системы здравоохранения в Казахстане. В настоящий момент осуществляется преобразование ПМСП путем укрепления и развития института врача общей практики с последующим закрытием многих мелких стационаров.

На амбулаторном уровне оказания медицинской помощи расширены функции и пересмотрены программы подготовки врачей общей практики (ВОП), внедрены механизмы мотивации врачей ПМСП. Указанные меры начаты в 2014 году и позволяют увеличить удельный вес ВОП до 50% только к 2020 году [5].

Одной из ключевых задач в системе здравоохранения является стандартизация оказания медицинской помощи населению. В 2009 году Министерство здравоохранения РК утвердило единые виды и объемы медицинских услуг на 5 уровнях оказания медицинской помощи [6]:

- доврачебная медицинская помощь: включает в себя виды медицинской помощи, которые могут быть выполнены без участия врача;
- квалифицированная медицинская помощь: оказывается без применения специальных методов диагностики и лечения (как правило, этот вид помощи оказывается на

сельском уровне);

- ПМСП: предполагает лечение на амбулаторном уровне; профилактические осмотры; иммунизацию; формирование и пропаганду здорового образа жизни; диспансеризацию и динамическое наблюдение хронических больных и населения прикрепленной территории;
- специализированная медицинская помощь: предусматривает оказание консультативно-диагностической поликлинической и стационарной помощи врачами определенных специальностей (уролог, невропатолог, кардиолог, нейрохирург и др.);
- высокоспециализированная медицинская помощь: оказывается с применением новейших ресурсоемких технологий в основном на областном и республиканском уровне.

В сентябре 2009 года был принят Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» [7] с целью повышения статуса национальной медицины, качества оказания медицинской помощи, улучшения уровня медицинского обслуживания граждан, систематизации и приведения законодательных актов в сфере охраны здоровья в соответствие с международными нормами и стандартами и изменения отношения общества к вопросам здравоохранения. Кроме того, 2009 год ознаменовался внедрением в Казахстане Единой национальной системы здравоохранения, признанной международной практикой обеспечения надлежащего качества и доступности медицинских услуг. [8]. Прежде всего она предусматривает свободный выбор пациентом врача и лечебного учреждения, формирование конкурентной среды и прозрачности процесса оказания медицинских услуг.

Согласно определению ВОЗ, первичная медико-санитарная помощь – это совокупность взаимосвязанных мероприятий медико-санитарного и лечебно-профилактического характера, реализуемых на уровне первичного контакта гражданина с системой здравоохранения с учетом сложившихся и формируемых условий среды обитания и образа жизни и направленных на сохранение, восстановление и укрепление здоровья. Согласно Алматинской декларации, утвердившей концепцию развития первичной медико-санитарной помощи 37 лет назад, определив приоритетность развития ПМСП и поставив ее во главу всей мировой системы здравоохранения, это понятие определено как «существенная медицинская помощь, основанная на практических, научно устойчивых и социально приемлемых методах и технологиях, универсально доступная как для отдельных лиц, так и их семей и по стоимости, которую сообщество и страна могут позволить себе поддерживать на каждом этапе своего развития в духе уверенности в своих силах и самоопределения» [9]. Основными пользователями первичной медико-санитарной помощи являются пациенты с хроническими заболеваниями [10,11].

Особое место в системе первичной медико-санитарной помощи занимает выездная помощь, оказываемая выездными врачебными бригадами, а также подвижными средствами и комплексами медицинского назначения. Выездные службы формируются обычно на базе центральных районных, областных, краевых, республиканских и крупных городских больниц. Проведение санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий возлагается на санитарно-эпидемиологическую службу при непосредственном участии врачей и средних медработников территориальных и производственных врачебных участков. Территориальная доступность первичной медико-санитарной помощи обеспечивается рациональным размещением медицинских учреждений с учетом сложившихся и перспективных систем расселения населения, а также ряда других факторов. По Республике Казахстан на 1 января 2013 года функционировали 49 передвижных медицинских комплексов, оснащенные современным медицинским оборудованием и укомплектованные бригадами врачей для проведения скрининговых исследований и консультативно-

диагностических услуг. Для оказания своевременной медицинской помощи пострадавшим при ДТП на трассах республиканского значения с 2011 года открыты трассовые медико-спасательные пункты (ТМСП), оснащенные реанимобилями, на 1 января 2013 года функционирует 12 ТМСП [12].

