

О внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 "Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года"

Постановление Правительства Республики Казахстан от 11 марта 2026 года № 162

Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 "Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года" следующие изменения:

заголовок изложить в следующей редакции:

"Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан на 2022 – 2029 годы";

пункты 1, 2 и 3 изложить в следующей редакции:

"1. Утвердить прилагаемую Концепцию развития здравоохранения Республики Казахстан на 2022 – 2029 годы (далее – Концепция).

2. Центральным государственным и местным исполнительным органам, заинтересованным организациям (по согласованию), ответственным за реализацию Концепции:

1) принять необходимые меры по реализации Концепции;

2) обеспечить своевременное исполнение Плана действий по реализации Концепции;

3) не позднее 1 апреля года, следующего за отчетным годом, представлять информацию о ходе реализации Концепции в Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

3. Министерству здравоохранения Республики Казахстан не позднее 1 мая года, следующего за отчетным годом, представлять информацию о ходе реализации Концепции в уполномоченный орган по государственному планированию, а также размещать ее на своем интернет-ресурсе (за исключением информации ограниченного доступа).";

Концепцию развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года, утвержденную указанным постановлением, изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему постановлению.

2. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

3. Настоящее постановление вводится в действие со дня его подписания.

Приложение
к постановлению Правительства
Республики Казахстан
от 11 марта 2026 года № 162
Утверждена
постановлением Правительства
Республики Казахстан
от "24" ноября 2022 года № 945

Концепция развития здравоохранения Республики Казахстан на 2022 – 2029 годы

Раздел 1. Паспорт

Наименование	Концепция развития здравоохранения Республики Казахстан на 2022 – 2029 годы
Основания для разработки (указываются вышестоящие документы СГП, в реализацию которых обеспечивается разработка Концепции)	<p>1) "Об утверждении Национального плана развития Республики Казахстан до 2029 года и признании утратившими силу некоторых указов Президента Республики Казахстан" (Указ Президента Республики Казахстан от 30 июля 2024 года № 611);</p> <p>2) Послание Главы государства народу Казахстана от 2 сентября 2024 года "Справедливый Казахстан: закон и порядок, экономический рост, общественный оптимизм";</p> <p>3) Дорожная карта по реализации Предвыборной платформы Президента Республики Казахстан "Справедливый Казахстан – для всех и для каждого. Сейчас и навсегда";</p> <p>4) поручение Премьер-Министра Республики Казахстан Бектенова О.А. от 9 апреля 2025 года № 16-12/1703.</p>
Государственные органы, ответственные за разработку, а также реализацию программного документа	<p>Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Министерство искусственного интеллекта и цифрового развития Республики Казахстан, Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан, Министерство науки и высшего образования Республики Казахстан, Министерство просвещения Республики Казахстан, Министерство туризма и спорта Республики Казахстан, Министерство внутренних дел Республики Казахстан, Министерство национальной экономики Республики Казахстан, Министерство финансов Республики Казахстан, Министерство сельского хозяйства Республики Казахстан, Министерство культуры и информации Республики Казахстан,</p>

	Министерство по чрезвычайным ситуациям Республики Казахстан, Министерство торговли и интеграции Республики Казахстан, Министерство иностранных дел Республики Казахстан, Министерство транспорта Республики Казахстан, акиматы областей, городов Астаны, Алматы и Шымкента
Сроки реализации	2022 – 2029 годы

Раздел 2. Анализ текущей ситуации

Система здравоохранения Казахстана является единой социально ориентированной структурой, обеспечивающей доступность и качество медицинской помощи. В Стратегии "Казахстан – 2050" укрепление здоровья нации определено одной из приоритетных задач, а здравоохранение рассматривается как важный элемент социальной политики и гарант государственных обязательств перед гражданами.

Реализация среднесрочных целей в области охраны здоровья населения в рамках Национального плана развития Республики Казахстан до 2029 года предусматривает приоритетное развитие профилактики заболеваемости и снижение смертности, совершенствование системы финансирования, а также повышение качества и доступности медицинской помощи.

Казахстан подтверждает свою приверженность целям устойчивого развития (далее – ЦУР) Организации Объединенных Наций (далее – ООН), улучшив позиции в индексе ЦУР до 66-го места в 2023 году. В 2025 году страна заняла 43-е место в рейтинге World Happiness Report – лучший результат среди стран Содружества Независимых Государств.

Медико-демографические показатели здоровья

Ожидаемая продолжительность жизни (далее – ОПЖ) в Казахстане за 5 лет сократила разрыв со средним уровнем Организаций экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР) с 8,9 лет в 2020 году (ОЭСР – 80,3; Республика Казахстан – 71,37) до 5,76 лет в 2024 году (ОЭСР – 81,2; Республика Казахстан – 75,44). В 2021 году из-за пандемии коронавирусной инфекции (далее – КВИ) ОПЖ снизилась до 70,23 лет на фоне роста смертности от заболеваний системы кровообращения и нервной системы. У мужчин снижение составило 2,49 года (с 68,82 в 2019 до 66,33 в 2021), у женщин – 3,27 года (с 77,3 до 74,03). В 2024 году ОПЖ в Казахстане (75,44) сопоставима с уровнем стран ОЭСР с наименьшими показателями – Латвия, Литва, Венгрия, Словакия (74–75 лет).

По итогам 2024 года основные причины смертности: болезни системы кровообращения (далее – БСК) – 22,3 %, болезни нервной системы – 19,1 %,

новообразования – 10,2 %, болезни органов дыхания – 10,0 %, системы пищеварения – 8,3 %, травмы и отравления – 7,8 %:

смертность от БСК: рост в 2020 году на 18,8 % (193,8 на 100 тысяч населения), в 2021 году – на 17,1 % (226,9), затем снижение до 138,1 в 2024 году, болезни нервной системы – 126,9 на 100 тысяч населения в 2024 с ростом на фоне старения;

смертность от болезней органов дыхания: пик в 2020 году – 122,9 на 100 тысяч населения из-за КВИ, снижение в 2024 году - 66,0 (на 46,3 %), в структуре смертности от болезней органов дыхания преобладают хронические неинфекционные заболевания легких, более 50 % составляет хроническая обструктивная болезнь легких (далее – ХОБЛ);

смертность от злокачественных новообразований (далее – ЗНО): снижение с 74,2 (2020 год) до 65,3 (2024 год), от болезней пищеварения – с 68,5 до 55,2, от травм – с 60,1 до 51,8 на 100 тысяч населения.

Заболеваемость ЗНО выросла за 5 лет с 166,0 до 207,7 на 100 тысяч; в 2024 году зарегистрировано 41318 новых случаев, более 55 % – лица трудоспособного возраста. По причинам смертности: рак легкого (16,2 %), рак желудка (11,2 %), колоректальный рак (10,6 %) и рак молочной железы (8,1 %). На учете состоят более 234 тысяч человек.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) глобальное бремя онкологических заболеваний растет параллельно с ростом потребности в услугах и к 2050 году достигнет 35 млн, рост на 77 % по сравнению с уровнем 2022 года.

С 2020 до 2023 года наблюдался рост количества смертей в дорожно-транспортных происшествиях: если в 2020 году погибло 1997 человек, то в 2021 году число возросло до 2270, а в 2022 году – до 2425, в 2023 году – 2544 погибших. В 2024 году наблюдалось ощутимое снижение – количество погибших составило 1950 человек.

Заболеваемость сахарным диабетом (далее – СД) за 5 лет выросла почти в 1,8 раза: с 185,7 (2020 год) до 337,0 (2024 год) на 100 тысяч населения. Отмечается рост распространенности СД 2 типа среди лиц старше 40-45 лет. Среди осложнений СД 2 типа растут сердечно-сосудистые осложнения, ампутации снижаются (удельный вес - 0,26 % в 2024 году).

Смертность от СД в 2024 году составила 22,5 на 100 тысяч населения. По оценкам Международной федерации диабета в Казахстане диабет является причиной смертности в 8-10 % случаев, включая сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического генеза (65-80 %), онкологию, инфекции, болезни почек, диабетическую кому.

Ситуация по туберкулезу стабильная: с 2020 по 2024 год распространенность снизилась на 10 % (с 49,2 до 44,4 на 100 тысяч населения), заболеваемость – на 7 % (с 35,7 до 33,3 на 100 тысяч населения), смертность – на 47 % (с 1,9 до 1,0 на 100 тысяч населения).

Отмечено снижение преждевременной смертности (определяемая как вероятность умереть в возрасте от 30 до 70 лет от сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, рака или хронических респираторных заболеваний) от основных неинфекционных заболеваний (далее – НИЗ) с 20,5 % в 2020 году до 15,9 % в 2024 году. Остается высокая смертность среди мужчин (22,53 %), и практически каждый третий мужчина подвержен риску скоропостижной смерти в возрасте до 70 лет.

Разрыв в ОПЖ со странами ОЭСР на 5,76 года обусловлен не столько уникальной структурой заболеваемости, сколько высокой смертностью от предотвратимых причин, особенно среди мужчин трудоспособного возраста. Это указывает на не реализованные возможности в профилактике, ранней диагностике и лечении, что особенно актуально в условиях роста бремени данных заболеваний.

Особую тревогу вызывает тенденция роста заболеваемости сахарным диабетом, что свидетельствует о недостаточной эффективности мер по управлению факторами риска.

Распространенность поведенческих факторов риска

В 2024 году распространенность потребления табака в Казахстане выросла до 20,7 % (в 2023 году – 19,4 %): у мужчин – с 36,0 % до 39,8 %, у женщин – с 7,6 % до 8,5 %.

По данным эпидемиологического надзора за детским ожирением (далее – COSI) (2020 год) каждый пятый ребенок 6-9 лет (20,6%) имеет избыточный вес, из них 6,6 % – ожирение.

Заболеваемость ожирением за 2020 – 2024 годы стабильная – 45,5 и 45,3 на 100 тысяч населения соответственно. У подростков 15–17 лет отмечается снижение: с 122,9 в 2020 году до 95,5 в 2024 году.

Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни, в 2023 году составила 34,2 %, включая высокий уровень приверженности – 7,2 % и удовлетворительный – 27,0 %. В 2022 году этот показатель составил 31,4 %, в 2021 году – 23,2 %.

Потребление соли по итогам 2024 года составило в среднем 17 грамм в день, что почти в 4 раза превышает норму ВОЗ.

Заболеваемость психическими поведенческими расстройствами (далее – ППР) вследствие употребления психоактивных веществ (далее – ПАВ) в 2024 году снизилась на 6,8 % и составила 12768 человек, или 62,9 на 100 тысяч населения (2023 год – 67,5, 2022 год – 66,1). На 31 декабря 2024 года количество лиц с ППР вследствие употребления ПАВ, состоящих на динамическом наблюдении, составило 109748 человек, или 540,7 на 100 тысяч населения (2023 год – 546,3, 2022 год – 569,2). При этом показатель смертности от цирроза печени составляет 28,2 на 100 тысяч населения (64 % в структуре болезней органов пищеварения). За 5 лет в Казахстане число пациентов с циррозом выросло в 1,2 раза, с раком печени – в 1,3 раза, с хроническими вирусными гепатитами В и С – в 2,5 раза.

Нарастает угроза новых синтетических наркотиков (соли, смеси, капли, таблетки), вызывающих тяжелые расстройства и высокую зависимость. Наблюдается отставание лабораторных возможностей от темпов появления новых соединений.

Первичная заболеваемость ППР без употребления ПАВ выросла за 5 лет в 1,4 раза: с 8516 (45,1 на 100 тысяч населения) в 2020 году до 13231 (65,2 на 100 тысяч населения) в 2024 году.

Суицид остается острой проблемой среди молодежи: за 2020 – 2024 годы уровень составил около 3,5 тысяч случаев в год, суицидальных попыток – около 4,5 тысяч случаев. Основная доля – в возрасте 18-64 лет (83 %), лица старше 65 лет – 11 %. Причины: материальные трудности, жилищные условия, конфликты в семье, разводы, нежелательная беременность.

Репродуктивное здоровье девочек-подростков характеризуется ранним началом половой жизни (медианное значение – 16,5 лет). За 5 лет рождаемость среди подростков 15-18 лет снизилась на 23 %: с 5,0 до 2,9 на 1000 девушек; аборты сократились на 30 % (с 1,0 до 0,7 на 1000 девушек).

Рост потребления табака и сохраняющееся чрезвычайно высокое потребление соли (одно из самых высоких в мире) свидетельствуют о необходимости дополнительных мер в сфере общественного здравоохранения.

Стабильно высокий уровень суицида среди молодежи указывает на недостаток межведомственных решений, связанных с социальными и экономическими аспектами.

Формирование общественного здоровья

Существующие ограничительные меры: запрет курения в общественных местах, продажа табачных и алкогольных изделий лицам до 21 года, реклама, выкладка, штучная продажа, маркировка с предупреждениями, ограничение времени продажи алкоголя, полный запрет вейпов, повышение ставок акцизов на табачные изделия и алкогольную продукцию, запрет на продажу энергетиков лицам до 21 года.

Функционируют 30 антитабачных центров и 4489 школ здоровья: 4215 при первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП), 274 в стационарах, с охватом более 339 тысяч человек.

Действуют 103 молодежных центра здоровья (далее – МЦЗ), которые оказывают медико-социальную помощь. Ежегодно обращаются около 700 тысяч человек, из них 41,1 % – молодежь 15-18 лет. Основные специалисты: психолог – 36,3 % обращений, терапевт – 18,7 %, гинеколог – 14,4 %.

Функционируют 20 центров психического здоровья, 83 первичных центра в городах, 207 кабинетов в районах. Утверждены межведомственный единый алгоритм выявления несовершеннолетних с признаками суицидального поведения и дальнейшей работы с ними, а также алгоритм действий государственных органов по оказанию помощи ребенку, совершившему попытку суицида.

В 19 регионах действуют отделения медико-социальной реабилитации на 375 коек, при центрах психического здоровья (далее – ЦПЗ) работают 38 центров временной адаптации и детоксикации.

Существование широкой сети структур, ориентированных на формирование здоровых форм поведения, на фоне ухудшающихся показателей по некоторым факторам риска указывает на их недостаточную эффективность по отдельным направлениям.

Скорая медицинская помощь

Служба скорой медицинской помощи включает 20 станций, 96 городских подстанций и 195 районных отделений. Среднее время доезда в 2024 году: по 1 категории – 8,7 минут, 2 категория – 12,4 минут, 3 категория – 18,6 минут, 4 категория – 25,0 минут.

Вызовы 4 категории составили 39 % от общего числа. Для их обслуживания при организациях ПМСП создано 647 мобильных бригад (1 бригада на 25 тысяч населения).

В 2024 году выполнено 2184 вылета санитарной авиации (в 2023 году – 2317).

Высокая доля вызовов 4 категории (39 %) может отражать пробелы в охвате ПМСП – недостаточной доступностью, охвате профилактикой и управлением заболеваниями.

Первичная медико-санитарная помощь

Наблюдается устойчивый рост охвата ПМСП: 19,8 млн в 2023 году, в 2024 году – 20,0 млн, в 2025 году – 20,3 млн. Распределение: 62 % – город, 38 % – село.

По состоянию на начало 2025 года функционируют 677 организаций ПМСП, из них 426 (62,92 %) – в городе, 251 (37,08 %) – в селе. Доля частных организаций – 46,8 %. Участковая сеть ПМСП: врачи общей практики (далее – ВОП) – 10992 (80,6 %), терапевты – 868 (6,4 %), педиатры – 1770 (13,0 %). Укомплектованность более 90 %. На участках ВОП соотношение 1 врач на 2,67 среднего медицинского работника (далее – СМР), на терапевтических и педиатрических участках ниже нормы.

Охват программами управления хроническими заболеваниями (далее – ПУЗ) в 2024 году составил 4,7 % от состоящих на динамическом наблюдении по трем включенным нозологиям. Причины низкого охвата: дефицит кадров в ПМСП, высокая текучесть, отсутствие интеграции регистра ПУЗ с медицинскими информационными системами (далее – МИС), слабая обратная связь с пациентами на амбулаторном лекарственном обеспечении (далее – АЛО), низкая вовлеченность пациентов. Число пациентов с ХОБЛ составляет около 80 тысяч, госпитализаций – стабильно 27 тысяч в год. Основные причины – тяжелые обострения и дыхательная недостаточность, в половине случаев потребность в вентиляции легких является основной причиной экстренной госпитализации.

При подозрении на онкологическое или гематологическое заболевание в ПМСП с 2024 года действует маршрут "Зеленый коридор", обеспечивающий консультацию и обследование в течение 18 рабочих дней. По состоянию на 2025 год функционируют

2362 смотровых кабинета (850 мужских, 1 512 женских) и 525 онкологических кабинетов, обеспечивающих прием, диагностику, лечение и наблюдение пациентов.

В 2024 году оптимизированы диагностические процедуры, пересмотрен порядок направлений к узким специалистам, устранена необходимость повторных визитов к ВОП. Доля доступных для самозаписи графиков ВОП выросла с 20 % до 90 %. Сокращен перечень анализов для госпитализации, увеличены сроки их действия: с 10 до 12 дней, с 1 до 3 месяцев. Разработан новый алгоритм совместной работы ВОП и профильных специалистов.

В 2024 году охват диспансерных больных динамическим наблюдением увеличился на 12,7 % – до 2 млн человек, число оказанных им услуг выросло на 10 % – до 12 млн. Скрининг на НИЗ ежегодно проходят 3,4 млн взрослых, независимо от места жительства. В рамках онкоскрининга обследовано 2,5 млн человек, выявлено более 2,7 тысяч больных. Доля раннего выявления (0–1 стадия) рака шейки матки достигла 72 %, рака молочной железы – 56 %.

С 2025 года для мужчин 50-76 лет введен дополнительный скрининг: амбулаторная коронарография и ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) брахиоцефальных сосудов. Выявленные заболевания подлежат лечению, наблюдению и обеспечиваются бесплатными лекарствами.

Высокая текучесть кадров, перегрузка врачей (в 2024 году – 21 %, коэффициент совместительства 1,5) и дефицит специалистов отражаются на результатах работы ПМСП, особенно доступности в отдаленных населенных пунктах.

Низкий охват ПУЗ свидетельствует о существенном пробеле в реализации ключевой функции ПМСП по управлению здоровьем населения и профилактике.

Основными проблемами оказания ПМСП являются: недостаточная доступность и охват профилактикой и управлением заболеваниями, рост НИЗ, необходимость межведомственных решений, связанных с социальными и экономическими аспектами, недостаточная эффективность текущих мер по профилактике поведенческих факторов риска, неукомплектованность кадрами, особенно в отдаленных населенных пунктах.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

Дополнительное финансирование за счет внедрения обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС) позволило значительно повысить доступность специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, расширить перечень предоставляемых услуг.

За период 2019 – 2024 годов количество консультативно-диагностических услуг увеличилось почти в 7 раз, в том числе: позитронно-эмиссионная томография – на 136 %, компьютерная томография / магнитно-резонансная томография – на 600 %, стоматологические услуги – на 184 %, высокотехнологичные медицинские услуги – на 188 %.

Реализуется Комплексный план по борьбе с онкологическими заболеваниями в Республике Казахстан на 2023 – 2027 годы.

