



Система здравоохранения Республики Казахстан: всеобщая доступность

**Аканов А.А. – Ректор Казахского Национального
медицинского университета, д.м.н., профессор**



История реформ системы здравоохранения Казахстана

- 1992 г.- необходимость создания новой системы здравоохранения: советская модель
- 1996-1998 гг. – разработка и внедрение бюджетно- страховой системы здравоохранения
- С 1999 г. - бюджетная модель: постсоветская система



Государственные расходы на здравоохранение РК

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Млрд. тенге	54,3	62,3	71,1	89,78	131,21	187,15	231,06	309,9	377,5
В % от ВВП	2,1	1,9	1,9	2,0	2,2	2,5	2,9	2,5	2,4

Источник: Агентство РК по статистике, данные МЗ РК

Рекомендуемые расходы на здравоохранение 4-5% от ВВП (ВОЗ)



Расходы здравоохранения на душу населения

	2004	2008	2009
Расходы здравоохранения на душу населения, в тенге	8740	24251	30 373

Источник: МЗ РК



Объем средств на гарантированный объем бесплатной медицинской ПОМОЩИ

	2004	2008	2009
Объем средств на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, в млрд. тенге	90,5	227,9	273,1

Источник: МЗ РК



Существующая система здравоохранения Казахстана

- Недостаточно заинтересована в конечном результате
- Недостаточно во внедрении последних современных технологий и достижений медицинской науки
- Технологически и материально отстала



Социальные детерминанты здоровья

- Бедность
- Низкий уровень образования,
- Неуверенность в сохранении места работы,
- Вредная или опасная работа, отсутствие перспектив служебного роста,
- Плохое жилье,
- Необходимость прилагать все усилия для того, чтобы прокормить семью и вырастить детей в трудных условиях,
- Неадекватное пенсионное обеспечение.



Неравенство в РК: смертность детей раннем возрасте

Квантили по индексу благосостояния	Коэффициент младенческой смертности	Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет
Бедные	40,97	47,60
Средние	34,44	39,70
Богатые	26,24	29,52

Источник: UNICEF, MICS 2009



Доступность медицинской помощи



Доступность медицинской помощи



Чем выше организация общества, тем выше доступность медицинской помощи. В целом, доступность зависит от возможностей страны: в развивающихся странах – от уровня среднего специального персонала до уровня первой врачебной помощи, в более развитых странах – на уровне врача общей практики и специализированной медицинской помощи.



Заключение

1. Финансирование системы здравоохранения должно быть гибким и производится с учетом изучения и выделения наиболее важных приоритетов охраны здоровья
2. Социальные детерминанты здоровья должны быть в основе планирования и бюджетирования здравоохранения
3. При распределении ресурсов необходимо изучение, определение и учет потребностей населения в медико-социальных услугах
4. Затраты должны быть адресными и направлены на наиболее эффективные превентивные мероприятия

**Благодарю
за внимание!**