В осуществлении первичной медико-санитарной помощи, в том числе и в Казахстане, наиболее велика роль участковых врачей амбулаторно-поликлинических учреждений. Участковый врач обеспечивает своевременную квалифицированную терапевтическую и педиатрическую помощь населению участка в поликлинике (амбулатории) и на дому; организацию и проведение комплекса мероприятий по диспансеризации населения участка; координацию деятельности с врачами-специалистами амбулаторно-поликлинических учреждений, санитарным и общественным активом. В работе медперсонала учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, ведущая роль принадлежит профилактике и лечению заболеваний на ранних стадиях [13].

Существует множество проблем, которые можно предотвращать на уровне ПМСП [14, 15, 16]. ВОЗ к ним относит сердечно-сосудистые заболевания, рак легкого, осложнения беременностей и родов, проблемы со слухом, зрением, психические расстройства, депрессии, травмы и недостаточное питание.

В настоящее время в Казахстане, как и во всем мире, сердечно-сосудистая патология является основной причиной смерти, 80% случаев которых можно было бы предупредить при помощи профилактики в виде правильного питания, регулярной физической активности, воздержания от курения и т.д. И аналогичные решения имеют и другие заболевания, предотвратимые на уровне ПМСП [1].

Решаются и вопросы финансирования лекарственного обеспечения на уровне ПМСП. В 2013 году в рамках Госпрограммы для обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи выделено около 139 млрд.тенге, из которых 75 млрд. было использовано на обеспечение населения лекарственными препаратами.

Республика Казахстан, являясь приверженцем Алматинской Декларации, уделяет особое внимание развитию ПМСП и последовательно реализует все ее принципы. Для нашей страны совершенствование ПМСП является одним из главных направлений в развитии здравоохранения.

В 2014 году сеть организаций здравоохранения, предоставляющих амбулаторно-поликлиническую помощь, с учетом частных структур, представлена 3258 организациями, число которых в сравнении с 2010 годом уменьшилось на 74 [12].

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам Республики Казахстан и оралманам за счет бюджетных средств и включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью. В гарантированный объем бесплатной медицинской помощи [17] включается: скорая медицинская помощь и санитарная авиация; амбулаторно-поликлиническая помощь, включающая ПМСП и КДП, стационарная медицинская и стационарозамещающая медицинская помощь по направлению соответствующих специалистов; восстановительное лечение и медицинская реабилитация, а так же паллиативная помощь и сестринский уход.

Для укрепления потенциала ПМСП формируется система мотивации труда работников, ориентированная на конечный результат деятельности организации ПМСП, выделены из республиканского бюджета дополнительные средства в виде стимулирующего компонента к подушевому нормативу (СКПН) [18]. Сегодня СКПН охватывает абсолютно все организации ПМСП и работающих в них медицинских и социальных работников. Вместе с тем проводятся мероприятия по консолидации расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь на

уровне республиканского бюджета с 2014 года с переходом на финансирование ПМСП по комплексному подушевому нормативу в расчете на 1 жителя [19].

В рамках программы «Саламатты Қазақстан» совершен переход на пациент-ориентированную модель первичной медико-санитарной помощи, когда активизируется профилактическая работа с населением в школах и центрах здоровья, внедрены и продолжают внедряться системы скринингов [20]. С целью раннего выявления заболеваний в масштабах страны с 2010 года внедрена Национальная скрининговая программа, направленная на раннее выявление наследственных и приобретенных заболеваний, их своевременное лечение, и призвана остановить развитие тяжелых болезней, ведущих к осложнениям, инвалидизации и смертности. Программой охвачены 70% целевых групп населения. В 2014 году начаты скрининги на рак молочной железы, шейки матки, колоректальный рак, рак предстательной железы, рак пищевода и желудка, гепатоцеллюлярный рак в 5-ти регионах (Актюбинская, Атырауская, Карагандинская, Костанайская, Северо-Казахстанская области) дополнительно к 6-ти регионам, где данные скрининги проводятся с 2013 года. С 2015 года данные скрининги будут введены по всей республике.