Пятилетняя выживаемость в 2024 году составила 57,1 %. Охват впервые выявленных пациентов с онкологическими заболеваниями лучевой терапией составил 41 % (12 тысяч пациентов), включая томотерапию, стереотаксис, интенсивно-модулированную радиотерапию, образно-направленную радиотерапию.

В 2024 году помощь получили 49075 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и 55327 с инфарктом (в 2023 – 45919 и 53832, соответственно). Для снижения смертности от БСК функционируют 83 инсультных центра и 48 центров чрескожных коронарных вмешательств.

Реализуется Дорожная карта по реализации мер совершенствования наркологической и токсикологической помощи населению Республики Казахстан на 2024 – 2026 годы. Расширяется амбулаторная помощь, увеличивается число ЦПЗ и открываются отделения медико-социальной реабилитации для лиц с ППР при употреблении ПАВ.

В 2024 году в листе ожидания находились 4117 человек (в 2020 году – 3408). Функционируют 7 центров трансплантаций, 40 донорских организаций и 5 лабораторий типирования. За 5 лет проведено 1005 операций, из них 92,1 % – от прижизненных доноров, 7,9 % – от кадавра. Приверженность к посмертному донорству остается низкой.

В целом рост финансирования повысил доступность специализированной помощи, но остаются пробелы в своевременном охвате необходимыми услугами, включая географические барьеры, при этом оценка необеспеченных потребностей проводится не системно.

Слабая интеграция между уровнями медицинской помощи ограничивает преемственность и влияет на эффективность использования ресурсов, особенно в контексте хронических заболеваний и социально уязвимых групп населения. Специализированная помощь ориентирована на лечение уже возникших заболеваний и осложнений.

Планирование семьи

Увеличился показатель неудовлетворенной потребности в планировании семьи с 10 % (2015 год) до 18 % (2024 год).

С 2020 по 2024 годы анемия у женщин 15-49 лет снизилась с 27,0 до 23,7 (на 13,9 %). Среди экстрагенитальных заболеваний (далее – ЭГЗ) преобладают: анемия – 32 %, гипертензия – 29,2 %, вирусные инфекции – 21,6 %, мочеполовая инфекция – 16,03 %, сахарный диабет – 7,23 %.

Показатель распространенности современных контрацептивных средств снизился с 53,6 % в 2015 году до 43,7 % по итогам 2024 года. Не доступны инъекционные контрацептивы и импланты.

Утверждена специальная программа по охвату контрацепцией и прегравидарной подготовкой – "Аналар саулығы".

Охват прегравидарной подготовкой составляет 40 %.

С 2025 года женщины фертильного возраста, планирующие беременность, проходят 12 базовых обследований в рамках ОСМС.

Снижение охвата современными методами контрацепции, рост неудовлетворенной потребности и низкий охват прегравидарной подготовкой указывают на недостаточную результативность действующих мер. Последствия выражаются в дополнительном бремени на здравоохранение за счет незапланированных беременностей, повышения рисков материнской заболеваемости и смертности.

Охрана материнского здоровья

В 2020 и 2021 годах материнская смертность выросла до 36,5 и 44,7 на 100 тысяч живорождений, 56,4 % случаев были связаны с COVID-19 и пневмониями.

В 2024 году показатель снизился до 10,1, в том числе доля смертности от управляемых причин с 44 % до 35 %. В структуре материнской смертности 65 % составляют ЭГЗ, 35 % – осложнения беременности и родов. Охват дородовым наблюдением составил 99,2 %. Ежегодно под наблюдением находятся в среднем 600 тысяч беременных, из них 40 % – с высоким риском.

В 2024 году обеспеченность акушерами-гинекологами, неонатологами и анестезиологами-реаниматологами в организациях родовспоможения составила 92 %. Оснащенность родовспомогательных организаций – 87 %.

По состоянию на конец 2024 года в 20 регионах открыты 23 центра охраны плода, 300 специалистов УЗИ получили международный сертификат "FMF" (Фонд медицины плода).

В 13 регионах открыто 15 клиник одного дня, закуплено 27 УЗИ и 10 биохимических анализаторов.

50 тысяч беременных получили 250 тысяч диагностических услуг, выявляемость врожденных пороков развития (далее – ВПР) выросла на 10 %, прервано более 1000 беременностей, младенческая смертность от ВПР снижена на 15 %, инвалидность – на 3 %.

В 2024 году внедрена фетальная медицина, проведено 37 малоинвазивных операций плоду.

Преобладание ЭГЗ в структуре материнской смертности (65 %) указывает на пробелы в оказании дородовой профилактики и недостаточную интеграцию услуг по управлению здоровьем женщин до наступления беременности в ПМСП.

Неравномерная доступность и вариативность качества услуг родовспоможения обусловлена неполной обеспеченностью медицинским оборудованием (87 %),

изношенностью материально-технической базы отдельных организаций, а также дефицитом профильных специалистов – акушеров-гинекологов, неонатологов и анестезиологов-реаниматологов.

Неонатальная помощь

Показатель неонатальной смертности снизился с 4,8 на 1000 живорожденных в 2020 году до 3,4 в 2024 году. Благодаря росту коечного фонда неонатальной хирургии на 20 % ежегодно 1500 новорожденных с ВПР получают операции, 40 % – эндовидеохирургические. Показатель выживаемости вырос с 88 % до 93 %. Открыты 17 центров раннего вмешательства для детей с врожденными пороками. Внедряются молекулярно-генетическая диагностика, органосохраняющие операции.

Для раннего выявления наследственных и врожденных нарушений проводится 5 видов скринингов: пренатальный, неонатальный (в первые дни жизни на гипотиреоз и фенилкетонурию), офтальмологический, ретинопатия у недоношенных, аудиологический и скрининг психофизического развития у новорожденных и детей раннего возраста.

В целом реализованные меры обеспечили снижение неонатальной смертности на 20 % и достижение лучших показателей в регионе.

Детское здоровье

Младенческая смертность снизилась с 7,77 (2020 год) до 6,80 на 1000 живорожденных (2024 год).

Детская смертность снизилась незначительно: с 9,41 (2020 год) до 9,30 на 1000 живорожденных (2024 год).

Реализована регионализация перинатальной помощи. На 20 % увеличен коечный фонд неонатальной хирургии на базе перинатальных центров, усилена материально-техническая база и внедрены эффективные перинатальные технологии, в том числе с применением эндовидеохирургии, что позволило повысить выживаемость младенцев после операции и снизить смертность на 15 %.

По данным опроса качества жизни населения в 2024 году: 0,6 % семей отметили случаи отсутствия возможности оплаты необходимого лечения или лекарственных средств для ребенка, 0,2 % сталкивались с недоступностью по месту жительства лечения или лекарственных средств, в которых нуждался ребенок.

По состоянию на начало 2025 года общая выживаемость при детских злокачественных новообразованиях превысила 75 % благодаря таргетной терапии, интраартериальной химиотерапии и 3D-протезированию. Проведено 26 радиохирургических операций с применением технологии "Гамма-нож".

За 10 лет выполнено более 500 трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток, включая неродственные от зарубежных доноров.

Положительная динамика по данному направлению выражается в снижении младенческой и детской смертности, расширении доступа к высокотехнологичной и

дорогостоящей терапии. На эффективность перинатальной и детской службы влияют наблюдаемая в стране недостаточная обеспеченность врачами (в 2024 году акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиолог-реаниматологов – 92 %) в организациях родовспоможения, дефицит педиатров и детских профильных специалистов как на первичном звене, так и в многопрофильных детских стационарах. Сохраняются низкий уровень материально-технического состояния родовспомогательных учреждений и детства, несоответствие их современным требованиям, недостаточная оснащенность медицинским оборудованием, некомплектованность кадрами.

Школьная медицина

По состоянию на начало 2025 года в стране функционирует более 7 тысяч школ, которые закреплены за поликлиниками и укомплектованы медицинскими работниками на 95 %.

Внедрен электронный паспорт здоровья ребенка, упростивший маршрут перед поступлением в организации дошкольного и среднего образования.

В 2024 году 90 % школьников прошли профилактические осмотры, из них у 377 тысяч детей выявлены заболевания, из них 40 % взяты на динамическое наблюдение. Наиболее часто выявляются патологии органов пищеварения, зрения, дыхания, а также стоматологические заболевания.

В школах открыты 146 стоматологических кабинетов.

В 17,2 % сельских школ нет доступа к интернету в медпунктах. Отмечается низкая обеспеченность школ автоматическими дефибрилляторами.

С 2023 года действует стандарт оказания медицинской помощи в организациях среднего образования: определены норматив 1 ставка школьной медицинской сестры на 700 учащихся; норматив материально-технического оснащения и график работы медицинского пункта. Предусмотрена новая должность врача, координирующая школьную медицину, в каждой поликлинике из расчета 1 врач на 2000 школьного населения.

Таким образом, сформирована системная основа для развития школьной медицины с интеграцией с ПМСП, цифровыми решениями и профилактической направленностью. Однако остаются недостаточными организация динамического наблюдения и оздоровления детей школьного возраста, внедрение цифровых систем ведения медицинской документации и ограниченность возможности дистанционного консультирования.

Медицинская реабилитация

Медицинскую реабилитацию оказывают 838 организаций (482 государственных, 316 частных, 40 ведомственных), всего 12434 койки. Реабилитация проводится по 7 профилям: кардиология, кардиохирургия, неврология, нейрохирургия, травматология, ортопедия и с 2024 года — онкология.

В 2024 году впервые признаны инвалидами по причине травм 3498 человек, в том числе по причине дорожно-транспортных происшествий (далее – ДТП) – 354 человек (38 детей) и по причине производственных травм – 221 человек. При снижении числа признанных инвалидами от всех травм количество ставших инвалидами от ДТП выросло на 14,6 % (354 человека).

С 2022 года функционирует научно-исследовательский институт курортологии и медицинской реабилитации, который является научным координирующим центром.

Медицинская реабилитация за последние 5 лет демонстрирует динамичное развитие, однако остается фрагментированной: отсутствие системного подхода и пробелы в доступности услуг нарушают преемственность и устойчивость реабилитационного результата.

Вирус иммунодефицита человека (далее – ВИЧ)

Распространенность ВИЧ находится в концентрированной стадии. По итогам 2024 года всего оценочное количество людей, живущих с ВИЧ (далее – ЛЖВ), составило 42000, знает свой ВИЧ положительный статус 83 % ЛЖВ (84 % на первое полугодие 2025). В лечении ВИЧ охват антивирусной терапией (далее – АРТ) составил 90 % (91 % в первом полугодии 2025 года). Внедрен принцип "Тестируй и лечи", лечение начинается сразу после постановки диагноза, независимо от иммунного статуса. 92 % пациентов на АРТ достигли вирусологической супрессии.

Уровень передачи ВИЧ от матери ребенку составляет менее 2 %.

Реализуется программа доконтактной профилактики ВИЧ (11781 пользователей на конец 2024 года). Постконтактная профилактика доступна при обращении в течение 72 часов.

Действует обязательное тестирование пациентов с симптомами инфекции, передающейся половым путем (далее – ИППП), на ВИЧ. Доступ к лечению ИППП обеспечивают 32 дружественных кабинета.

В целом ВИЧ-инфекция в Казахстане распространена преимущественно среди отдельных групп населения. Стигматизация как в отношении ЛЖВ, так и МСМ может быть существенным препятствием для обращения за медицинской помощью, раскрытия статуса и приверженности лечению.

Туберкулез

За последние 5 лет заболеваемость туберкулезом снизилась на 30 % и достигла 33,5 на 100 тысяч населения в 2024 году, смертность составила 1 случая на 100 тысяч населения (снижение на 58 %).

Внедрены современные методы диагностики туберкулеза, включая ускоренные тесты для выявления туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью. Применяются эффективные схемы лечения, включая новые препараты и короткие режимы. Эффективность лечения достигла 80 %.

В целом наблюдается положительная динамика по борьбе с туберкулезом, в том числе за счет доступности современных методов диагностики и эффективного лечения.

Паллиативная помощь

Паллиативную помощь оказывают 9 хосписов, большинство – в ветхих зданиях без ремонта и оснащения. В регионах без самостоятельных учреждений паллиативная помощь оказывается в отделениях при онкодиспансерах и многопрофильных больницах. В 2024 году паллиативную помощь на дому оказывало 197 мобильных бригад. При потребности в 13979 пациентов в 2024 году охвачено 5937 человек (42,5 % от пациентов с онкозаболеваниями 4-й группы).

По оценке ежегодно в паллиативной помощи нуждаются 83,5-128,0 тысяч человек, включая более 2,5 тысяч детей. В структуре потребности у взрослых преобладают онкозаболевания (40 %), болезни сердца (27 %), дыхательной системы (12 %), травмы (11 %), туберкулез, ВИЧ, деменция и диабет. У детей преобладают врожденные пороки и генетические заболевания (42 %), сердечная патология (23 %) и онкологические заболевания (7 %).

На фоне старения населения и роста онкологических заболеваний сохраняется потребность в охвате паллиативной помощью: лишь 42,5 % нуждающихся получают помощь на дому, а инфраструктура хосписов требует модернизации.

Медицинская помощь в уголовно-исполнительной системе

В 2023 году медицинское обеспечение лиц в 79 учреждениях уголовно-исполнительной системы передано в сферу здравоохранения. Помощь оказывают 45 врачебных амбулаторий, 32 медицинских пункта, отделение фтизиопульмонологии на 240 коек (Карагандинская область), отделение психического здоровья на 45 коек и дом ребенка на 50 коек (Алматинская область).

Обеспечены медицинские осмотры при прибытии/убытии, скрининги, наблюдение, лекарства. Внедрены телеконсультации, телемедицина. Сохраняются проблемы стационарной помощи.

Обеспечение безопасности и качества медицинской помощи

Обеспечение безопасности и качества медицинской помощи осуществляется внутренней экспертизой, государственным контролем, экспертизой Фонда социального медицинского страхования (далее – ФСМС), независимой экспертизой, лицензированием и аккредитацией.

В 2024 году выросло количество обращений населения на качество медицинской помощи на 31 % (2023 год – 104175, 2024 год – 136571), в том числе ежегодно регистрируется порядка 7000 жалоб, из них 48 % составляют жалобы на некачественные медицинские услуги.

Опрос населения в 2024 году показал, что 41 % населения, имевшего необходимость в медицинской помощи, сталкивалось с недоступностью медицинских услуг по различным причинам.

Доля населения, удовлетворенного качеством медицинских услуг в государственных организациях здравоохранения, составила 41,9 %, доступностью услуг – 47,6 %.

В 2,3 раза выросло количество административных правонарушений по грубым нарушениям стандартов организации оказания медицинской помощи, и наметилась тенденция к росту нарушения норм лицензирования.

При этом около 500 клинических протоколов и свыше 20 стандартов требуют актуализации.

Национальной аккредитацией охвачено 45 % медицинских организаций.

Причинами недостаточной эффективности системы по управлению качеством оказания медицинской помощи являются фрагментация системы управления качеством медицинской помощи, отсутствие системного видения по повышению качества медицинской помощи.

Санитарно-эпидемиологическая служба (далее – СЭС)

За последние 20 лет Казахстан сталкивался с серьезными эпидемиями: грипп А(Н1N1) (2009 – 2010 годы), COVID-19 (2020 – 2023 годы), вспышки Крымской-Конго геморрагической лихорадки, кори и сибирской язвы. Анализ выявил 4 устойчивых тренда риска:

постоянная вероятность повторных пандемических волн: несмотря на наработанные механизмы реагирования, инфраструктура остается фрагментированной и недостаточно устойчивой – она перегружается при резком увеличении числа заболевших;

рост трансграничного завоза патогенов: увеличение пассажиропотока и грузоперевозок по коридору "Запад - Восток" ускоряет циркуляцию инфекций и усложняет контроль на санитарно-карантинных пунктах;

климатические изменения (потепление и экстремальные погодные явления) расширяют ареал циркуляции переносчиков (клещи, комары) и усиливают вероятность возникновения новых вспышек, ускоряя распространение патогенов;

недоверие к вакцинации: в 2023 – 2024 годы при охвате 95,3 % (5 млн человек, включая 1,3 млн детей) число отказов выросло в 6,5 раз (с 8383 до 51726), что привело к 57878 случаям кори и 3110 случаям коклюша.

По состоянию на начало 2025 года эффективность СЭС ограничена состоянием инфраструктуры: 40 % зданий не соответствует требованиям, 98 % – морально и технически устарело, не адаптировано для предоставления государственных услуг, включая доступность для лиц с особыми потребностями.

Оснащенность лабораторий составляет 52,8 %, уровень износа оборудования – более 80 %, что снижает качество и скорость исследований, повышает риски заражения персонала.

Особенно уязвимы противочумные станции: из 583 зданий 385 (66 %) нуждается в сносе или капремонте, средний срок эксплуатации составляет более 60 лет. Лаборатории не соответствуют требованиям физической безопасности.

Недоукомплектованность специализированным транспортом снижает оперативность выезда и полноту охвата очагов инфекции, охват мониторингом, своевременность выявления источника, факторов и путей передачи инфекции.

Реформы привели к неустойчивой кадровой политике: разрыв в зарплате специалистов СЭС с врачами государственных и частных медицинских организаций в 2-4 раза (врач – до 300 тысяч тенге, ведущий специалист СЭС – 195,5 тысяч тенге, специалист СЭС в частном секторе – 350-800 тысяч тенге), отсутствует социальный пакет, средний возраст кадров составляет 41 год.

Ежегодный дефицит профильных специалистов составляет более 700 человек или 16,7 % от общей численности, профессионального состава более 80 %.

Антимикробная резистентность (далее – АМР)

АМР и инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП), признаны глобальной угрозой: в 2021 году от них умерло 1,14 млн человек, а также способствовали еще 4,71 млн смертей. АМР входит в топ-10 глобальных рисков, распространение ускоряется.

За 3 года устойчивость бактерий *E.coli* и *Klebsiella pneumoniae* к цефалоспорином III поколения выросла на 20 %. В 67 % случаев назначения антибиотиков отсутствует обоснование, в 85 % случаев периоперационная антибиотикопрофилактика длится более суток.

В 2024 году зарегистрировано 346 случаев ИСМП в 794 стационарах (0,12 на 1000 пациентов). Распространенность ИСМП составила 3 %, в отделениях риска – 9,1 %.

Факторы среды обитания, влияющие на здоровье

В 2024 году проведено 685 427 исследований атмосферного воздуха, из них 1,6 % (11 061) выше предельно допустимой концентрации (в 2020 году – 3,7 %). Загрязненность воздуха рабочей зоны парами и газами 1-2 класса опасности выросла в 1,9 раза (с 1,0 % в 2020 до 1,9 % в 2024), пылью и аэрозолями – в 1,3 раза (с 3,8 % до 4,8 %).

Превышение предельно допустимого уровня вибрации – в 2,5 раза (с 1,1 % до 2,8 %).

Число случаев профессиональных заболеваний выросло в 2 раза (с 393 до 748), профессиональных отравлений – в 8 раз (с 6 до 51).

Качество питьевой воды улучшается: в 2024 году микробиологические отклонения – 1,75 % (в 2020 – 3,8 %), санитарно-химические – 4,3 % (в 2020 – 5,8 %).