Добавлен новый скрининг на раннее выявление поведенческих факторов риска употребления психоактивных веществ среди учащихся от 17 лет и старше средних общеобразовательных школ, среднеспециальных и высших учебных заведений. Расширен Перечень республиканских организаций здравоохранения, ответственных за методическое руководство и анализ скринингов целевых групп населения, а также определены функциональные обязанности по внедрению профосмотров целевых групп населения. Мониторинг осуществляется Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни. По результатам мониторинга, в 2014 году проведено 7,6 млн. скрининговых исследований, охвачено 2,4 млн. человек, выявлено 243,4 тыс. человек с заболеваниями (10,0%), эффективность скрининговых исследований составила 10%, с целью оздоровления и последующего наблюдения взято на диспансерный учет более 230 тыс. человек [5, 12]. Но, одновременно с этим, существуют проблемы с привлечением населения к участию в скрининговых программах, связанные с несовершенной работой по информированию, обучения населения, изменению образа его жизни и поведения.

На базе поликлиник созданы центры здоровья, деятельность которых направлена на предупреждение заболеваний, формирование здорового образа жизни казахстанцев. Функционируют молодежные центры, клубы пожилых людей, профильные «школы здоровья». В 2014 году функционировало 87 Молодежных центров здоровья (МЦЗ), в которых было распространено более 487,0 тыс. информационно-образовательных материалов по аспектам здорового образа жизни и профилактике заболеваний. За прошедший год в МЦЗ обратилось более 298,8 тыс. человек [5].

В настоящее время практически на каждого врача ПМСП приходится по 2 средних медицинских работника. Для повышения эффективности работы первичного здравоохранения, начиная с 2011 года, в организации ПМСП введены соцработники, психологи. По итогам 2013 года социально-психологическую помощь оказывали более 500 психологов и 2000 обученных соцработников, в 2014 году стало на 3% больше социальных работников и 731 психолог. Благодаря этой и другим мерам ПМСП уверенно идет к одной из главных целей - укреплению здоровья казахстанцев [5, 12].

ПМСП оказывается в виде доврачебной или квалифицированной медицинской помощи без круглосуточного медицинского наблюдения, включающая комплекс доступных медицинских услуг, оказываемых на уровне человека, семьи и общества [21]:

- ✓ диагностику и лечение наиболее распространенных заболеваний, а также травм, отравлений и других неотложных состояний;
- ✓ обеспечение лекарственными средствами в рамках

ГОБМП;

- ✓ санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очагах инфекционных заболеваний и выявление факторов риска;
- ✓ охрану семьи, материнства, отцовства и детства, в том числе планирование семьи;
- ✓ гигиеническое обучение населения, разъяснительную работу по безопасному водоснабжению и рациональному питанию населения.
- ✓ скрининговые исследования на раннее выявление заболеваний;
- ✓ повышение уровня осведомленности населения о широко распространенных патологических состояниях и формирование здорового образа жизни;
- ✓ иммунизацию против основных инфекционных заболеваний.

ПМСП оказывается участковыми терапевтами, педиатрами, врачами общей практики, акушерами-гинекологами, фельдшерами, акушерами, медицинскими сестрами в виде доврачебной или квалифицированной медицинской помощи [22] в:

- 1) медицинском пункте;
- 2) фельдшерско-акушерском пункте;
- 3) врачебной амбулатории (Центр семейного здоровья);
- 4) поликлинике.

Оказание ПМСП в городах отличается от сельских районов. В городских поликлиниках оказывают как ПМСП, так и специализированную амбулаторно-поликлиническую помощь [22]. Городская поликлиника – многопрофильная медицинская организация, предназначенная для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению, проживающему в районе ее деятельности. Она либо самостоятельная, либо входит в состав больницы организации. Это довольно крупные медицинские организации, в которых работают врачи 10–20 специальностей и предоставляются консультативные, диагностические и лабораторные услуги. В советские времена пациенты прикреплялись к участковому врачу по месту жительства. В настоящее время пациенты имеют право на выбор поставщика ПМСП [23].