Отмечен рост случаев групповых пищевых отравлений на объектах образования и воспитания (в 2024 году – 5 случаев, 2020 году – 3 случая), что указывает на

недостаточную эффективность государственного контроля за объектами пребывания детей (питание, образование, воспитание, оздоровление).

В 2024 году зарегистрировано 18 групповых случаев пищевого отравления (в 2020 году – 11 случаев), связанных с объектами надзора с числом пострадавших 731 (в 2020 году – 242), из них дети – 582 (в 2020 году – 123). Из общего количества отравлений 61 % приходятся на долю объектов общественного питания, 28 % на объекты образования и 11 % на объекты торговли.

В 2024 году приняты меры по усилению контроля в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения:

введены меры оперативного реагирования (приостановление деятельности, отстранение от работы);

расширены виды профессионального контроля без посещения субъекта;

внедрено расследование по экстренным случаям;

пересмотрена система оценки рисков с акцентом на недобросовестных субъектов.

Кадровые ресурсы здравоохранения

В стране функционируют 8 медицинских организациях высшего и (или) послевузовского образования (далее – ОВПО), 7 медицинских факультетов, 17 научно-исследовательских институтов и научных центров, 94 организации технического и профессионального, послесреднего образования.

Обеспеченность врачами выросла с 40,9 (2020 год) до 41,1 (2024 год) на 10 тысяч населения, СМР снизилась с 98,4 до 94,5, соответственно.

В 2024 году в сельской местности обеспеченность врачами составила 19,3 (в 2020 году – 17,3), СМР – 74,7 (в 2020 году – 70). Сохраняется дисбаланс между городом и селом.

В 2024 году дефицит врачей в государственном секторе по незанятым должностям составил 3986 штатных единиц, что на 38 % меньше по сравнению с 2020 годом (6415 штатных единиц). В городах дефицит сократился на 42 % (с 5258,75 до 3054 штатных единиц), в сельской местности – на 19 % (с 1155,25 до 932 штатных единиц).

Дефицит среднего медицинского персонала также снизился на 44 %: с 7605,5 штатных единиц в 2020 году до 4230,75 в 2024 году.

Существующий дефицит кадров обусловлен рядом факторов: низкая зарплата в государственном секторе (врачи – 592,3 тысяч тенге, СМР – 292,8 тысяч тенге), старение персонала (средний возраст – 43 года), высокая текучесть (общая – более 8 %, в ПМСП – 21 %), перегрузка (коэффициент совместительства: врачи – 1,5, СМР – 1,1), миграция (более 420 медработников ежегодно), трудности закрепления (более 50 % освобождается от отработки, 20 % переходит в частный сектор), отказ от сельской отработки (около 10 % выпускников в год).

В апреле 2024 года принят Закон Республики Казахстан "О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам

здравоохранения", предусматривающий повышение статуса медицинского работника, расширение социального пакета и страхование профессиональной ответственности. Введены выплаты для остродефицитных специалистов в сельской местности – свыше 8,5 млн тенге (в размере 100 минимальных заработных плат).

В 2023 году возобновлена подготовка врачей гигиенистов-эпидемиологов по программе "Медико-профилактическое дело". В 2024 году состоялся первый после длительного перерыва выпуск врачей-педиатров.

Реализован переход к компетентностному подходу в обучении в резидентуре, ориентированному на практические требования здравоохранения.

2 ОВПО имеют университетские больницы и клиники для практической подготовки студентов.

С 2019 по 2022 годы увеличено количество грантов на бакалавриат, в магистратуру, докторантуру и резидентуру. Размер стипендии на 62 % выше, чем по другим направлениям. До 70 баллов повышен порог единого национального тестирования на поступление в медицинские и фармацевтические ОВПО. Минимальный балл по государственному заказу – не менее 100.

Сохраняются дефицит преподавательского состава, недостаточность инфраструктуры и условий ("образовательная среда") для клинической подготовки медицинских кадров, включая дефицит клинических баз и (или) недостаточный доступ преподавателей и обучающихся к клинической практике, острая нехватка специалистов на стыке медицины, ИТ и биотехнологий, необходимых для цифровизации, научно-исследовательских, опытно-конструкторских работ (далее – НИОКР) и фармацевтической индустрии, а также рост случаев физической и психологической агрессии со стороны пациентов и их окружения в отношении медицинских работников, что подрывает безопасность, мотивацию и устойчивость системы здравоохранения.

Новая модель сестринской службы

Усилилась роль медицинской сестры, как равноправного партнера врача: она планирует сестринский процесс и принимает решения в рамках компетенции. Планируется расширение функций медицинской сестры за счет передачи части врачебных функций.

Разработаны новая система подготовки и модель управления сестринской службой. Внедрена многоуровневая подготовка от младшей медицинской сестры до PhD. Реализованы интегрированные программы прикладного и академического бакалавриата, магистратуры (в т.ч. двухдипломной казахско-финской) и PhD, ускоренные программы для работающих специалистов.

Внедрены программы сертификационных курсов, повышения квалификации и неформального образования (с учетом новых профессиональных стандартов и

отраслевой рамки квалификаций). Всего разработано 90 программ повышения квалификации.

В 2022 году утвержден государственный общеобязательный стандарт образования по кредитно-модульной технологии обучения. Внедрены должности "медицинская сестра расширенной практики" и "заместитель директора по сестринскому делу", а также термины "сестринский диагноз", "сестринское вмешательство", "результат сестринского ухода" и "сестринская документация" на законодательном уровне. Обновлена организационная структура, внесены изменения в штатное расписание, разработаны клинические руководства, стандарты операционных процедур и формы документации. В 2024 году выпуск прикладных бакалавров по специальности "Сестринское дело" составил 13705 человек.

Основными проблемами службы сестринского дела являются хронический дефицит медицинских сестер (несмотря на большие объемы подготовки сестринских кадров), низкая удовлетворенность работодателей качеством подготовки кадров, отсутствие системы контроля за внедрением и развитием института наставничества, недостаточное финансирование обучения, недостаточная практическая подготовка выпускников медицинских колледжей, отсутствие собственных клинических баз, низкий уровень автономной сестринской практики (несмотря на большой объем подготовки прикладных и академических бакалавров, медицинские сестры действуют преимущественно как ассистенты), недостаточная эффективность системы непрерывного профессионального развития и научной активности медицинских сестер, слабая роль медицинских сестер в межпрофессиональных командах.

Медицинская и фармацевтическая наука

Инфраструктура научной деятельности в системе здравоохранения представлена 8 медицинскими ОВПО, 21 научной организацией и 3 лабораториями коллективного пользования.

С 2021 года Национальный научный центр развития здравоохранения имени С. Каирбековой (далее – ННЦРЗ) выполняет функции отраслевого центра технологических компетенций "Здравоохранение 4.0", направленные на внедрение и локализацию передовых медицинских технологий. В 2022 году на базе ННЦРЗ создан центр развития клинических исследований для поддержки международных и локальных клинических исследований и развития методологии поиска доказательств.

На базе Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова действует научно-технологический парк для поддержки и продвижения результатов исследований.

Кадровый потенциал научной деятельности в области здравоохранения составляет 12080 штатных единиц научных работников, профессорско-преподавательского

состава, клинического персонала научных организаций и университетских клиник. На долю кадров с ученой степенью приходится 25 %, в том числе в медицинских ОВПО – 48,3 %, в научных организациях – 20 %.

Финансирование медицинской науки в 2024 году составило более 14,4 млрд тенге, в том числе из средств республиканского бюджета – 11 млрд тенге, от зарубежных грантодателей – 575,5 млн тенге.

В 2024 году реализовано 49 программно-целевых, 173 грантовых, 88 проектов от местных организаций и 36 от зарубежных грантодателей. При этом расходы на научные исследования в области здравоохранения в общем объеме внутреннего валового продукта (далее – ВВП) в 2024 году составили 0,008 % (США государственные расходы – 0,2 % ВВП, частный сектор – до 0,3 %; в странах Европы – 0,05 % и 0,1 %, соответственно).

Доля доходов от научной и инновационной деятельности в общем бюджете организаций медицинского образования и науки составила 11,89 % в 2024 году.

В 2024 году количество клинических исследований составило 0,3 на 1 млн населения (США – 10,9, Франция – 8,3, Китай – 1,8, Россия – 0,34).

Публикации казахстанских ученых в международных рецензируемых изданиях в Scopus по медицине выросли с 616 (85-е место в мире) в 2020 году до 1189 (75-е место) в 2024 году, а количество их цитирований с 616 (84-е место) в 2020 году до 1189 (72-е место).

В 2024 году начата разработка национальной информационной системы по биомедицинским исследованиям для формирования научной информационной площадки.

Ведется работа по сертификации и ресертификации 17 этических комиссий.

Основными проблемами, сдерживающими развитие медицинской и фармацевтической науки, являются низкий уровень финансирования исследований, недостаточная инфраструктура для проведения высококачественных научных исследований, низкий уровень публикационной активности и востребованности публикаций, низкий уровень и (или) отсутствие исследований по отдельным научным направлениям (стоматология, сестринское дело и другое), непривлекательность страны для спонсоров международных клинических исследований, в том числе отсутствие налоговых и административных стимулов, низкая вовлеченность профессорско-преподавательского состава медицинских ОВПО и персонала научных организаций в исследовательские проекты, "утечка мозгов", недостаточное восполнение сферы медицинской науки молодыми специалистами, отсутствие устойчивых кадровых траекторий в науке, слабая международная вовлеченность в научных проектах, низкий уровень патентования результатов исследований и системы трансферта технологий, низкая коммерциализация результатов научных исследований, отсутствие системной поддержки трансляционных исследований, включая

инфраструктуру и кадры, низкая культура использования научных данных при разработке клинических протоколов, стандартов и политики в здравоохранении.

Лекарственное обеспечение

Лекарственное обеспечение осуществляется преимущественно через централизованный закуп единым дистрибьютором лекарственных средств для стационарного лечения и в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения.

В 2024 году доля отечественной продукции от всех закупленных лекарственных средств (далее – ЛС) и медицинских изделий (далее – МИ) составила 30 %.

В 2024 году действовало 90 долгосрочных договоров с 34 казахстанскими производителями на 2487 наименований (509 ЛС и 1978 МИ).

84,9 % ЛС и МИ продолжают поставляться из-за рубежа – преимущественно из Германии, Китая, Бельгии, Швейцарии, Франции, Ирландии, Италии, США и Индии.

Действуют регулирование цен на все ЛС и электронный учет выдачи бесплатных препаратов.

Отпуск АЛО осуществляется через аптечные организации, в отдаленных районах – через ПМСП, 974 аптечных и 11 передвижных аптечных пунктов.

Начато внедрение автоматизированной информационной системы лекарственного обеспечения, позволяющей в реальном времени отслеживать выписку рецептов и фактическое получение препаратов, гарантированных государством.

На стационарном уровне поэтапно внедряются отделения клинической фармакологии и госпитальной фармации. В 2024 году открыто 78 отделений госпитальной фармации.

Производство фармацевтических продуктов

За 4 года прямые инвестиции в производство основных фармацевтических продуктов выросли в 1,3 раза: с 69,7 млн долларов США (2020 год) до 91,3 млн долларов США (2024 год).

Объем производства фармацевтической продукции увеличился с 141,9 млрд тенге (2020 год) до 171,6 млрд тенге (2024 год), рост составил 20,9 %.

Доля отечественного производства на рынке в 2024 году составила 15,1 % и представлена в основном генериками.

В стране зарегистрировано 6991 наименование ЛС, из них отечественные – 15,3 % (1068), зарубежные – 84,7 % (5923); зарегистрировано 13274 наименования МИ, из них отечественные – 15,4 % (2051), зарубежные – 84,6 % (11223).

Основные меры по поддержке и развитию фармацевтической промышленности: либерализация законодательства, обращение ЛС и МИ в рамках ЕАЭС, государственная поддержка, стимулирование НИОКР, привлечение инвестиций, кадровое обеспечение, маркировка, прослеживаемость и расширение мощностей отечественных производителей.

Национальный холдинг "QazBioPharm", созданный в 2021 году, объединяет 8 организаций, работающих в сфере развития и совершенствования инфраструктуры биофармацевтического рынка.

Развивается сотрудничество с зарубежными фармацевтическими компаниями, включая Big Pharma, по привлечению инвестиций, трансферу технологий, контрактному производству ЛС и МИ с акцентом на локализацию и выпуск оригинальных препаратов.

Для пресечения деятельности "лжепроизводителей" ведется работа по наполнению реестра казахстанских товаропроизводителей.

Основными проблемами лекарственного обеспечения населения являются низкий уровень автоматизации планирования и закупа, а также цифрового учета ЛС и МИ, низкая инвестиционная привлекательность казахстанской фармацевтической промышленности, недостаточная локализация производства, недостаточность лабораторий для проведения клинических и доклинических исследований, недостаточное межведомственное взаимодействие, сопряженное с развитием смежных отраслей экономики.

Цифровизация системы здравоохранения

Продолжается работа по созданию единой цифровой инфраструктуры.

Функционируют 18 государственных информационных систем Министерства здравоохранения, а также более 20 медицинских информационных систем на рынке.

Электронной системой охвачено 422 тысячи медицинских работников и более 20 млн граждан. Ежегодно системы обрабатывают данные свыше 400 млн медицинских услуг от почти 2 тысяч организаций.

В 2024 году медицинскими организациями страны оказано 3,2 млн дистанционных медицинских услуг, из них сельскому населению 1,5 млн услуг.

Посредством сервиса "Социальный кошелек" пациенты, используя QR-код, получили 7,1 млн лекарственных средств. В настоящее время этот проект масштабирован во все государственные медицинские организации.

8 видов медицинских справок переводится с бумажного носителя в электронный формат, включая медицинские книжки и больничные листы.

Сохраняются недостаточная доступность цифровых сервисов в медицинских организациях в отдаленных сельских местностях, низкий уровень интеграции информационных систем, низкая цифровая грамотность медицинского персонала, медленное развитие телемедицины и дистанционных форм оказания медицинских услуг, недостаточное применение искусственного интеллекта и предиктивной аналитики, низкая цифровая вовлеченность пациентов.

Система финансирования медицинской помощи

По итогам 2024 года доля расходов на здравоохранение составила 4,7 % ВВП. Доля "карманных расходов" – 26,8 % от текущих расходов (в 2019 году – 33,8 %). Все

население страны охвачено гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и 86,7 % (17,5 млн человек на 1 января 2025 года) системой ОСМС, не охвачено свыше 3,7 млн человек. Основным администратором медицинских услуг в рамках двух схем является Фонд социального медицинского страхования с 20 региональными филиалами.

В 2024 году объем финансирования составил: ГОБМП – 1620 млрд тенге, ОСМС – 1228 млрд тенге. За 5 лет объем финансирования вырос в номинальном выражении в 2,9 раза.

На оказание ПМСП направлено 578,5 млрд тенге. В стационарозамещающих условиях оказана специализированная медицинская помощь по 774 тысяч случаев на сумму 81,7 млрд тенге. Высокотехнологичная медицинская помощь предоставлена более чем 21,6 тысяч пациентам на сумму 90,2 млрд тенге.

Объем медицинской реабилитации составил около 9,4 млн услуг на сумму 76,5 млрд тенге. В круглосуточном стационаре пролечено более 422,6 тысяч пациентов (240 млрд тенге), в дневном стационаре - 861,9 тысяч случаев (87,5 млрд тенге).

Учет взносов ОСМС от граждан и работодателей осуществляется в системе "Е-Сақтандыру". В 2024 году в систему ОСМС поступило 1 253,2 млрд тенге: 23,1 % (289,3 млрд тенге) – взносы государства за льготников, 42,3 % (529,9 млрд тенге) – отчисления работодателей, 27,7 % (346,7 млрд тенге) – взносы работников, 6,7 % (84,0 млрд тенге) – индивидуальные предприниматели, гражданско-правовой договор и другие.

Основными проблемами системы финансирования медицинской помощи являются недофинансирование системы здравоохранения, высокий уровень частных расходов на здравоохранение, недостаточный уровень цифровизации бизнес-процессов, не полный охват системой ОСМС населения и недоступность медицинских услуг для незастрахованной части населения.

Выявлены хищения и нарушения в системе финансирования ФСМС, такие как приписки и фальсификация данных о медицинских услугах.

Раздел 3. Обзор международного опыта

Во всем мире системы здравоохранения стремятся к улучшению здоровья населения, руководствуясь рекомендациями авторитетных международных источников – ВОЗ, ОЭСР, Всемирного банка и других.

На сегодняшний день неинфекционные заболевания (далее – НИЗ) являются основной причиной смертности и инвалидизации во всем мире, создавая значительное бремя для систем здравоохранения и социально-экономического развития стран.

Глобальные стратегические документы, такие как глобальный план действий ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними (далее – глобальный план по НИЗ) и руководство по лучшим практикам в общественном здравоохранении ОЭСР

свидетельствуют о наличии международного консенсуса относительно основных групп НИЗ (сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет и хронические респираторные заболевания) и ключевых факторов риска (употребление табака, чрезмерное употребление алкоголя, недостаточная физическая активность и нерациональное питание).

Опыт передовых стран демонстрирует, что успешная борьба с НИЗ требует мультисекторального подхода, активного вовлечения населения и внедрения инновационных методов профилактики, диагностики и лечения. Международная практика осуществляет переход от фрагментарного информирования к комплексным программам, направленным на формирование культуры здоровья как неотъемлемой части повседневной жизни и общественной среды. В Великобритании инициатива "Change4Life" и ее кампании "Be Food Smart" направлена на продвижение здорового образа жизни среди детей и их семей. Эта инициатива направлена на снижение потребления сахара, повышение осведомленности о составе продуктов питания, формирование устойчивых пищевых привычек и поддержку физической активности. Программа Финляндии "Neuvokas perhe" (мудрая семья) включает вопросы образа жизни, поддержки родителей и детей в формировании здоровых привычек в сфере питания, физической активности, сна, отдыха, эмоционального благополучия и взаимодействия в семье. Сингапур внедрил обязательную маркировку пищевой ценности "Nutri-Grade" для напитков, запрет на трансжиры, ограничения на рекламу сахаросодержащих напитков для детей и "Программу здорового питания в школах". Стратегия Гонконга "На пути к 2025 году" включает повышение грамотности в вопросах здоровья, расширение возможностей делать здоровый выбор и создание благоприятной для здоровья среды. Инициативы включают авторитетную и удобную для восприятия информацию, практические советы, материалы, онлайн ресурсы и инструменты.

Наблюдается расширение практики интеграции профилактики НИЗ в программы сексуального и репродуктивного здоровья (далее – СРЗ), ВИЧ/СПИДа и охраны материнства и детства, особенно для молодежи. В Индии программа "Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram" для подростков включает скрининги и информацию по питанию и психическому здоровью наряду с услугами СРЗ. Молдавские МЦЗ предоставляют услуги СРЗ вместе с консультациями по вопросам злоупотребления психоактивными веществами, питания и психического здоровья. Глобальные и национальные стратегии охраны здоровья женщин (Канада, Австралия, Великобритания, Новая Зеландия, страны Северной Европы, Нидерланды) учитывают взаимосвязь репродуктивного здоровья, НИЗ и просвещения по вопросам образа жизни. Современная практика демонстрирует отход от узкоспециализированных программ к холистическому подходу. Это позволяет эффективно охватить целевые группы населения (например, подростки, женщины) в рамках существующих маршрутов оказания услуг.

В целом концепция формирования культуры здоровья эволюционировала от простого информирования к комплексному формированию культуры здоровья и расширению здоровых возможностей человека через предоставление практических навыков и инструментов, а также через системные изменения, делающие саму систему здравоохранения понятной и доступной.

Современные перинатальные технологии, применяемые в международной практике, охватывают широкий спектр инноваций, направленных на улучшение исходов для матери и ребенка. К ним относятся продвинутое методы фетального мониторинга (например, кардиотокография с компьютерным анализом, доплерометрия), неинвазивная пренатальная диагностика хромосомных аномалий плода, современные методы обезболивания в родах, технологии для выхаживания глубоко недоношенных новорожденных (включая современные инкубаторы с сервоконтролем, щадящие режимы искусственной вентиляции легких, раннее применение сурфактантной терапии), а также использование симуляционных технологий для обучения медицинского персонала действиям в экстренных акушерских ситуациях. Соответственно, улучшение инфраструктуры родовспомогательных организаций предполагает не только строительство и ремонт зданий, но и их оснащение современным диагностическим и лечебным оборудованием, создание комфортных и безопасных условий пребывания для матери и ребенка (например, индивидуальные родильные залы, палаты совместного пребывания), а также внедрение строгих систем инфекционного контроля и управления качеством медицинской помощи.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия является основой общественного здоровья, особенно в контексте предотвращения вспышек инфекционных заболеваний и реагирования на них. Цифровизация коренным образом трансформирует эпидемиологический надзор, позволяя осуществлять сбор данных в режиме реального времени, проводить более точный анализ и обеспечивать быстрое реагирование на угрозы. Ключевую роль в этом процессе играют глобальные инициативы, задающие единые подходы. Рамочная программа ВОЗ "Интегрированный эпиднадзор за болезнями и ответные меры" (далее – IDSR) определяет стратегию и цели эпиднадзора, а руководящие принципы ВОЗ SMART Guidelines предоставляют технический стандарт для ее корректной цифровой реализации. В свою очередь инициатива центра по контролю и профилактике заболеваний Соединенных Штатов Америки по модернизации данных служит примером практической реализации этих принципов на национальном уровне, с акцентом на стандартизацию, интероперабельность и поток данных в реальном времени. Также примером является Сьерра-Леоне, где в рамках IDSR была развернута электронная система эпиднадзора за случаями заболеваний.

Развитие фармацевтического производства и доступность лекарств – ключевые задачи устойчивой системы здравоохранения. Опыт Индии и Бразилии демонстрирует

различные, но эффективные подходы к стимулированию местного фармацевтического производства. В Индии разрешены 100 % прямые иностранные инвестиции (далее – ПИИ) по автоматическому маршруту для новых ("greenfield") фармацевтических проектов и до 74 % ПИИ автоматически для существующих ("brownfield") проектов. Бразилия использует модель, основанную на партнерстве для продуктивного развития. Ключевым инструментом выступает государство, как крупнейший закупщик, гарантируя частным (в том числе международным) компаниям долгосрочные контракты на поставку стратегически важных лекарств для национальной системы здравоохранения. Главные условия – передача технологии производства местным государственным лабораториям, т.е. стимулирование локализации и трансферта технологий.

Сотрудничество с глобальными фармацевтическими корпорациями может принимать различные формы, которые включают лицензионные соглашения на производство препаратов, создание совместных предприятий, контрактное производство продукции для глобальных компаний на местных мощностях, участие отечественных исследовательских центров и клиник в международных клинических исследованиях, а также трансферта технологий и обучение персонала. Общие подходы в международной практике включают долгосрочную приверженность национальной стратегии четким целям и механизмам поддержки, предоставление финансовых и нефинансовых стимулов для локализации производства, трансферта технологий и проведения научно-исследовательских работ.

Успех систем финансирования здравоохранения в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения определяется не преобладающим источником финансирования, а наличием сильных и эффективных механизмов управления финансовыми потоками, стратегических подходов к закупке услуг и четко определенных пакетов медицинской помощи. Соответственно, усилия должны быть направлены на адаптацию наиболее эффективных элементов различных систем с акцентом на усиление роли и социальной ответственности Фонда социального медицинского страхования, как стратегического закупщика, и обеспечение эффективного управления средствами.

Международный опыт свидетельствует, что достижение высокого качества медицинской помощи требует комплексных усилий по подготовке и непрерывному развитию медицинских кадров, повышению их статуса, а также активному внедрению цифровых технологий для оптимизации процессов и улучшения результатов лечения. Качество медицинской помощи является многогранным понятием, охватывающим безопасность, эффективность, своевременность, ориентированность на пациента, справедливость и результативность медицинской помощи.

Глобальная стратегия ВОЗ "Кадровые ресурсы здравоохранения: стратегия на период до 2030 года" нацелена на улучшение доступности, приемлемость, охват и

качество кадровых ресурсов здравоохранения через адекватные инвестиции и реализацию эффективной политики. Важнейшим инструментом для этого являются национальные информационные системы по кадровым ресурсам здравоохранения, включая регистры медицинских работников (далее – РМР) и национальные счета кадровых ресурсов здравоохранения, которые обеспечивают точный учет и создают доказательную базу для принятия управленческих решений. ВОЗ рекомендует создание РМР для укрепления систем здравоохранения.

Многие страны ОЭСР, включая Канаду, Швецию, Великобританию, Австралию и Нидерланды, внедрили многоуровневые модели кадрового управления, ориентированные на устойчивость, цифровую трансформацию и межпрофессиональное взаимодействие. Использование цифровых инструментов и предиктивной аналитики (например, Workforce Projection Models в Канаде и Health Workforce Estimator ВОЗ) позволяет своевременно прогнозировать дефицит специалистов и адаптировать образовательные квоты.

В международной практике наблюдается значительный сдвиг от традиционных, дисциплинарно-ориентированных учебных программ в медицине к интегрированным моделям и компетентностно-ориентированному медицинскому образованию. Целями являются улучшение сохранения знаний, развитие клинических навыков и способности применять знания в реальных условиях. Для структурирования реформ используются различные концептуальные рамки, такие как "Интеграционная лестница" Хардена, модели интеграции Фогарти, рамки компетенций CanMEDS и глобальные стандарты непрерывного профессионального развития (далее – НПР) WONCA/WFME. В Канаде университет МакМастера стал пионером проблемно-ориентированного обучения и интегрированных программ. Королевский колледж врачей и хирургов Канады ввел диплом "Клиницист-педагог". В Нидерландах Лейденская медицинская школа интегрирует научную подготовку и практические занятия с "реальными пациентами". Австралия также активно переходит к компетентностным моделям. Для решения проблем дефицита и дисбаланса кадров, особенно в сельских и отдаленных районах, страны применяют разнообразные финансовые (повышенные оклады, надбавки, жилье, компенсация кредитов, стипендии с отработкой) и нефинансовые (карьерный рост, НПР, улучшение условий труда, признание) стимулирующие меры.

В Великобритании (через Health Education England), Австралии и Ирландии внедрены национальные платформы непрерывного образования, доступные в цифровом формате и привязанные к индивидуальным траекториям развития. В целях обеспечения безопасности медицинских работников многие страны внедряют системные подходы к предотвращению насилия в сфере здравоохранения. В США, Канаде, Австралии, Великобритании и странах Европейского союза существуют национальные стратегии и законы, направленные на защиту персонала от физического и психологического насилия. Например, в Великобритании действует стандарт

Национальной службы здравоохранения по предотвращению и снижению насилия (NHS Violence Prevention and Reduction Standard), предусматривающий мониторинг инцидентов, обязательное обучение персонала методам деэскалации конфликтов, а также сотрудничество с правоохранительными органами. В Канаде и Австралии реализуются мультидисциплинарные подходы к управлению рисками в больницах, включая использование тревожных кнопок, камер видеонаблюдения, охрану и юридическую поддержку сотрудников. ВОЗ в своих рекомендациях подчеркивает важность создания безопасной рабочей среды, внедрения политики нулевой терпимости к насилию, разработки стандартов реагирования и внедрения культуры поддержки пострадавших работников.

Таиланд успешно применяет как финансовые стимулы (значительно более высокий доход для сельских врачей), так и нефинансовые (возможность работать в родной провинции, предоставление жилья), а также реализует целевые программы подготовки сельских врачей с высокими показателями удержания. Австралия имеет опыт программ "возврата за службу" (стипендии с обязательством отработки) и специальных "сельских путей обучения" для врачей. Канада применяла политики возврата за службу для врачей-иммигрантов и программы повышения квалификации для сельских врачей. Руанда и Индонезия продемонстрировали эффективность нефинансовых стимулов, таких как улучшение условий труда и карьерный рост. В Японии предоставляют полное финансирование обучения в обмен на длительную службу в родной префектуре, включая сельскую местность, с высокими показателями удержания выпускников. В США действуют программы погашения образовательных кредитов для медицинских работников, работающих в недостаточно обслуживаемых районах.

Анализ международного опыта показывает, что устойчивое улучшение кадрового обеспечения сельской местности достигается за счет комплексных "пакетов" мер, одновременно воздействующих на множество мотивирующих факторов. Изолированные меры, будь то только финансовые стимулы или только обязательная отработка, имеют ограниченный долгосрочный успех.

Ведущие страны рассматривают развитие медицинской и фармацевтической науки как ключевой инструмент устойчивого и инновационного здравоохранения. Через укрепление трансляционных исследований, создание академических медицинских центров, поддержку международной коллаборации и цифровых научных платформ (EOSC, NIH Commons, NFDI) формируются целостные экосистемы научных исследований и разработки, где научные данные, клиническая практика и цифровые технологии работают на благо здоровья населения. Примеры Сингапура, США, Германии, Великобритании показывают, что инвестиции в науку возвращаются через качество медицинской помощи, развитие кадров и повышение международной конкурентоспособности. Международные практики акцентируют внимание на использовании доказательной базы при формировании кадровых решений (

evidence-informed HRH policy), включая регулярные обзоры, сценарные прогнозы и участие профессиональных ассоциаций.

Академические медицинские центры во всем мире рассматриваются как ключевые узлы биомедицинских исследований и трансляции научных открытий в клиническую практику. Государственная политика и целевое финансирование играют критическую роль в этом процессе, как показывает опыт США (закон Бэя-Доула, стимулирующий патентование), Германии (национальная стратегия в области геномной и клеточной терапии с конкретным финансированием инфраструктуры и исследований, национальная инфраструктура исследовательских данных) и Сингапура (стратегические государственные инвестиции в биомедицинские науки через национальный медицинский исследовательский совет). В Великобритании академические сети здравоохранения связывают организации национальной службы здравоохранения, научные круги и промышленность для распространения инноваций. В Южной Корее Министерство здравоохранения и социального обеспечения поддерживает трансляционные исследования.

Опыт передовых стран показывает, что превращение университетов в инновационные центры требует создания целой экосистемы. Это включает не только прямое финансирование исследований, но и развитие инфраструктуры для трансляции научных разработок в практику, формирование поддерживающей государственной политики (например, в области интеллектуальной собственности и лицензирования) и создание эффективных механизмов сотрудничества с промышленностью. Для Республики Казахстан, планирующей развивать медицинскую науку и повышать инновационный потенциал медицинских ОВПО, важно создать целостную систему, поддерживающую весь инновационный цикл – от фундаментальных исследований до внедрения разработок в клиническую практику и их последующей коммерциализации.

Успешные национальные системы электронного здравоохранения, такие как в Эстонии (децентрализованный уровень обмена данными X-Road, национальная ЭМК, безопасность данных с использованием блокчейн), Финляндии (службы Kanta, портал для граждан MyKanta, открытые API) и Сингапуре (национальная электронная медицинская карта (NEHR) как центральное хранилище по принципу "Один пациент – одна медкарта"), основаны на надежной, безопасной и интероперабельной базовой инфраструктуре, управляемой четкими национальными стратегиями и стандартами. Швеция и Канада также развивают национальные подходы к обмену медицинскими данными и обеспечению интероперабельности.

Искусственный интеллект (далее – ИИ) все активнее исследуется в ПМСП для поддержки диагностики, рекомендаций по лечению и повышения административной эффективности. ВОП Дании определили условия для внедрения ИИ, начиная с простых задач и обеспечивая контроль со стороны врача. ОЭСР подчеркивает потенциал ИИ в профилактике и лечении, предлагая этические принципы его использования.

Основными проблемами являются качество и репрезентативность данных для обучения ИИ, риск усиления неравенства из-за смещений в данных, а также этические вопросы прозрачности и подотчетности.

Опыт передовых стран в области электронного здравоохранения показывает, что техническая интероперабельность систем должна сочетаться с сильным государственным управлением, четкими правовыми рамками (особенно в части защиты данных) и целенаправленными мерами по формированию доверия у пользователей – как граждан, так и медицинских работников. Для Республики Казахстан при создании национальных электронных паспортов здоровья и интеграции информационных систем ключевыми факторами успеха станут обеспечение бесшовного и безопасного обмена данными, гарантированная защита конфиденциальности персональной медицинской информации, активная работа по вовлечению и информированию населения и медицинского сообщества.

Касательно внедрения ИИ в ПМСП: международный опыт подсказывает осторожный, эволюционный подход. Начинать следует с пилотных проектов, ориентированных на решение конкретных, четко определенных задач, где польза очевидна, а риски минимальны (например, системы поддержки принятия врачебных решений по стандартным протоколам, анализ больших данных для выявления групп риска).

Успешная модернизация инфраструктуры здравоохранения требует надежных систем управления и финансирования. Принципы ОЭСР по эффективным государственным инвестициям подчеркивают необходимость увязки инвестиций со стратегией развития, мобилизации местных знаний, обеспечения координации и оценки альтернатив. Шесть критериев оценки ОЭСР (актуальность, согласованность, результативность, эффективность, воздействие, устойчивость) предоставляют комплексную основу для отбора и оценки проектов. Рекомендации Всемирного банка включают стратегическое планирование, вовлечение заинтересованных сторон и поэтапные инвестиции. Практические примеры управления проектами из Великобритании, Канады, Сингапура и стран Северной Европы иллюстрируют решение проблем соблюдения сроков, управления затратами и контроля качества.

Инвестиции Республики Казахстан в строительство и модернизацию медицинских объектов должны сопровождаться соразмерными инвестициями в укрепление институтов и кадрового потенциала, ответственных за планирование, закупки, управление и оценку этих проектов.

Государственно-частное партнерство (далее – ГЧП) рассматривается как потенциальный механизм финансирования и реализации проектов в области медицинской инфраструктуры. Ключевыми факторами успеха ГЧП в здравоохранении являются наличие надежных партнеров, согласованность ценностей, четкое распределение рисков, прочная нормативно-правовая база, сильный потенциал

государственных органов для ведения переговоров и управления контрактами, а также прозрачный мониторинг и оценка. Международные примеры ГЧП включают опыт ГЧП в больничном секторе, испанскую модель Альсира, индийские и австралийские модели ГЧП в инфраструктуре и услугах.

Концепция устойчивости системы здравоохранения, активно продвигаемая ОЭСР и ВОЗ, определяется как способность системы проактивно предвидеть, абсорбировать, восстанавливаться после шоков (пандемии, изменение климата, конфликты) и адаптироваться к ним, а также к повседневным стрессовым факторам (изменение потребностей населения, нехватка ресурсов).

Пандемия COVID-19 наглядно продемонстрировала недостаточную подготовленность многих систем здравоохранения, сделав укрепление их устойчивости ключевым приоритетом. Международные рекомендации включают проактивные инвестиции и обеспечение достаточного финансирования (ОЭСР оценивает необходимые инвестиции в 1,4 % ВВП), укрепление кадрового потенциала, повышение доверия к институтам здравоохранения, межсекторальное сотрудничество, интегрированный подход к укреплению систем и обучение на опыте прошлых кризисов. Фрагментация управления и недостаточная координация между государственным и частным секторами являются значительными барьерами.

Опыт Германии (проактивная стратегия, ранняя диагностика), Южной Кореи (агрессивное тестирование и отслеживание), Швейцарии (сильное государственное управление и гибкость) демонстрирует успешные подходы к реагированию на кризис COVID-19. В то же время опыт Италии (высокая смертность из-за старения населения и перегрузки системы) и США (проблемы с масштабируемостью ресурсов и координацией) указывает на существующие уязвимости. Опыт пандемии COVID-19 в Казахстане подчеркивает, что устойчивость требует не только способности реагировать на уже случившийся кризис, но и проактивных инвестиций в превентивные меры, укрепление ПМСП, кадровый потенциал и инфраструктуру общественного здравоохранения. Это также подразумевает создание адаптивных механизмов управления, способных гибко перераспределять ресурсы и координировать действия различных секторов в условиях неопределенности.

Страны-лидеры в медицинском туризме, такие как Таиланд, Малайзия, Сингапур и Индия, разработали комплексные стратегии, включающие государственную поддержку, развитие инфраструктуры, международную аккредитацию, маркетинг и упрощение визового режима. Положительные аспекты медицинского туризма включают приток инвестиций, создание рабочих мест, трансферт технологий. Однако существуют и риски: неравенство в доступе для местного населения из-за отвлечения ресурсов, "утечка мозгов", рост стоимости медицинских услуг для местных жителей, чрезмерная специализация системы и этические вопросы.

Для Республики Казахстан при рассмотрении перспектив развития медицинского туризма критически важно с самого начала закладывать в стратегию механизмы, обеспечивающие, что это развитие будет способствовать укреплению всей системы здравоохранения страны, а не только отдельных коммерчески ориентированных сегментов, и не приведет к ухудшению доступности и качества медицинской помощи для граждан Республики Казахстан.

В ряде стран с развитой системой здравоохранения управление качеством выведено на стратегический уровень и включает институциональные, правовые и клиничко-организационные компоненты. Страны с лучшими результатами в сфере здравоохранения внедрили постоянную обратную связь по клиническим исходам, цифровые инструменты оценки, финансовые стимулы за качество, сформировали национальные институты качества (например, NICE в Великобритании, IQWiG в Германии).

Анализ международного опыта по ключевым приоритетам развития здравоохранения демонстрирует широкий спектр апробированных стратегий и моделей, которые могут быть адаптированы к условиям Республики Казахстан. Успешные системы здравоохранения характеризуются комплексным подходом, сочетающим профилактическую направленность, эффективное финансирование, высокое качество медицинских услуг, обеспечиваемое квалифицированными кадрами и современными технологиями, а также равный доступ для всего населения. Ключевыми уроками являются важность стратегического планирования, основанного на данных, устойчивых инвестиций, сильного государственного управления, межсекторального взаимодействия и постоянной адаптации к меняющимся вызовам и потребностям общества.

Раздел 4. Видение развития сферы здравоохранения

На основе проблемных вопросов, выявленных при анализе текущей ситуации системы здравоохранения и международного опыта, определено следующее: видение развития сферы здравоохранения страны, достижению которого будут способствовать результаты реализации данной Концепции.