Создание смешанных поликлиник (обслуживающих как взрослое, так и детское население) поддерживается Министерством здравоохранения РК, и их число постоянно растет. Однако в системе сохраняется большое число специализированных поликлиник для целевых групп населения, таких, например, как поликлиники только для взрослых или только для детей, или только женские консультации [повтор ВОЗ: Системы здравоохранения: время перемен. Обзор системы здравоохранения. Казахстан. - Том 14 №4- 2012.-184 с.] .

В рамках программы реформ в здравоохранении инфраструктура организаций ПМСП, особенно в сельской местности, обновлена и приведена в соответствие с Государственным нормативом сети организаций здравоохранения, а также Государственной программой развития сельских территорий на 2001–2010 годы. В 2009 году за счет средств местных бюджетов проведен капитальный ремонт 612 объектов здравоохранения (на общую сумму 11 млрд тенге) [1].

Обеспечение качественной медицинской помощи в сельской местности остается одной из самых трудных задач системы здравоохранения Казахстана. В советское время фельдшерско- акушерские пункты (ФАПы) были первой линией контакта сельского населения с медицинскими работниками. Персонал этих организаций обеспечивал базовую лечебную помощь, антенатальную и постнатальную помощь (роженицы направлялись в ближайшее родильное отделение), проводили основные профилактические мероприятия, как, например, иммунизацию, санитарно-просветительную работу, выдачу ЛС по предписанию врача. Врачи близлежащих больниц, поликлиник или районных больниц регулярно навещали ФАПы, которые, в среднем, обслуживали 700–1000 человек населения. В 1990-е годы вся система распалась, а ФАПы пришли в упадок. В 2006 году Министерство здравоохранения РК ввело новый тип сельского

медицинского учреждения на базе ФАП – медицинские пункты (МП). Они крупнее ФАПов и предоставляют более широкий спектр услуг. На конец 2009 года их количество составляло 3847. Сельское здравоохранение в переходный период испытывало особенно сильный дефицит финансирования. До недавнего времени некоторые сельские организации не снабжались лекарственными средствами, техническое обслуживание зданий и медицинского оборудования оставалось на низком уровне. В 2009 году уровень оснащенности сельских объектов ПМСП медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения с учетом проводимой типизации организаций ПМСП составлял 35% для МП, 44% для ФАПов, 39%, для СВА/ВА [1].

С 2013 года аккумулированы ресурсы для сельского здравоохранения с целью сохранения сети и укрепления амбулаторного звена и внедрен принцип финансирования по глобальному бюджету, т.е. по комплексному подушевому тарифу на 1 сельского жителя. В комплексный подушевой тариф включены расходы на оказание услуг на амбулаторном и стационарном уровнях [12].

Одной из основных проблем первичного звена в сельской местности является кадровый дефицит. Согласно данным областных и городских управлений здравоохранения в 2009 году в секторе ПМСП не хватало 6700 медицинских работников, включая 2000 работников в сельских регионах. Обеспеченность врачами сельского здравоохранения колеблется в пределах от 11,0 до 18,9 на 10 тыс. населения. [12]. Недостаточное число квалифицированных работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах затрудняет доступ к услугам здравоохранения значительной доли населения.

На национальном и местном уровне принимаются меры к решению данной проблемы. Для молодых специалистов, прибывших для работы в сельскую местность, реализуется комплекс мер социальной поддержки, предусмотренный Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», Законом РК «О государственном регулировании развития агропромышленного комплекса и сельских территорий». Акимы областей улучшили социальный пакет для новых специалистов, куда входят подъемные, льготы при получении земельных участков, на коммунальные услуги, проезд на общественном транспорте, устройство детей в дошкольные организации и т.д. С учетом принимаемых мер, прибытие и закрепление молодых специалистов в регионы в 2014 году составило 1123 человека [5].