Устойчивая и эффективная система здравоохранения, обеспечивающая оптимальный баланс между доступностью, качеством и рациональным использованием ресурсов, в рамках которой обеспечиваются интегрированное управление здоровьем, системная устойчивость и адаптация к вызовам, интегрированные услуги здравоохранения, ориентированные на человека, обеспечивающие всеобщий охват, справедливый доступ к качественным медицинским услугам для всех граждан, цифровое здравоохранение нового поколения, основанное на использовании интероперабельных систем и устройств, больших данных, результативное и справедливое финансирование, развитие человеческого капитала здравоохранения,

инновационная и ориентированная на трансляцию медицинская наука, технологическая модернизация и устойчивое производство через обновление инфраструктуры и развитие отечественного производства.

Реализация видения будет осуществляться по следующим направлениям:

- 1) переход к единой интегрированной системе формирования культуры здоровья;
- 2) первичная медико-санитарная помощь нового поколения;
- 3) человекоориентированная и доступная медицинская помощь;
- 4) семейное благополучие – новый стратегический ориентир;
- 5) устойчивость и безопасность системы здравоохранения;
- 6) развитие персонализированной и высокотехнологичной медицины;
- 7) технологическое развитие фармацевтической и медицинской промышленности, устойчивое лекарственное обеспечение;
- 8) трансформация системы кадрового обеспечения и развитие науки как основа устойчивого и эффективного здравоохранения;
- 9) прогрессивная модель устойчивого финансирования здравоохранения.

Раздел 5. Основные принципы и подходы развития по направлениям

Основные принципы развития отрасли:

- 1) сохранение и укрепление здоровья на протяжении всей жизни;
- 2) обеспечение равного и своевременного доступа к эффективной и качественной медицинской помощи;
- 3) активное участие и учет потребностей пациента в процессе оказания медицинской помощи;
- 4) развитие человеческого капитала как ключевого ресурса системы здравоохранения;
- 5) стимулирование технологической модернизации, развития медицинской и фармацевтической науки, генерации новых знаний и внедрения клинических и организационных инноваций;
- 6) рациональное и эффективное управление ресурсами и капиталом системы здравоохранения;
- 7) прозрачность процессов управления и финансирования системы здравоохранения, а также подотчетности всех участников;
- 8) обеспечение готовности и эффективного реагирования на кризисы в области общественного здоровья и изменение климата;
- 9) принятие клинических, управленческих и финансовых решений на основе фактических данных.

Направление 1. Переход к единой интегрированной системе формирования культуры здоровья:

консолидация разрозненных инициатив ЗОЖ в рамках единой, научно обоснованной системы формирования культуры здоровья и профилактики с охватом всех этапов жизни;

интеграция культуры здоровья в политику всех секторов, связанных со здоровьем человека, включая образование, труд, медиа и окружающую человека среду;

реализация научно обоснованных инициатив по ограничению воздействия поведенческих факторов риска на здоровье населения.

Развитие по данному направлению нацелено на формирование "культуры здоровья" – совокупности разделяемых в обществе ценностей, знаний, убеждений и форм поведения, формирующих отношение людей к здоровью и здоровому образу жизни, определяющих повседневные действия по его сохранению и укреплению, а также отражающие степень приоритетности здоровья как индивидуального и общественного блага.

Консолидация разрозненных инициатив ЗОЖ в рамках единой, научно обоснованной системы формирования культуры здоровья и профилактики с охватом всех этапов жизни

Будет создан национальный координатор по формированию культуры здоровья.

Будет реализована единая система формирования культуры здоровья через проведение массовой национальной информационной кампании "Саламатты шаңырақ"; охват факторов риска для здоровья, с акцентом на НИЗ (здоровое питание и физическая активность, вред избыточного потребления сахара, соли, нездоровых продуктов и пассивного образа жизни, стимулирование выбора воды); использование цифровых платформ, социальных сетей и мобильных приложений для продвижения здорового поведения.

Будут организованы адресные коммуникации с населением через ПМСП, МЦЗ, организации здравоохранения, работодателей, местные и межсекторальные инициативы, блогеров и медийных личностей; целенаправленное продвижение культуры здоровья в организациях образования.

Внедрение системы комплексной единой отчетности о здоровье населения, факторах риска и доступности услуг здравоохранения "Ұлт денсаулығы"

Будет подготовлен ежегодный информационно-аналитический отчет "Ұлт денсаулығы", включающий эпидемиологический надзор за неинфекционными заболеваниями; актуальные данные о состоянии здоровья населения, заболеваемости, распространенности заболеваний и оценке бремени болезней; углубленные исследования по международно-признанной методологии (таких как STEPS, MICS, COSI, HBSC, GATS, GYTS и др.) с охватом основных факторов риска НИЗ.

Интеграция культуры здоровья в политику всех секторов, связанных со здоровьем человека, включая образование, труд и окружающую среду

При принятии решений во всех секторах государственной политики будет обеспечиваться приверженность принципам ВОЗ "Здоровье во всех политиках".

Будет продолжена интеграция принципов здорового образа жизни в систему образования.

Включение в учебные программы, программы воспитательной работы тем, направленных на формирование навыков психоэмоциональной устойчивости, развития эмпатии и позитивного мышления.

Выработка предложений по созданию ситуационного центра по мониторингу, исследованию и профилактике наркомании.

Интеграция принципов здорового образа жизни в систему труда путем повышения информационной грамотности работников о факторах риска НИЗ, вопросах здорового питания и физической активности, вреде избыточного потребления сахара, соли, нездоровых продуктов и пассивного образа жизни.

Усиление роли и ответственности национального центра гигиены труда и профессиональных заболеваний через определение его основным координатором по разработке и достижению целей в сфере медицины труда, гигиены и профпатологии.

Будут реализованы меры по профилактике травматизма.

Будет обеспечено поэтапное внедрение комплексных инициатив в различных сферах повседневной жизни граждан, охватывающих места проживания, обучения, труда и медицинского обслуживания, через реализацию в рамках двухуровневой модели.

На первом уровне предусматривается создание национальной сети "Саламатты орта", которая объединяет добровольные инициативы по созданию среды, способствующей укреплению здоровья, с акцентом на доступность, вовлеченность и устойчивое развитие на местном уровне.

Для реализации инициативы создания национальной сети "Саламатты орта" предусмотрены: формирование нормативной правовой основы для реализации инициативы; определение национального координатора инициативы; разработка рамочных методологических подходов с учетом специфики различных сфер деятельности; проведение пилотного этапа на ограниченном числе организаций для апробации инструментов и подходов; создание по результатам пилота цифровых инструментов для участников с функционалом самооценки, шаблонами типовых планов, отчетности и перечнем рекомендованных мероприятий для внедрения; проведение информационной кампании, популяризация и масштабирование проекта.

На втором уровне предусмотрено участие в инициативах ВОЗ "Здоровые города", "Здоровые рабочие места", "Школы, способствующие укреплению здоровья", "Здоровые университеты", "Больницы, способствующие укреплению здоровья". Переход на второй уровень осуществляется на основе готовности, достигнутых результатов и соответствия международным стандартам.

Реализация научно обоснованных инициатив по ограничению воздействия поведенческих факторов риска на здоровье населения

Разработка предложений и совершенствование нормативно-правовой базы в целях усиления мер по ограничению потребления табачных изделий в общественных местах, в отношении новых форм и устройств потребления табачных изделий, продуктов с недостаточно изученным влиянием при длительном употреблении; по содержанию соли в продуктах питания; в части ограничения рекламы в средствах массовой информации (далее – СМИ), социальных сетях продуктов с повышенным содержанием соли, сахара, насыщенных жиров, содержанием трансжиров.

Реализация межсекторальных и законодательных инициатив по повышению доступности здорового питания через утверждение национального профиля питательных веществ, методических рекомендаций для внедрения добровольной маркировки "Полезный выбор".

Поэтапное введение акциза на сахаросодержащие напитки.

Разработка мер по введению административной ответственности за несоблюдение ограничений в отношении продажи энергетических напитков.

Выработка мер по выявлению, профилактике и снижению негативного воздействия цифровой среды на психическое здоровье населения, в особенности детей и молодежи.

Направление 2. Первичная медико-санитарная помощь нового поколения

усиление профилактической направленности и диагностического потенциала ПМСП;

масштабирование эффективных моделей через систему координации и центры лучших практик;

усиление координирующей роли ПМСП в маршрутизации пациентов и предоставлении услуг;

повышение качества, доступности и ценностной ориентированности ПМСП.

Усиление профилактической направленности и диагностического потенциала ПМСП

Предусматривается укрепление ПМСП в вопросах профилактики и ранней диагностики заболеваний путем обучения специалистов ПМСП методам мотивационного консультирования по вопросам формирования культуры здоровья, профилактики и устойчивого изменения поведения и иммунизации; развития навыков и обучения алгоритмам раннего выявления онкологических заболеваний, сахарного диабета у врачей ПМСП; ведения пациентов с предиабетом с включением мер по профилактике, обучению навыкам самоконтроля; усиления деятельности школ здоровья на уровне ПМСП и в стационарах путем методического сопровождения и повышения уровня квалификации медицинских работников.

Реализация услуги "запланированный профилактический прием" на ПМСП.

Продолжится расширение охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами и скрининговыми исследованиями среди целевых групп через разработку цифровых инструментов по учету и мониторингу скринингов, расширение охвата населения услугами передвижных медицинских комплексов, оборудованных для проведения скрининговых обследований на местах.

Рассмотрение клинико-экономической эффективности скринингов.

Масштабирование эффективных моделей через систему координации и центры лучших практик

Объединение стран ВОЗ на площадке коалиции по ПМСП для распространения эффективных моделей и лучших практик при лидерстве Казахстана в секретариате коалиции.

Усиление координирующей роли ПМСП в маршрутизации пациентов и предоставлении услуг

Развитие цифровых инструментов для координации и маршрутизации медицинской помощи со стороны ПМСП, в том числе:

отслеживание лечения и реабилитации, включая пациентов с хроническими заболеваниями, посредством единого хранилища медицинских данных;

разработка адаптивных маршрутов для пожилых людей, лиц с ограниченными возможностями и других уязвимых групп.

Повышение качества, доступности и ценностной ориентированности ПМСП

Для развития человекоориентированной первичной помощи для всех групп населения рассмотрена целесообразность внедрения новых позиций, таких как ассистент врача общей практики, способствующих повышению производительности квалифицированного труда врача.

Предусматривается увеличение охвата пациентов в ПУЗ и перечне заболеваний в ПУЗ.

Развитие центров лучших практик в каждом регионе и трансформация ПМСП на основе масштабирования эффективных, устойчивых и человекоориентированных моделей оказания медицинской помощи.

Направление 3. Человекоориентированная и доступная медицинская помощь

устранение географических и социальных барьеров в доступе;

переход к интегрированному уходу, основанному на нуждах человека;

развитие культуры доверия и уважительного отношения в системе здравоохранения

Устранение географических и социальных барьеров доступности

Масштабирование мультидисциплинарного подхода через расширение сети референс-центров и подразделений специализированной медицинской помощи в медицинских организациях.

Внедрение автоматизированного контроля нарушения сроков "зеленого коридора" при злокачественных новообразованиях и уведомление служб поддержки пациента и органов мониторинга качества.

Совершенствование службы скорой помощи путем внедрения автоматизированных сквозных индикаторов времени и расширения практики по прямой маршрутизации пациентов в профильные отделения при отдельных заболеваниях, состояниях и травмах

Выработка мер по повышению доступности помощи пожилым людям, направленной на сохранение функциональной способности

Переход к интегрированному уходу, основанному на нуждах человека

Будут продолжены профилактические мероприятия по сдерживанию ВИЧ-инфекции в концентрированной стадии.

Достижение цели 95-95-95 Глобальной стратегии до 2030 года.

Медицинская помощь при ВИЧ будет направлена на внедрение персонализированного подхода при назначении антиретровирусной терапии (далее – АРВ) с учетом генотипической резистентности и носительства аллели HLA B*5701, автоматическое планирование потребностей в АРВ на базе электронного слежения за случаями ВИЧ, обеспечение эффективной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку через интеграцию ВИЧ-сервисов в структуру охраны материнства и детства, охват беременных 100 % тестированием на ВИЧ, немедленное начало терапии и молекулярная диагностика новорожденных, предоставление детских смесей и исключение грудного вскармливания при отсутствии вирусной супрессии.

Проработка вопроса совершенствования медицинской помощи лицам, содержащимся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, путем открытия круглосуточных стационаров/коек при учреждениях уголовно-исполнительной системы (далее – УУИС), обеспечения лиц, содержащихся в УУИС, психологической помощью и экстренной стоматологической помощью в соответствии с минимальными стандартами и правилами обращения с заключенными, оцифровки медицинских данных по лицам, содержащимся в УУИС.

Реабилитационные услуги для граждан будут ориентированы на реализацию реабилитационного потенциала на всех уровнях оказания медицинской помощи, будут проработаны вопросы внедрения инструментов по цифровизации службы медицинской реабилитации.

Будут продолжены мероприятия для обеспечения медицинской помощи пациентам с орфанными заболеваниями.

Для развития медицинского туризма в стране предусматриваются открытие отделов по медицинскому туризму в научно-исследовательских институтах (далее – НИИ), научных центрах (далее – НЦ) и продвижение бренда отрасли здравоохранения Казахстана на международных площадках.

Развитие санаторно-курортной отрасли.

Проработка возможности использования передвижных стационаров для повышения доступности медицинской помощи в отдаленных и труднодоступных регионах.

Повышение доверия к системе здравоохранения – прозрачность, подотчетность и защита прав пациентов

В целях обеспечения совершенствования методологических подходов по формированию, мониторингу и оценке качества медицинской помощи, координации и развитию профессионального сообщества "экспертов качества", базы знаний экспертизы медицинской помощи, аудита процессов, и обмена опытом будет рассмотрен вопрос по созданию национального института по качеству медицинской помощи.

Предполагается поэтапный переход от контрольно-надзорной модели ("наказание за отклонения") к модели системных улучшений во всех организациях здравоохранения, включая внедрение внутреннего управления рисками и инцидентами, выявление угроз, предотвращение критических, почти произошедших событий, формирование среды обучения, основанной на выявлении системных причин, а не на наказании отдельных лиц; переход на корректировку процессов, вовлеченность пациентов и поставщиков, эффективное функционирование служб внутренней экспертизы и культуру непрерывного повышения качества; усиление механизмов поддерживающей курации как инструмента развития "некарательной" культуры.

Акцент будет сделан на развитие нормативного регулирования вопросов качества и административных процедур: создание безопасных условий труда для медицинских работников, правовое разграничение медицинских ошибок, халатности и умышленных нарушений, создание правовых основ доверительной среды по обсуждению и устранению системных причин ошибок.

Будет сформирован механизм вовлечения пациентов и их представителей в оценку качества и безопасности помощи через: проведение регулярных опросов, в том числе через инструменты обратной связи, участие пациентов в консультативных советах, информирование и обучение пациентов и членов их семей вопросам безопасности медицинских услуг, в работу по улучшению сервиса.

Развитие системы управления качеством будет ориентироваться на усиление механизмов раннего выявления системных отклонений и оценки системных рисков путем создания национальной системы мониторинга индикаторов качества и безопасности медицинской помощи, использование данных и принятие стратегических решений на уровне организаций здравоохранения, регионов и страны, повышение аналитического потенциала экспертов по качеству, обучение и подготовку экспертов-аналитиков по качеству в регионах.

Для обеспечения пациентоориентированности службы поддержки пациентов (далее – СПП) и устранения конфликта интересов при совмещении с функциями внутренней

экспертизы качества в медицинских организациях предусматриваются разьединение в медицинских организациях в два самостоятельных структурных подразделения: отделение (служба) поддержки пациентов и отделение (служба) внутренней экспертизы (далее – СВЭ) с отдельным штатом и функционалом, выведение двух подразделений (СПП и СВЭ) из подчинения исполнительному руководству в подотчетность органу управления медицинской организации, расширение полномочий и ответственности руководителей и сотрудников подразделений СПП и СВЭ с отражением в условиях оплаты и премирования, дополнительно к функционирующему единому контакт центру 1414 создание единой сети телефонов доверия СПП медицинских организаций, которая обеспечит гражданам реальную доступность представителей СПП по вопросам , которые решаются на уровне медицинской организации.

Расширение охвата аккредитацией специализированных направлений здравоохранения и актуализация стандартов аккредитации путем совершенствования методологии аккредитации медицинских организаций с учетом восприятия качества с позиции пациента, внедрение обязательной аккредитации для поставщиков ГОБМП и ОСМС, мониторинг деятельности организаций, аккредитующих медицинские организации.

Планируется обеспечение устойчивого внедрения института страхования профессиональной ответственности медицинских работников как ключевого элемента повышения безопасности пациентов.

Будет инициирована актуализация нормативной правовой базы, включая подходы к привлечению экспертов и специалистов с оплатой их услуг за счет средств страхового пула, формируемого за счет обязательных взносов субъектов здравоохранения, что направлено на обеспечение полноценного функционирования института.

Совершенствование госпитального сервиса в медицинских организациях.

Направление 4. Семейное благополучие – новый стратегический ориентир:

комплексная поддержка формирования и развития здоровой семьи;

обеспечение права каждого ребенка на здоровое и благополучное детство;

создание поддерживающей среды, способствующей гармоничному, здоровому, защищенному развитию детей и подростков.

Комплексная поддержка формирования и развития здоровой семьи

Для внедрения лучших международных подходов в защиту здоровья семьи и репродуктивного благополучия будет продолжено партнерство с Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения (UNPFA), Детским фондом Организации Объединенных Наций (UNICEF), ВОЗ и другими организациями.

С целью повышения ответственности семьи за рождение здорового ребенка будет совершенствоваться работа по планированию семьи, повышению доступности достоверной информации и безопасному доступу к контрацепции.

В рамках работы по цифровизации медицинских услуг будет реализован проект "Паспорт здоровья беременной женщины" по переводу обменной карты беременных женщин в электронный формат.

В целях улучшения доступности медицинской помощи беременным и послеродовым женщинам, обеспечения безопасности на уровне ПМСП будут организованы женские консультации с отдельной регистратурой, процедурным кабинетом и кабинетами для специализированного приема, в которых будут определены отдельные терапевты и психологи для беременных.

В целях сохранения ментального здоровья женщин в послеродовом периоде и профилактики депрессии необходимо усилить работу психологов родовспомогательных организаций с акцентом на проактивные меры по обеспечению психоэмоционального благополучия.

В родовспомогательных организациях будут организованы консультации социальных работников в родовспомогательных организациях для своевременной оценки социальных рисков, профилактики отказов от новорожденных, в том числе в случае рождения ребенка с заболеваниями или ограниченными возможностями, с разъяснением мер государственной поддержки и доступных социальных услуг.

В целях укрепления здоровья будущих родителей и рождения здорового ребенка будут масштабно реализованы меры по охвату прегравидарной подготовкой и дородовым наблюдением.

Проактивное определение маршрута беременной с учетом индивидуальных рисков и доступности медицинской инфраструктуры.

Для устранения барьеров в доступе к помощи беременным женщинам из географически-отдаленных районов будет проведен анализ логистических барьеров.

В целях обеспечения специализированной медицинской помощи и условий пребывания беременных группы высокого риска из отдаленной сельской местности до родов будет прорабатываться вопрос строительства за счет средств местного бюджета мест временного пребывания "Здоровая мама" на территории областных перинатальных центров.

Повышение безопасности родов и снижение материнских рисков за счет реализации мер по снижению акушерских рисков.

В рамках реновации областных перинатальных центров будет продолжено развитие региональных центров передового опыта родовспоможения, включая практико-ориентированное обучение, и тренинговых площадок для специалистов.

Расширение применения современных, безопасных и экономически эффективных технологий пренатального скрининга.

Дальнейшая реализация программы "Стоп инфекция в организациях родовспоможения".

В целях оперативного мониторинга текущего состояния службы родовспоможения и ее ключевых показателей на территориальной единице в реальном режиме будет проработан вопрос организации ситуационных центров в организациях родовспоможения.

С использованием разработанных индикаторов ситуационного центра улучшится возможность для своевременного принятия управленческих решений, направленных на улучшение оказания помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, а также перинатальных исходов.

Также возможность своевременного выявления рисков развития внутрибольничных инфекций в родовспомогательных организациях с использованием цифровых инструментов мониторинга индикаторов инфекционного контроля в Ситуационном центре.

Реализация мер по предупреждению инфекций, связанных с оказанием помощи, на основе мультимодального подхода.

Разработка мер по укреплению мужского здоровья.

Обеспечение права каждого ребенка на здоровое и благополучное детство

Укомплектование отделений интенсивной терапии новорожденных организаций родовспоможения средними медицинскими работниками с поэтапным доведением до соотношения 1 медсестра на 1 пациента.

Открытие коек неонатальной хирургии для оперативного вмешательства новорожденных в региональных организациях родовспоможения.

Совершенствование непрерывного сопровождения ребенка с рождения с акцентом на выявление рисков, поддержку семей и межведомственное взаимодействие.

Повышение доступности медицинской реабилитации детям в амбулаторных, стационарных и стационарозамещающих условиях, в том числе путем внедрения новых методов медицинской реабилитации и их трансферта из национальных научных центров в регионы.

Создание поддерживающей среды, способствующей гармоничному, здоровому, защищенному развитию детей и подростков

Утверждение стандарта организации оказания медицинской помощи детям в дошкольных организациях образования.

Проведение республиканской акции "Саламатты мектеп" (на 2026 – 2028 годы).

Формирование у подростков устойчивых форм здорового поведения и обеспечение доступности психологической и социальной помощи.

Направление 5. Устойчивость и безопасность системы здравоохранения

переход к проактивной, цифровой, риск-ориентированной системе санитарно-эпидемиологического контроля и надзора современного уровня;

создание устойчивой архитектуры реагирования, обеспечивающей непрерывность медицинской помощи и сохранение здоровья населения в условиях эпидемий, чрезвычайных ситуаций и изменения климата.

Переход к проактивной, цифровой, риск-ориентированной системе санитарно-эпидемиологического мониторинга современного уровня

Совершенствование механизмов риск-ориентированного контроля в рамках контрольной деятельности в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Для повышения эффективности управления рисками, быстрого выявления и локализации угроз, сокращения времени на обработку данных и принятие решений особое внимание будет уделено:

системной борьбе с антибиотикорезистентностью, включая внедрение контроля использования противомикробных препаратов в медицинских организациях согласно Стратегии контроля антимикробной терапии (далее – СКАТ);

совершенствованию геномных исследований за возбудителями инфекционных заболеваний (корь, грипп, SARS-CoV-2, энтеровирусная инфекция, Конго-крымская геморрагическая лихорадка, метапневмовирусы, коклюш, сальмонеллезные инфекции, бруцеллез, АМР и др.) на базе референс-лаборатории НЦОЗ;

созданию нормативной базы и цифровой платформы для эпидемиологических исследований за сточными водами для раннего предупреждения эпидемий, позволяющих отслеживать циркуляцию патогенов и генов устойчивости до появления клинических случаев;

развитию интегрированных систем эпиднадзора за инфекционными заболеваниями с модернизацией лабораторной инфраструктуры и цифровых платформ для объединения клинических, эпидемиологических и лабораторных данных, в том числе на приграничных территориях;

сотрудничеству с международными организациями для улучшения методов оценки рисков для здоровья и системы реагирования.

Цифровая трансформация санитарно-эпидемиологической службы будет направлена на формирование электронных отчетных данных о проведенных профилактических прививках и движении вакцин в соответствии с данными, внесенными медицинскими организациями в медицинские информационные системы, автоматизацию системы мониторинга холодной цепи по хранению и транспортировке вакцин, иммунобиологических препаратов и лекарственных средств в Республике Казахстан, применение ИИ и аналитических платформ для раннего выявления угроз, использование технологий географических информационных систем и мобильных решений для мониторинга факторов риска, учет результатов производственного контроля, осуществляемого субъектами контроля, использование цифровых решений для мониторинга за рекламой подконтрольной продукции.

Усиление эпидемиологического надзора за иммунопрофилактикой. Совершенствование национального календаря профилактических прививок Республики Казахстан: внедрение вакцинации против ВПЧ мальчиков в возрасте 11 лет; расширение целевой группы населения, подлежащего вакцинации против коклюша, с включением подростков в возрасте 16 лет и беременных женщин.

Повышение потенциала прогнозирования, планирования и бюджетирования закупок вакцин для обеспечения вакцин гарантированного качества. Отслеживание и фиксация всех сообщений о дефиците вакцин для принятия своевременных мер по смягчению рисков. Проведение регулярных инвентаризационных оценок и анализ пробелов в складах хранения вакцин.

Внедрение информационной системы в области обеспечения биологической безопасности.

Будет обеспечена нормативная база для цифрового и риск-ориентированного мониторинга, в том числе:

гармонизация с рекомендациями ВОЗ, ECDC и другими авторитетными организациями для правовой совместимости и взаимного признания мер санитарного контроля в трансграничном взаимодействии;

охват новых и нарастающих санитарно-эпидемиологических рисков – электронная торговля лекарственными средствами и биологически активными добавками, технологий с электронными и токсичными отходами, нано- и биоматериалами.

В целях реализации Дорожной карты по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам в Республике Казахстан продолжится внедрение дозорного эпидемиологического надзора путем сбора эпидемиологической информации и результатов тестирования чувствительности к антибиотикам бактериальных культур.

Подготовка и внесение предложений по проведению прикладных исследований по приоритетным направлениям: гигиена организованных коллективов (школы, детсады, учреждения для пожилых); оценка состояния окружающей среды и качества питьевой воды; влияние факторов окружающей среды на здоровье детей и подростков; радиационная безопасность и профилактика воздействия ионизирующего излучения; влияние пестицидов, содержащихся в пищевой продукции, на развитие аутизма у детей в соответствии с рекомендациями Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН (Food and Agriculture Organization).

Увеличение количества показателей технических регламентов обеспечит расширение контроля за соблюдением требований технических регламентов ЕАЭС.

Создание устойчивой архитектуры реагирования, обеспечивающей непрерывность медицинской помощи и сохранение здоровья населения в условиях эпидемий, чрезвычайных ситуаций и изменения климата

В целях повышения уровня готовности и устойчивости к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и пандемиям предусмотрены:

регулярное проведение оценок готовности и регулярных межведомственных симуляционных учений с последующим анализом действий и актуализацией сценарных планов готовности, планов повышения устойчивости, планов реагирования и планов восстановления;

реализация механизмов снижения повторяющихся рисков;

создание эффективной системы по вопросам риск-коммуникации;

расширение планов действий по ликвидации чрезвычайных ситуации (далее – ЧС) с включением межсекторального взаимодействия и разделения зон ответственности по принципу "Единое здоровье", включая взаимодействие с секторами ветеринарии, сельского хозяйства, экологии, и другими, связанными с вопросами здоровья при ЧС.

Разработка и утверждение Плана по обеспечению готовности и реагированию на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения на 2026 – 2029 годы.

Разработка и утверждение областных планов по обеспечению готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения на 2026 – 2029 годы.

В том числе будут проработаны вопросы:

совершенствования стандартов нормирования резервов ЛС и ИМН для оказания помощи пострадавшим в ЧС и бесперебойного обеспечения текущих потребностей населения, включая группы населения с особенными и неотложными медицинскими потребностями, с учетом минимального комплекса начальных услуг по охране репродуктивного здоровья;

утверждения гибкого порядка мобилизации медицинского и вспомогательного персонала, находящегося в зоне поражения, для оказания медицинской помощи пострадавшим в результате ЧС;

повышения готовности ситуационных центров и кадрового состава через тренинги и учения в полевых условиях, выработки навыков работы с цифровыми решениями раннего оповещения, мониторинга и реагирования.

В целях обеспечения биологической безопасности и биологической защиты будет продолжена работа по:

совершенствованию стандартов безопасного хранения, транспортировки и утилизации патогенов;

усилению контроля за обращением с биологическими материалами и подготовке персонала;

поддержке каналов трансграничного обмена информацией с международными партнерами.

Направление 6. Развитие персонализированной и высокотехнологичной медицины

формирование цифровой инфраструктуры персонализированной и высокотехнологичной медицины;

повышение цифровой вовлеченности и самоменеджмента пациентов;

расширение применения ИИ и предиктивной аналитики в целях повышения точности, эффективности и безопасности медицинской помощи.

Формирование цифровой инфраструктуры персонализированной и высокотехнологичной медицины

Внедрение персонализированной медицины, основанной на использовании цифровых медицинских данных, путем расширения применения генетического тестирования для выявления индивидуальной предрасположенности к онкологическим, кардиологическим и редким заболеваниям, подбора терапии с минимальными рисками побочных эффектов; проработки вопроса формирования национального банка геномных данных для дальнейшего развития геномной медицины; поэтапной реализации функционала цифровых двойников пациента, позволяющих моделировать и тестировать эффективность лечения.

Развитие роботизированной ассистированной хирургии и применение робототехники в медицинской практике.

Переход на Международную классификацию болезней 11-го пересмотра (далее – МКБ-11) для совместимости с новыми цифровыми технологиями, совместимости данных, учета генетических и цифровых аспектов здоровья.

Переход на статистический учет причин смерти с указанием конкретного кода МКБ -11 и всех факторов, приведших к смерти, в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Расширение применения ИИ и предиктивной аналитики в целях повышения точности, эффективности и безопасности медицинской помощи

Развитие цифровой экосистемы мониторинга и анализа будет ориентировано на разработку, внедрение и расширение охвата системами:

цифрового аудита и контроля для автоматического выявления отклонений от рекомендаций клинических протоколов;

фиксации медицинских ошибок и инцидентов на протяжении всего маршрута оказания помощи в защищенном неизменяемом реестре (технология блокчейн);

предиктивной аналитики качества и прогноза показателей клинических исходов и удовлетворенности пациентов;

автоматического ранжирования медицинских организаций по времени ожидания, частоте осложнений, удовлетворенности и других параметров;

создание централизованной отчетности для поддержки управленческих решений на всех уровнях.

Внедрение интегрированных инструментов качества через централизованные сервисы для МИС, направленные на поддержку клинических решений, в том числе систем клинических подсказок (ИИ-ассистент) и встроенных индикаторов риска в

МИС; интеграции электронных медицинских записей с системой электронного аудита и контроля; применение ИИ для повторной интерпретации (второй читки) результатов медицинских изображений и лабораторно-инструментальных данных для проверки точности заключения; интеграция оцифрованных клинических протоколов в МИС; реализация механизмов оценки и обеспечения безопасности, клинической и экономической эффективности цифровых технологий и решений, включая инструменты, основанные на ИИ.

Повышение цифровой вовлеченности и самоменеджмента пациентов

Предоставление удобного, адаптированного под конкретные нозологии доступа населению к собственным результатам исследований, назначениям и участие в принятии решений (самоменеджмент) за счет расширения функционала модуля eDensauluq на платформе eGov, мобильных приложений МИС.

Проработка вопроса развития совместимости медицинских информационных систем с портативными медицинскими устройствами и приложениями для самоменеджмента хронических заболеваний.

Направление 7. Технологическое развитие фармацевтической и медицинской промышленности, устойчивое лекарственное обеспечение

повышение потенциала казахстанской фармацевтической и медицинской промышленности, стимулирование локализации производства, разработка целостной фармацевтической политики;

развитие и внедрение ресурсосберегающих технологий здравоохранения;

совершенствование лекарственного обеспечения и рациональное использование лекарственных средств.

Повышение потенциала казахстанской фармацевтической и медицинской промышленности, стимулирование локализации производства

Создание условий для устойчивого роста доли продукции казахстанских производителей путем:

совершенствование деятельности региональных кластеров фармацевтической и медицинской промышленности в городах Астане, Актобе и Шымкенте;

усиления взаимодействия с научными организациями в области здравоохранения с целью проведения исследований и подготовки кадров для промышленных предприятий ;

расширения перечня выпускаемой фармацевтической продукции казахстанскими производителями, в том числе инновационной, для лечения сердечно-сосудистых, онкологических, аутоиммунных и диабетических заболеваний;

привлечения инвестиций в фармацевтическую промышленность, в том числе и с использованием механизмов соглашений об инвестициях и инвестиционных контрактов для устойчивого роста доли продукции казахстанских производителей.

Развитие партнерства с ведущими мировыми фармацевтическими производителями Big Pharma – Top 50 в целях обеспечения трансферта технологий и локализации производства.

Развитие и внедрение ресурсосберегающих технологий здравоохранения

Повышение потенциала оценки технологий здравоохранения за счет совершенствования методологии и процедур оценки, в том числе требований к качеству отчета, методологических требований и валидации результатов.

С целью повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения в методологию будет рассмотрен вопрос внедрения расчета показателя "год жизни, скорректированный на качество жизни, связанное со здоровьем" (далее – QALY), на единицу инвестиции. Данный инструмент позволит оценивать ожидаемый прирост продолжительности и качества жизни населения при реализации конкретных программ и проектов, сопоставлять альтернативные направления вложений и обеспечивать приоритизацию финансирования на основе объективной оценки их социальной и медицинской ценности.

Приоритетное рассмотрение технологий, имеющих высокий потенциал эффективности.

Совершенствование лекарственного обеспечения и рациональное использование лекарственных средств

Лекарственное обеспечение будет ориентировано на эффективное, безопасное и рациональное использование лекарственных средств путем:

совершенствования планирования АЛЮ по персонифицированной потребности на основе индивидуальных назначений и реальной потребности пациентов;

объединения информационных потоков по потреблению, остаткам, логистике и срокам годности для оперативного анализа, перераспределения и совершенствования планирования;

расширения практики централизованного отпуска и контроля за применением лекарственных средств с участием отделений клинической фармакологии и учетом экономической целесообразности;

расширения практики преимущественного заключения единым дистрибьютором прямых контрактов с производителями.

Направление 8. Трансформация системы кадрового обеспечения и развитие науки как основа устойчивого и эффективного здравоохранения

создание единой цифровой системы управления кадровыми ресурсами здравоохранения;

укрепление системы непрерывного профессионального развития и повышение статуса, мотивация, удержание и правовая защита работников здравоохранения;

развитие потенциала медицинской сестры как ключевого ресурса устойчивой системы здравоохранения;

модернизация медицинского образования;

развитие научного потенциала и поддержка биомедицинских исследований.

Создание единой цифровой системы управления кадровыми ресурсами здравоохранения

Будет модифицирована национальная система учета кадровых ресурсов системы здравоохранения, которая будет включать регистр работников здравоохранения с персонифицированным учетом в разрезе регионов, организаций и специальностей от момента поступления в организацию образования (колледж, ОВПО) до окончания трудовой деятельности; базу данных с блокчейн-верификацией квалификаций и показателей индивидуального профессионального рейтинга для прозрачного кадрового учета с отражением компетенций, результатов обучения и достижений; функционал мониторинга для прогнозирования обеспеченности кадровыми ресурсами.

Будут утверждены методические рекомендации по планированию и прогнозированию кадровых ресурсов здравоохранения.

Непрерывное профессиональное развитие и повышение статуса, мотивация, удержание и правовая защита работников здравоохранения

Будет продолжено совершенствование условий для устойчивого профессионального развития, карьерного роста путем создания при ОВПО центров карьерного роста для работы с каждым студентом с целью выбора будущей специальности и места работы; центров адаптации и наставничества в медицинских организациях; формирование современной системы практико-ориентированного развития специалистов здравоохранения, основанной на развитии устойчивых партнерств между ОВПО, колледжами, научными и медицинскими организациями, расширение использования симуляционных технологий, а также интеграция в образовательные программы анализа медицинских инцидентов, страховых случаев и системных ошибок; стажировки внутри страны и за рубежом, повышение уровня знания английского языка и работы с научными публикациями; продвижение специалистов в организациях здравоохранения по результатам профессионального развития и оценки.

Для устойчивого сокращения оттока медицинских кадров предусматривается проработка мер: по развитию системы доплат для специалистов первичного звена и педиатрического профиля в сельской местности; разработке и мониторингу показателей в планы развития регионов по стимулированию медицинских работников, трудоустроенных в сельскую местность, в том числе обеспечению жильем; выделению грантов на индивидуальное профессиональное развитие для лучших сельских врачей (стажировки, международные конференции).

Будет рассмотрена возможность поэтапного перехода на лицензирование врачей и средних медицинских работников на основе международного опыта.

По профилактике насилия в медицинских организациях планируются разработка и внедрение программ: обучение медицинского персонала методам деэскалации конфликтов и безопасного поведения в кризисных ситуациях.

Для формирования устойчивой системы профессионального саморегулирования в здравоохранении предполагается постепенное расширение роли медицинских ассоциаций и общественных объединений. Планируются запуск пилотного проекта по развитию профессиональных медицинских ассоциаций и последующее его масштабирование.

Развитие потенциала медицинской сестры как ключевого ресурса устойчивой системы здравоохранения

Завершение институционализации новой модели расширенной сестринской практики путем развития центров лучших сестринских практик на базе действующих организаций в части распространения эффективных моделей организации работы, развития навыков, наставничества и обмена знаниями.

Будет рассмотрен вопрос передачи больниц (отделений) сестринского ухода, хосписов под клинические базы медицинских колледжей.

Модернизация медицинского образования

Дальнейшая модернизация структуры и содержания образовательных программ будет осуществляться в соответствии с международными стандартами с учетом ориентира на подготовку специалистов здравоохранения будущего, включая:

гармонизацию с рекомендациями ВОЗ в рамках Глобальной структуры компетенций и результатов для всеобщего охвата услугами здравоохранения;

пересмотр содержания образовательных программ с акцентом на развитие компетенций, соответствующих современным потребностям системы здравоохранения и профессиональным стандартам;

расширение доли практической составляющей образовательного процесса, способствующего развитию клинического мышления, путем усиления связи организаций медицинского образования с клиническими базами, расширения перечня клинических баз за счет вовлечения региональных медицинских организаций, развития технологий симуляционного обучения;

обеспечение гибкости образовательных траекторий в медицинском образовании с учетом индивидуальных потребностей обучающихся, профессиональных стандартов и приоритетов системы здравоохранения;

ориентацию всех уровней медицинского образования на качество и эффективность медицинской помощи, безопасность пациентов и человеко-центрированный подход, в том числе за счет интеграции в образовательные программы анализа медицинских инцидентов, страховых случаев и системных ошибок;

усиление подготовки специалистов здравоохранения по вопросам цифровизации, включая телемедицину, дистанционное оказание услуг, использование искусственного интеллекта и анализа больших данных, особенно в сельских населенных пунктах;

создание новых направлений подготовки специалистов в сферах трансляционной медицины, биотехнологий, цифрового здравоохранения, клинических исследований, фармацевтической инженерии и фармацевтической логистики, здравоохранения на основе фактических данных и управления инновациями, в том числе совместно с ведущими компаниями в сфере медицинской и фармацевтической промышленности, биотехнологической и цифровой отраслей.