Учитывая, что основным фактором, влияющим на закрепление специалистов в отрасли является размер заработной платы, в настоящее время разработан проект новой модели оплаты труда работников бюджетной сферы, по которой системе оплаты труда гражданских служащих у основного персонала организаций бюджетной сферы доплата за квалификационную категорию переходит на уровень должностного оклада и должностной оклад дифференцируется в соответствии с имеющейся категорией. Кроме того, повышение не менее чем на 25% должностных окладов за работу в сельской местности также будет осуществляться с учетом квалификационной категории, что будет способствовать удержанию в сельской местности квалифицированных специалистов.

Тем не менее сельское здравоохранение Казахстана сталкивается с серьезными трудностями, связанными с

изолированностью (удаленностью), слабо развитой инфраструктурой, слабой материальной базой, сложными климатическими условиями, недостатком медицинских работников и высокой текучестью кадров, что требует совершенствование всех существующих и внедрение новых механизмов регулирования потоками населения на медицинские услуги.

Для улучшения доступности медицинской помощи в сельских и отдаленных регионах Министерство здравоохранения РК поддерживает развитие телемедицины, позволяющей специалистам организовывать дистанционные конференции для постановки диагноза и консультирования. С 2004 года Министерство здравоохранения РК реализует инвестиционный проект «Развитие телемедицины и мобильной медицины в сельской местности» для улучшения доступности высокоспециализированной помощи в сельских и отдаленных районах.

В 2010 году телемедицина была внедрена в 14 областях страны. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» предусматривает улучшение доступности и качества ПМСП. Программа предусматривает значительное увеличение предоставления услуг ПМСП врачами общей практики, разработку механизмов сокращения стационарной помощи и перераспределение высвободившихся ресурсов на нужды ПМСП, профилактические мероприятия, улучшение социальных пакетов для медицинских работников, особенно в сельской местности [4]. В настоящее время в состав Национальной телемедицинской сети входят 192 объекта, в том числе 14 областных больниц, 2 городские больницы, 137 районных центров, 14 республиканских клиник и др. [5].

В целях усиления роли ПМСП в 2014 году в Казахстане консолидированы расходы на оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП на республиканском уровне. Были выделены дополнительные средства из республиканского бюджета с целью выравнивания комплексного подушевого норматива (9,9 млрд.тенге). Кроме того, расходы на стимулирование работников первичного звена здравоохранения за вклад в достижение конечного результата деятельности на основе индикаторов были увеличены в 2 раза. По сравнению с 2013 годом, когда на эти цели было выделено 10,2 млрд.тенге, в 2014 году было выделено уже 20,3 млрд.тенге, количество выделенных средств не только не уменьшилось, но и возросло почти на 100 % [12].

Заключение. На сегодняшний день здравоохранение Казахстана нуждается в дальнейшем совершенствовании его структуры с внедрением новых стратегий, основанных на четком видении перспективных целей, на интеграции со всеми секторами экономики, а также на основе применения современных научных и институциональных технологий развития.

Ввиду глобального экономического кризиса, оказывающего все большее влияние на Казахстан, улучшение качества и экономической эффективности медицинской помощи, равенства в получении услуг здравоохранения, усиление роли ПМСП, расширение мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний, оптимальное объединение рисков и обеспечение экономической защищенности населения становятся еще более насущными задачами здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 ВОЗ: Системы здравоохранения: время перемен. Обзор системы здравоохранения. Казахстан. - Том 14 №4- 2012.-184 с.
- 2 Atun R.A., Menabde N., Saluvere K. et al. Introducing a complex health innovation—primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation) // Health Policy. - 2006. - Vol. 79, № 1. - P. 79-91.
- 3 Указ Президента Республики Казахстан "О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы" от 13 сентября 2004 года N 1438.
- 4 Указ Президента Республики Казахстан "Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы" от 29 ноября 2010 года № 1113.
- 5 Отчет о реализации "Стратегического плана Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан на 2014-2018 годы" утвержденного приказом Министра от 5 декабря 2014 года № 299.
- 6 Постановление Правительства Республики Казахстан "Об утверждении видов и объемов медицинской помощи" от 7 декабря 2011 года № 1481.
- 7 Кодекс Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения от 18 сентября 2009 года № 193-IV;
- 8 Постановление Правительства Республики Казахстан "Об утверждении Плана мероприятий по реализации Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан" от 4 августа 2009 года №1174.
- 9 Алма-Атинская декларация, 12 сентября 1978 года.
- 10 Van Soeren M, Hurlock-Chorostecki C, Pogue P, Sanders J. Primary healthcare renewal in Canada: a glass half empty? // Healthc Pap. - 2008. - №8(2). - P. 39-44.
- 11 Hutchison B, Levesque J, Strumpf E, Coyle N. Primary Health Care in Canada: Systems in Motion. // Milbank Q.- 2011.-№ 89(2).- P. 256-288.
- 12 Постановление Правительства Республики Казахстан «О Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2014 - 2018 годы» от 31 декабря 2013 года № 1594.
- 13 Freid VM, Makuc DM, Rooks RN. Ambulatory health care visits by children: principal diagnosis and place of visit. // Vital Health Stat 13.- 1998.-№137.-P. 1-23.
- 14 Brown AD, Goldacre MJ, Hicks N, Rourke JT, McMurtry RY, Brown JD, Anderson GM. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. // Can J Public Health.- 2001.-№ 92.- P 155-159.
- 15 Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. // Health Aff.- 1993.- №12.- P. 162-173.
- 16 Nathan Hale, Janice Probst, Ashley Robertson. Rural Area Deprivation and Hospitalizations Among Children for Ambulatory Care Sensitive Conditions// Journal of Community Health.- October 2015.- P.1-10.
- 17 Постановление Правительства Республики Казахстан "Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" от 15 декабря 2009 года № 2136.
- 18 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения и об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы поощрения» от 10 ноября 2009 года № 689.
- 19 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» от 26 ноября 2009 года № 801.
- 20 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» от 10 ноября 2009 года № 685.
- 21 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан «Об утверждении Правил обеспечения получения гражданами Республики Казахстан и оралманами гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» от 13 мая 2015 года № 344.
- 22 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь" от 5 января 2011 года № 7.
- 23 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи» от 28 апреля 2015 года № 281.

Қ.А. ТӨЛЕБАЕВ, Б.С. ТҰРДАЛИЕВА, Г.Д. КУЗИЕВА

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы, Қазақстан

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ- САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК

Түйін: 30 жыл бұрын алғашқы медико- санитарлық көмектің, даму концепциясының бейтілуіне сәйкес АМСК даму жетістіктері мен барлық дүниежүзілік денсаулық сақтау жүйесінің ең бастысы болғандықтан, бұл түсінікті тәжірбиелік ғылыми тұрақтылық пен әлеуметтік жетімді әдістер мен технологиялар, әмбебап қол жетімді жеке индивидке және олардың жанұясының және құнының негізінде "маңызды медициналық көмек деп айтылуында қауымдастық және елдер әрбір өзінің даму кезеңінде қолдау көрсетуі керек сонымен бірге, өзінің күшіне және орындық анықтауларға сенімділікті қажет етеді".

Түйінді сөздер: алғашқы медикова санитарлық көмек, АМСК, амбулаторлық көмек, амбулаторлық емханалық көмек.

K.A. TULEBAYEV, B.S. TURDALIEVA, G.D. KUZIEVA

Kazakh National Medical University after Asfendiyarov S.D., Almaty, Republic of Kazakhstan

FOREIGN EXPERIENCE PROVIDING PRIMARY HEALTH CARE

Resume: According to the Almaty Declaration, approved the concept of primary health care 37 years ago, prioritizing the development of primary health care and putting it at the heart of the world's health care system, this concept is defined as "considerable health care based on practical, scientifically robust and socially acceptable methods and technology, universally available for both individuals and their families, and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of confidence reliance and self-determination"

Keywords: primary health care, primary care, ambulatory care, outpatient care.