Развитие системы медицинского образования будет направлено на укрепление международного сотрудничества, цифровизацию, повышение открытости и конкурентоспособности, а также интеграцию образования, науки и практики, в том числе через:

интеграцию в глобальное образовательное пространство, направленную на реализацию совместных программ с ведущими зарубежными университетами в Казахстане, и экспорт казахстанских программ за рубеж;

совершенствование приема в организации высшего и послевузовского образования путем внедрения единых критериев оценки, цифровизации процессов подачи и проверки документов;

проработку вопроса по созданию и развитию интегрированных академических медицинских центров в рамках триединства образования, науки и клинической практики.

Рассмотрение вопроса поэтапного внедрения новой модели финансирования высшего и (или) послевузовского образования, в том числе посредством внедрения дифференциации размеров образовательных грантов и их распределения с учетом качества учебного процесса, налаженного в соответствующей организации образования

Развитие научного потенциала и поддержка биомедицинских исследований

Совершенствование подходов к развитию биомедицинских исследований:

реализация лучших международных подходов нормативного правового регулирования биомедицинских исследований;

продвижение национальной научной информационной системы по биомедицинским исследованиям, включающей регистры исследований, исследовательские центры (клинические базы); исследователей; волонтеров и другие;

проработка вопросов создания единого республиканского биобанка для хранения биологических материалов и поддержки проведения исследований в области биомедицины;

проработка вопроса по увеличению объемов финансирования биомедицинских исследований, в том числе программно-целевого финансирования научных исследований;

создание условий для развития и продвижения отечественных журналов в области здравоохранения;

развитие международного научного сотрудничества, в том числе путем поддержки участия в глобальных консорциумах, двусторонних и многосторонних грантах, обменных программах;

развитие системы трансферта технологий, институциональных механизмов защиты и коммерциализации интеллектуальной собственности, создание офисов трансферта в организациях медицинского образования и науки;

развитие цифровых платформ для планирования, мониторинга, визуализации и отчетности по биомедицинским и клиническим исследованиям.

Оказание поддержки молодым ученым (до 35 лет) организаций медицинского образования и науки за счет собственных и внебюджетных средств, включая реализацию внутренних грантов, формирование устойчивых научных траекторий, развитие программ PhD и постдокторантуры, карьерное консультирование и наставничество, стимулирование публикационной активности, проведение научных мероприятий.

Формирование устойчивой экосистемы научно обоснованного государственного управления в здравоохранении через институционализацию механизмов государственной политики, основанной на доказательствах (Evidence-Informed Policy Making), и развитие кадрового потенциала на стыке "наука - политика".

Направление 9. Прогрессивная модель устойчивого финансирования здравоохранения, включающая:

финансовую защиту населения от катастрофических расходов на услуги здравоохранения;

модернизацию механизмов финансирования, оплаты и тарифной политики для обеспечения устойчивого финансирования в условиях новых подходов бюджетирования и налогообложения;

развитие конкуренции и эффективного управления организациями здравоохранения

Изменение механизмов финансирования организаций здравоохранения в части размещения объемов услуг и (или) объемов средств в рамках ГОБМП и (или) системы ОСМС.

Исключение возможности нерегулярными самостоятельными поставщиками уплаты взносов в ОСМС за 12 месяцев вперед для ограничения разового входа в систему ОСМС с целью получения дорогостоящего лечения для лиц с видом на жительство.

Установление нормы по 5-летнему сроку регулярных взносов (или эквивалента по разовому взносу) для предоставления медицинской помощи в системе ОСМС иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Республики Казахстан, а также членам их семей.

Усиление многоуровневого аудита, включающего внутренний контроль в медицинских организациях, мониторинг со стороны ФСМС по принципу экстерриториальности с внедрением инструментов искусственного интеллекта.

Разработка предложений по законодательному определению роли добровольного медицинского страхования: добровольное медицинское страхование в Казахстане осуществляет вспомогательную роль, способствуя расширению охвата услугами здравоохранения для отдельных групп сверх ГОБМП и ОСМС.

Совершенствование механизмов оценки медицинских технологий в рамках формирования гарантий.

Продолжится усиление многоуровневого аудита, включающего внутренний контроль в медицинских организациях, мониторинг со стороны ФСМС по принципу экстерриториальности и СУР.

Модернизация механизмов финансирования, оплаты и тарифной политики для обеспечения устойчивого финансирования в условиях новых подходов бюджетирования и налогообложения

Совершенствование методологических основ планирования медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на основе демографического прогноза.

Повышение вовлеченности населения и уровня доверия к системе ОСМС через:

проведение информационных кампаний о правах и гарантиях застрахованных в ОСМС лиц;

создание и продвижение инструментов обратной связи и горячей линии ФСМС;

интеграцию коммуникации с программами профилактики (вакцинация, скрининг, ЗОЖ);

усиление работы в отдаленных регионах через мобильные группы, телемедицину и местные СМИ;

формирование диалоговых площадок с участием пациентов, медицинских работников, НПО и государственных органов.

Внесение предложений по формированию тарифов на медицинские услуги с учетом фактических затрат медицинских организаций, макроэкономических показателей, региональных особенностей и приоритетности заболеваний.

Развитие конкуренции и эффективное управление организациями здравоохранения

Разработка требований к поставщикам медицинской помощи по обязательному персонализированному учету и предоставлению доступа к информации по расходам в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

№ п/п	Наименование	2022 год	2023 год	2024 год	2025 год	2026 год	2027 год	2028 год	2029 год
-------	--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Направление 1. Переход к единой интегрированной системе формирования культуры здоровья

1.	Стандартизованная по возрасту распространенность употребления табачных изделий лицами в возрасте от 15 лет, в %				19,0	-	-	-	19,5
2.	Употребление алкоголя на душу населения (в возрасте 15 лет и старше) в литрах чистого спирта в календарный год (в литрах чистого алкоголя)				-	-	-	-	4,5
3.	Увеличение доли граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни, %	31,4	34,2	31,0	32,0	33,0	35,0	36,0	37,0
4.	Среднесуточное употребление соли среди взрослых					=	=		15,0

	о населени я, грамм в сутки							=	
5.	Удержан и е заболевае мости ожирение м среди детей (0- 14 лет), на 100 тысяч населени я	44,6	42,1	43,7	37,8	37,8	37,8	37,8	37,8
Направление 2. Первичная медико-санитарная помощь нового поколения									
6.	Увеличен ие доли посещен и й первично й медико-с анитарно й помощи п о поводу профилак тических осмотров , %					27	29	31	33
7.	Численно с т ь населени я , охваченн о г о услугами передвиж н ы х медицинс к и х комплекс о в , количест в о населени я, млн	1,7	1,7	1,7	2,0				
	Увеличен и е удельног								

8.	о веса злокачественных новообразований, выявленных на 0-I стадиях, %					33,8	35,0	35,1	35,2
9.	Увеличение охвата населения, подлежащего скрининговому осмотру против рака шейки матки, %					80,0	83,0	87,0	90,0
10.	Увеличение охвата населения, подлежащего скрининговому осмотру против рака молочной железы, %					70,0	77,0	84,0	90,0
11.	Увеличение охвата населения, подлежащего скрининговому осмотру колоректального рака, %					70,0	77,0	84,0	90,0
	Увеличение удельного веса скрининг								

12.	овой колоноскопией в качестве 2 этапа скрининга, %				60,0	67,0	74,0	80,0
13.	Доля пациентов, взятых на динамическое наблюдение по поводу выявленного сахарного диабета, от общего числа пациентов с выявленными сахарным диабетом, %				90	92	93	95
14.	Охват динамическим наблюдением лиц с хроническими заболеваниями, подлежащих динамическому наблюдению, %				30	35	40	45
	Охват программой управления заболеваниями							

15.	лиц, состоящих на динамическом наблюдении по нозологиям программы управления заболеваемыми, %				8	12	17	20
16.	Доля самостоятельного сестринского приема от общего количества приемов по динамическому наблюдению пациентов с хроническими заболеваниями, %				3	7	15	20
	Доля пациентов, госпитализированных в круглосуточный стационар с диагнозом и артериальная гипертензия, ишемиче							

<p>17.</p> <p>ская болезнь сердца, хроничес кая сердечна я недостат очность, сахарный диабет, хроничес кая обструкт ивная болезнь легких (з а исключен и е м плановог о оператив ного лечения), из числа пациенто в , состоящи х на динамиче ском наблуде нии, %</p>					10	9	8	7
<p>18.</p> <p>Доля вызовов скорой медицинс кой помощи 4 - й категори и срочност и по поводу обострен и я хроничес ких заболева ний от общего количест</p>					70	60		40

	в а вызовов 4 - й категори и срочност и, %							50	
Направление 3. Человекоориентированная и доступная медицинская помощь									
19.	Снижени е стандарт изованно г о коэффици ента смертнос ти, на 1000 населени я					8,01	8,00	7,85	7,5
20.	Снижени е стандарт изованно г о коэффици ента смертнос ти от болезней системы кровообр ащения, на 100 тысяч населени я	130,22	177,17	175,5	170,8	165,2	160,8	158,0	156,0
21.	Снижени е стандарт изованно г о коэффици ента смертнос ти от злокачест венных новообра зований, на 100	59,45	83,01	81,2	80,2	78,1	76,0		72,0

	тысяч населения							74,0	
22.	Смертность от самоубийств, на 100 тысяч населения					7,3	7,23	7,1	7,0
23.	Доля медицинских организаций ниже районного уровня, охваченных телемедицинскими комплексами, %					10	20	30	50
24.	Доля вызовов скорой помощи, обслуженных в установленное нормативами время, %					79	82	86	90
25.	Средний срок начала лечения злокачественных новообразований с момента постановки предварительного диагноза (дней)					24	20	18	14
	Число новых								

30.	Доля аккредитованных поставщиков в медицинских услугах в рамках ГОБМП и ОСМС, подлежащих аккредитации, %				60	62	64	66
31.	Наличие службы поддержки и пациенто- и внутренней экспертизы в субъектах здравоохранения независимо от форм собственности, %				20	40	65	95
32.	Увеличение общей 5-летней выживаемости злокачественными новообразованиями, %				55,4	55,7	56,1	56,5
	Снижение заболеваемости психическими поведенческими расстройствами							

33.	ствами (заболеваниями), вследствие употребления психоактивных веществ, на 100 тысяч населения				67,32	67,12	66,92	66,72
34.	Распространенность туберкулеза, на 100 тысяч населения				43,9	43,8	43,7	43,5
35.	Доля пациентов, ожидавших плановую госпитализацию более 10 дней, %				15,0	13,0	11,0	10,0
36.	Смертность в результате дорожно-транспортных происшествий, на 100 тысяч населения				11,6	11,5	11,4	11,3
	Ежегодное количество новых и модерниз							

37.	ированны х объектов здравоох ранения, соответст вующих мировым стандарта м оказания медицинс к о й помощи, количест в о единиц	3	5	32	24				
Направление 4. Семейное благополучие – новый стратегический ориентир									
38.	Снижени е младенче ской смертнос ти, на 1000 родивши х с я живыми	7,68	7,67	7,50	7,40	7,3	7,2	7,1	7,0
39.	Коэффиц иент неонатал ьной смертнос ти, на 1000 родивши х с я живыми					4,1	4,0	3,9	3,8
40.	Коэффиц иент детской смертнос ти в возрасте до 5 лет, на 1000 родивши х с я живыми					9,7	9,65	9,60	9,55
	Снижени е материнс к о й								

41.	смертнос ти, на 1 0 0 тысяч родивши х с я живыми	17,0	11,4	11,4	11,3	11,2	11,1	11,0	10,9
42.	Коэффиц иент рождаем ости среди девочек подростк ов, на 1 0 0 0 девочек в возрасте 15-17 лет					2,9	2,8	2,7	2,6
43.	Коэффиц иент аборта среди девочек подростк ов, на 1 0 0 0 девочек в возрасте 15-17 лет					0,70	0,65	0,60	0,50
44.	Снижени е заболевае мости анемией среди беременн ы х женщин в возрасте 15-49 лет , %					25,0	24,5	24,0	23,5
45.	Доля женщин, взятых на учет по беременн ости, охваченн ы х преграви дарной					50	55		65

	подготовкой, %							60	
Направление 5. Устойчивость и безопасность системы здравоохранения									
46.	Показатель достоверности лабораторных исследований СЭС, %	92	95	100	95				
47.	Средний интегральный балл готовности к соблюдению международных медико-санитарных правил (SPAR)					77	82	86	90
48.	Доля целевой группы населения в возрасте до 16 лет, охваченного иммунизацией, согласно Национальному календарю профилактических прививок, не менее 95%					95	95	95	95
	Доля аккредитованных лабораторий на								

49.	соответствует и международным стандартам, %				68	70	72	73
50.	Степень готовности медицинских организаций, органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы к ликвидации иям ситуации природно-техногенного характера, %				83,55	87,45	91,25	95,5

Направление 6. Развитие персонализированной и высокотехнологичной медицины

51.	Доля медицинских организаций, использующих инструменты с искусственным интеллектом в повседневной практике, %				30	35	40	45
	Доля радиологических исследований,							

55.	Количество новых производств по выпуску лекарственных средств и медицинских изделий, единиц	5	8	14	6				
56.	Доля лекарственных средств и медицинских изделий казахстанского производства на локальном фармацевтическом рынке, %					30	40	45	50
57.	Охват логистических цепочек лекарственных средств (в том числе вакцин) цифровым мониторингом (холодовая цепь), %					50	80	90	100
	Доля закупок единым дистрибутором казахстанских лекарственных								

58.	нных средств и медицинских изделий в денежном выражении и к общему объему закупа, %	33	35	29,75	31	32	34	35	37
59.	Инвестиции в основной капитал в здравоохранении, % реального роста к уровню 2019 года	225,57	302,1	325,8	372,2				
60.	Доля аккредитованных лабораторий/центров на соответствие междуна-родным стандартам, % (GLP и ISO-17025) (проводится 1 раз в 2 года)	-	60	-	100				
61.	Валовый приток прямых инвестиций от иностранных прямых инвесторов в производ					110,5	121,5		147,0

	ство основных фармацев- тических продукто- в и препарат- ов, млн долларов США						133,7	
62.	Доля лекарстве- нных средств, движение которых отслежив- ается в режиме реальног- о времени, %				75	80	85	90
63.	Доля дефицита лекарстве- нных средств от годовой потребно- сти организа- ций первично й медико-с- анитарно й помощи в рамках амбулато- рного лекарстве- нного обеспече- ния, %				14	13	11	10
	Средняя доля обеспече- нности пациенто- в в							

67.	Средний индекс Хирша персонала организации медицинской образования и науки, индекс	0,27	0,47	0,45	0,45				
68.	Соотношение количества медицинских сестер к количеству врачей в организациях здравоохранения					1,9:1	2:1	2,1:1	2,2:1
69.	Доля медицинских сестер первичной медико-санитарной помощи, выполняющих расширенные клинические функции, %					8,2	8,7	9,1	9,8
	Увеличение количества врачей, обученных в ведущих								

70.	мировых центрах, в том числе по интенсивной терапии, количество человек	-	52	47	52				
71.	Увеличение количества образовательных грантов резидентуры по остродефицитным специальностям, количество	1500	2600	3439	3800				
72.	Доля выпускников интернатуры и резидентуры, показавших высокий уровень знаний по результатам независимой экзаменации ($\geq 80\%$ от максимального балла)					87,5	88,25	89,0	90,5
	Количество клинических исследований								

73.	аний, проводим ых в Республи ке Казахста н, в расчете на миллион населени я					0,85	1,0	1,15	1,3
74.	Доля доходов от научной и инноваци онной деятельн ости в общем бюджете ОВПО, %					2,9	3,1	3,3	3,5
75.	Доля доходов от научной и инноваци онной деятельн ости в общем бюджете НИИ / Н Ц клиничес кого профиля, %					0,8	0,9	1	1,5
76.	Доля доходов от научной и инноваци онной деятельн ости в общем бюджете НИИ /					6	6,5		7,5

	Н Ц неклинич еского профиля, %						7	
77.	Доля патентов организаций медицинской образования и науки, полученных за последние 5 лет (в рамках грантового или программно-целевого финансирования) и доведенных до стадии производства / клинического применения (включая регистрацию лекарственного средства/ медицинского изделия, одобренные и и здравоохранения, включение в клинические				5	7		13

	протоколы), %							10	
78.	Доля адаптированных зарубежных технологий от общего количества внедренных новых технологий, %	16,6	16,8	17	19				
Направление 9. Прогрессивная модель устойчивого финансирования здравоохранения									
79.	Уровень охвата населения в системе ОСМС, %	82,4	82,6	83	83,5	84	84,5	85	85,5
80.	Доля государственных расходов на здравоохранение, %					14,1	13,3	13,5	13,7
81.	Доля общих расходов на здравоохранение от ВВП, %					4,7	4,8	4,9	5,0
82.	Доля "карманных" расходов в структуре общих расходов на здравоохранение, %					24,7	23,8	22,9	22,0

Приложение
к Концепции развития
здравоохранения
Республики Казахстан
на 2022 – 2029 годы

**Раздел 7. План действий
по реализации Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан на 2022 – 2029
годы**

№ п/п	Наименование	Форма завершения	Срок завершения	Ответственные исполнители	Объем финансирования	Источники финансирования
1	2	3	4	5	6	7
Направление 1. Переход к единой интегрированной системе формирования культуры здоровья						
Целевой индикатор 1. Стандартизованная по возрасту распространенность употребления табачных изделий лицами в возрасте от 15 лет, % (2025 год – 19,0, 2029 год – 19,5)						
Целевой индикатор 2. Употребление алкоголя на душу населения (в возрасте 15 лет и старше) в литрах чистого спирта в календарный год (в литрах чистого алкоголя) (2029 год – 4,5)						
Целевой индикатор 3. Увеличение доли граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни, % (2022 год – 31,4, 2023 год – 34,2, 2024 год – 31,0, 2025 год – 32,0, 2026 год – 33,0, 2027 год – 35,0, 2028 год – 36,0, 2029 год – 37,0)						
Целевой индикатор 4. Среднесуточное употребление соли среди взрослого населения, грамм в сутки (2029 год – 15,0)						
Целевой индикатор 5. Удержание заболеваемости ожирением среди детей (0–14 лет), на 100 тысяч населения (2022 год – 44,6, 2023 год – 42,1, 2024 год – 43,7, 2025 год – 37,8, 2026 год – 37,8, 2027 год – 37,8, 2028 год – 37,8, 2029 год – 37,8)						
1.	Создание национального координатора по формированию культуры здоровья, в том числе с консолидацией бюджета	приказ МЗ	март 2026 года	МЗ	не требуется	
2.	Проведение национальной информационной кампании "Саламатты шаңырақ"	отчет	декабрь 2026 года	МЗ, МКИ, МП, МНВО, МИО	в рамках предусмотренных средств	РБ
	Подготовка ежегодного информацион					

3.	но-аналитического отчета "У л т денсаулығы"	отчет	декабрь 2026 года	МЗ, МИО	не требуется	
4.	Включение вопросов здорового питания, физической активности, психического здоровья, в том числе формирования навыков психоэмоциональной устойчивости, развития эмпатии и позитивного мышления, полового воспитания, социально-этических норм в программы воспитательной работы обучающихся организаций среднего образования	приказ МП	декабрь 2026 года	МП, МЗ	не требуется	
5.	Разработка и проведение детских, школьных и студенческих спортивных мероприятий, конкурсов, игровых программ, направленных на формирование устойчивой мотивации к активному образу жизни	информация в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов	МП, МНВО, МЗ, МКИ, МТС, МИО	не требуется	
	Выработка предложений по созданию					

6.	ситуационног о центра по мониторингу, исследованию и профилактике наркомании	предложения в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ, НЦОЗ (по согласованию), МВД	не требуется	
7.	Интеграция принципов здорового образа жизни в систему труда путем повышения информацион н о й грамотности работников о факторах риска НИЗ, вопросах здорового питания и физической активности, в р е д е избыточного потребления сахара, соли, нездоровых продуктов и пассивного образа жизни	методическое пособие	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МТСЗН, МИО	не требуется	
8.	Определение Национальног о центра гигиены труда и профессионал ь н ы х заболеваний основным координаторо м п о разработке и достижению целей в сфере медицины труда, гигиены и профпатологи и	приказ МЗ	декабрь 2026 года	МЗ, МТСЗН, НЦГТПЗ (по согласованию), МИО	не требуется	

9.	<p>Реализация мер по профилактике травматизма, в части поэтапного открытия региональных травматологических центров, расположенных вдоль аварийно-опасных участков</p>	<p>информация в Правительств о Республики Казахстан</p>	<p>декабрь 2026 – 2029 годов</p>	<p>МЗ, МВД, МЧС, МП, МКИ, МИО</p>	<p>не требуется</p>	
10.	<p>Разработка и реализация республиканского проекта "Саламатты орта" по поддержке создания среды, способствующей укреплению здоровья: определение национального координатора проекта; разработка рамочных методологических подходов с учетом специфики различных сфер деятельности; проведение пилота для апробации инструментов и подходов; создание по результатам пилота цифровых инструментов</p>	<p>информация в Правительств о Республики Казахстан</p>	<p>декабрь 2026 – 2029 годов</p>		<p>не требуется</p>	

	<p>д л я участников с функционало м самооценки , шаблонами типовых планов, отчетности и перечнем рекомендован ных условий для внедрения ; проведение информацион ной кампании , популяризаци я и масштабирован ие проекта</p>			МЗ, МИО		
11.	<p>Увеличение количества городов, организаций, вовлеченных в инициативы ВОЗ " " Здоровые города", " " Школы, способствую щие укреплению здоровья", " " Здоровье на рабочем месте " , " " Университеты , способствую щие здоровью "</p>	<p>количество вовлеченных городов, объектов</p>	<p>декабрь 2026 – 2029 годов</p>	<p>МИО, МЗ, МП, МНВО, МТСЗН</p>	<p>не требуется</p>	
	<p>С учетом обязательств Республики Казахстан в рамках Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака выработка</p>					

12.	законодательных подходов по усилению мер, по ограничению потребления табачных изделий в общественных местах, а также потребления табачных изделий с недостаточным изученным влиянием на здоровье при длительном употреблении	предложения в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ, МВД, МФ	не требуется	
13.	Формирование нормативно-технической базы по содержанию соли в продуктах питания	стандарт Республики Казахстан	декабрь 2027 года	МЗ, МТИ	не требуется	
14.	Разработка проекта Закона Республики Казахстан по внесению изменений в Закон Республики Казахстан "О рекламе" в части ограничения рекламы в масс-медиа продуктов с повышенным содержанием соли, сахара, насыщенных жиров, трансжиров	проект Закона Республики Казахстан	2027 год	МЗ, МКИ	не требуется	
	Утверждение национальног					

15.	о профиля питательных веществ, основанного на критериях содержания соли, сахара, насыщенных жиров и других ключевых компонентов	приказ МЗ	декабрь 2026 года	МЗ	не требуется	
16.	Утверждение методических рекомендаций для внедрения маркировки "Полезный выбор"	методические рекомендации	декабрь 2026 года	МЗ, МТИ, МСХ, МНЭ	не требуется	
17.	Поэтапное введение акциза на сахаросодержащие напитки	проект Закона Республики Казахстан	2027 год	МНЭ, МФ, МЗ	не требуется	
18.	Разработка проекта Закона Республики Казахстан по введению административной ответственности за несоблюдение ограничений в отношении продажи энергетических напитков	проект Закона Республики Казахстан	декабрь 2026 года	МВД, МЗ, МНЭ	не требуется	
19.	Выработка мер по выявлению, профилактике и снижению негативного воздействия цифровой среды на психическое здоровье населения, в особенности	информация в Правительстве о Республике Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов		не требуется	

	детей и молодежи			МЗ, МКИ, МП, МНВО		
20.	Изучение международного опыта по введению стимулирующих мер за приверженность здоровому образу жизни и здоровые формы поведения	предложения в Правительстве о Республики Казахстан	июнь 2026 года	МЗ, МП, МНВО, МКИ, МИО	не требуется	

Направление 2. Первичная медико-санитарная помощь нового поколения

Целевой индикатор 6. Увеличение доли посещений ПМСП по поводу профилактических осмотров, % (2026 год – 27, 2027 год – 29, 2028 год – 31, 2029 год – 33)

Целевой индикатор 7. Численность населения, охваченного услугами передвижных медицинских комплексов, количество населения, млн (2022 год – 1,7, 2023 год – 1,7, 2024 год – 1,7, 2025 год – 2,0)

Целевой индикатор 8. Увеличение удельного веса злокачественных новообразований, выявленных на 0–I стадиях, % (2026 год – 33,8, 2027 год – 35,0, 2028 год – 35,1, 2029 год – 35,2)

Целевой индикатор 9. Увеличение охвата населения, подлежащего скрининговому осмотру против рака шейки матки, % (2026 год – 80,0, 2027 год – 83,0, 2028 год – 87,0, 2029 год – 90,0)

Целевой индикатор 10. Увеличение охвата населения, подлежащего скрининговому осмотру против рака молочной железы, % (2026 год – 70,0, 2027 год – 77,0, 2028 год – 84,0, 2029 год – 90,0)

Целевой индикатор 11. Увеличение охвата населения, подлежащего скрининговому осмотру колоректального рака, % (2026 год – 70,0, 2027 год – 77,0, 2028 год – 84,0, 2029 год – 90,0)

Целевой индикатор 12. Увеличение удельного веса скрининговой колоноскопией в качестве 2 этапа, % (2026 год – 60,0, 2027 год – 67,0, 2028 год – 74,0, 2029 год – 80,0)

Целевой индикатор 13. Доля пациентов, взятых на динамическое наблюдение по поводу выявленного сахарного диабета, от общего числа пациентов с выявленным сахарным диабетом, % (2026 год – 90, 2027 год – 92, 2028 год – 93, 2029 год – 95)

Целевой индикатор 14. Охват динамическим наблюдением лиц с хроническими заболеваниями, подлежащих динамическому наблюдению, % (2026 год – 30, 2027 год – 35, 2028 год – 40, 2029 год – 45)

Целевой индикатор 15. Охват программой управления заболеваниями лиц, состоящих на динамическом наблюдении по нозологиям программы управления заболеваниями, % (2026 год – 8, 2027 год – 12, 2028 год – 17, 2029 год – 20)

Целевой индикатор 16. Доля самостоятельного сестринского приема от общего количества приемов по динамическому наблюдению пациентов с хроническими заболеваниями, % (2026 год – 3, 2027 год – 7, 2028 год – 15, 2029 год – 20)

Целевой индикатор 17. Доля пациентов, госпитализированных в круглосуточный стационар с диагнозами артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких (за исключением планового оперативного лечения), из числа пациентов, состоящих на динамическом наблюдении, % (2026 год – 10, 2027 год – 9, 2028 год – 8, 2029 год – 7)

Целевой индикатор 18. Доля вызовов скорой медицинской помощи 4-й категории срочности по поводу обострения хронических заболеваний от общего количества вызовов 4-й категории срочности, % (2026 год – 70, 2027 год – 60, 2028 год – 50, 2029 год – 40)

	Пересмотр индикаторов профилактических услуг,					
--	-----------------------------------------------	--	--	--	--	--

21.	так же учитывающих охват динамически м наблюдением лиц с хроническими заболеваниями и в рамках стимулирующ е г о компонента системы оплаты ПМСП	приказ МЗ	декабрь 2027 года	МЗ	не требуется	
22.	Повышение навыков специалистов ПМСП в вопросах профилактики и ранней диагностики заболеваний путем: обучения специалистов ПМСП методам мотивационно г о консультиров ания по вопросам формирования культуры здоровья, профилактики и устойчивого изменения поведения и иммунизации; развития навыков и обучения алгоритмам раннего выявления онкологическ и х заболеваний, сахарного диабета у	отчет в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов	МИО, МЗ	в рамках предусмотренных средств	другие источники (средства организаций

	врачей ПМСП ; ведения пациентов с предиабетом с включением мер по профилактике , обучению навыкам самоконтроля ; усиления деятельности школ здоровья на уровне ПМСП и в стационарах путем методического сопровождения и повышения уровня квалификации медицинских работников					здравоохранения)
23.	Реализация услуги "запланированного профилактического приема" ПМСП	приказ МЗ	декабрь 2027 года	МЗ, МИИЦР, МИО	не требуется	
24.	Внедрение цифровых инструментов по учету и мониторингу скринингов, проактивной записи на профилактический прием	протокол тестирования	декабрь 2026 – 2027 годов	МЗ, МИИЦР	не требуется	
25.	Разработка предложений по созданию национального института	предложения в	декабрь 2026 года		не требуется	

	качества медицинской помощи	Правительств о Республики Казахстан		МЗ		
26.	Рассмотрение вопроса передачи процедуры проведения аккредитации медицинских организаций и з конкурентной среды в государствен ную систему либо в единую саморегулиру ющую организацию	предложения в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ, МНЭ, Н П П "Атамекен" (по согласованию)	не требуется	
27.	Расширение медицинских услуг, оказываемых передвижным и медицинским и комплексами, оборудованн ыми для проведения скрининговых обследований на местах	информация в Правительств о Республики Казахстан	2026 – 2029 годов	МЗ, МИО	в рамках предусмотрен ных средств	ОСМС
28.	Внедрение новых скринингов после рассмотрения клинико-экон омической эффективност и	приказ МЗ, решения ОКК	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ	не требуется	
29.	Объединение стран ВОЗ на площадке коалиции по ПМСП для распростране ния эффективных			МЗ	не требуется	

	моделей и лучших практик при лидерстве Казахстана в секретариате Коалиции	итоги работы Коалиции	декабрь 2026 – 2029 годов			
30.	<p>Внедрение цифровых инструментов для координации и маршрутизации и медицинской помощи со стороны ПМСП, в том числе:</p> <p>использование систем уведомлений и напоминаний (в том числе через СМС на номер, зарегистрированный на портале egov.kz) для повышения приверженности лечению и своевременности посещения;</p> <p>учет индивидуальных особенностей пациента при назначении консультации профильных специалистов и манипуляций;</p> <p>разработка адаптивных маршрутов для пожилых людей, лиц с</p>	приказ МЗ	декабрь 2026 года	МЗ, МИИЦР, МИО	не требуется	

	ограниченны м и возможностя ми и других уязвимых групп					
31.	Изучение международн ого опыта для определения необходимост и внедрения нов ых позиций, таких как ассистент врача общей практики, способствую щ и х повышению производител ьности квалифициров анного труда врача	аналитически й отчет	декабрь 2027 года	МЗ	не требуется	
32.	Увеличение охвата пациентов в программе управления заболеваниям и, в том числе за счет пациентов с факторами рисков хронических неинфекцион н ы х заболеваний (с 5% до 20 %)	информация в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИО	в рамках предусмотрен ных средств	ОСМС
	Развитие центров лучших практик и трансформаци я ПМСП на основе масштабиров ан и я эффективных, устойчивых и					

33.	<p> человекоориентированных моделей оказания медицинской помощи, в том числе через: реализацию, апробацию и масштабирование инновационных проектов и решений; усиление роли мультидисциплинарных команд ПМСП региона с распределением функций между врачами, медсестрами, социальными работниками и психологами; организацию профессионального развития медицинских кадров через наставничество, обучение на базе центров компетенций и обмен опытом; методическую поддержку медицинским организациям в адаптации и применении лучших практик с </p>	<p> отчет республиканского координационного центра </p>	<p> декабрь 2026 – 2029 годов </p>		<p> не требуется </p>	
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	--	-------------------------------------	--

	<p>учетом региональных особенностей; координацию и оценку организаций здравоохранения региона для достижения национальных целей развития ПМСП</p>			МЗ, МИО		
<p>Направление 3. Человекоориентированная и доступная медицинская помощь</p>						
<p>Целевой индикатор 19. Снижение стандартизованного коэффициента смертности, на 1000 населения (2026 год – 8,01, 2027 год – 8,00, 2028 год – 7,85, 2029 год – 7,5)</p>						
<p>Целевой индикатор 20. Снижение стандартизованного коэффициента смертности от болезней системы кровообращения, на 100 тысяч населения (2022 год – 130,2, 2023 год – 177,17, 2024 год – 175,5, 2025 год – 170,8, 2026 год – 165,2, 2027 год – 160,8, 2028 год – 158,0, 2029 год – 156,0)</p>						
<p>Целевой индикатор 21. Снижение стандартизованного коэффициента смертности от злокачественных новообразований, на 100 тысяч населения (2022 год – 59,45, 2023 год – 83,01, 2024 год – 81,2, 2025 год – 80,2, 2026 год – 78,1, 2027 год – 76,0, 2028 год – 74,0, 2029 год – 72,0)</p>						
<p>Целевой индикатор 22. Смертность от самоубийств, на 100 тысяч населения (2026 год – 7,3, 2027 год – 7,23, 2028 год – 7,1, 2029 год – 7,0)</p>						
<p>Целевой индикатор 23. Доля медицинских организаций ниже районного уровня, охваченных телемедицинскими комплексами, % (2026 год – 10, 2027 год – 20, 2028 год – 30, 2029 год – 50)</p>						
<p>Целевой индикатор 24. Доля вызовов скорой помощи, обслуженных в установленное нормативами время, % (2026 год – 79, 2027 год – 82, 2028 год – 86, 2029 год – 90)</p>						
<p>Целевой индикатор 25. Средний срок начала лечения подтвержденных злокачественных новообразований с момента постановки предварительного диагноза (дней) (2026 год – 24, 2027 год – 20, 2028 год – 18, 2029 год – 14)</p>						
<p>Целевой индикатор 26. Число новых зараженных ВИЧ, на 1000 неинфицированных (2026 год – 0,24, 2027 год – 0,25, 2028 год – 0,26, 2029 год – 0,26)</p>						
<p>Целевой индикатор 27. Доля новых зараженных ВИЧ в структуре выявления с парентеральным путем передачи, % (2026 год – 19,0, 2027 год – 18,7, 2028 год – 18,4, 2029 год – 18,0)</p>						
<p>Целевой индикатор 28. Уровень удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями, % (2022 год – 69,6, 2023 год – 73,0, 2024 год – 76,5, 2025 год – 80,0)</p>						
<p>Целевой индикатор 29. Удовлетворенность населения качеством услуг, оказываемых государственными медицинскими учреждениями, % (2026 год – 41,5, 2027 год – 42,0, 2028 год – 42,5, 2029 год – 43,0)</p>						
<p>Целевой индикатор 30. Доля аккредитованных поставщиков медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС, подлежащих аккредитации, % (2026 год – 60, 2027 год – 62, 2028 год – 64, 2029 год – 66)</p>						
<p>Целевой индикатор 31. Наличие службы поддержки пациентов и внутренней экспертизы в субъектах здравоохранения вне зависимости от форм собственности, % (2026 год – 20, 2027 год – 40, 2028 год – 65, 2029 год – 95)</p>						
<p>Целевой индикатор 32. Увеличение общей 5-летней выживаемости злокачественными новообразованиями, % (2026 год – 55,4, 2027 год – 55,7, 2028 год – 56,1, 2029 год – 56,5)</p>						
<p>Целевой индикатор 33. Снижение заболеваемости психическими поведенческими расстройствами (заболеваниями), вследствие употребления психоактивных веществ, на 100 тысяч населения (2026 год – 67,32, 2027 год – 67,12, 2028 год – 66,92, 2029 год – 66,72)</p>						

Целевой индикатор 34. Распространенность туберкулеза, на 100 тысяч населения (2026 год – 43,9, 2027 год – 43,8, 2028 год – 43,7, 2029 год – 43,5)

Целевой индикатор 35. Доля пациентов, ожидавших плановую госпитализацию более 10 дней, % (2026 год – 15,0,

2027 год – 13,0, 2028 год – 11,0, 2029 год – 10,0)

Целевой индикатор 36. Смертность в результате дорожнотранспортных происшествий, на 100 тысяч населения (2026 год – 11,6, 2027 год – 11,5, 2028 год – 11,4, 2029 год – 11,3)

Целевой индикатор 37. Ежегодное количество новых и модернизированных объектов здравоохранения, соответствующих мировым стандартам оказания медицинской помощи, количество единиц (2022 год – 3, 2023 год – 5, 2024 год – 32, 2025 год – 24)

	Масштабирование мультидисциплинарного подхода через расширение сети референс-центров и подразделений специализированной медицинской помощи путем: внедрения проектного управления в работе координационных советов; развития сети и интеграции республиканских и региональных центров компетенций по ключевым профилям; развития возможностей телемедицины, интегрированной с информационной системой здравоохранения, в том числе сервисов для					
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

34.	<p>удаленного наблюдения и консультирования пациентов с хроническими НИЗ;</p> <p>актуализации перечня медицинских услуг, которые могут оказываться дистанционно;</p> <p>внедрения механизмов наставничества: стажировки, разбора клинических случаев, ротации специалистов и управленческого персонала;</p> <p>регулярной адаптации маршрутов и клинических протоколов с учетом мониторинга данных, отзывов медицинских работников, пациентов и пациентских организаций;</p> <p>внедрения цифровых интерфейсов обратной связи и поддержки пациентов</p>	отчеты координационных советов	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИО, МИИЦР	не требуется	
	Внедрение автоматизированного контроля					

35.	сроков зеленого коридора" п р и злокачественн ы х новообразова ниях и уведомление служб поддержки пациента и органов мониторинга качества с последующим распростране нием и на заболевания, представляю щ и е опасность для окружающих	реализованны й функционал мониторинга	декабрь 2027 года	МЗ, МИИЦР, МИО	не требуется	
36.	Выработка мер по повышению доступности помощи пожилым людям, направленной на сохранение функциональ н о й способности, в том числе: профессионал ь н а я переподготов к а медицинских работников д л я устойчивого покрытия потребностей пожилого населения, особенно в условиях сельской местности; повышение доступности	предложения в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2027 года		не требуется	

	долгосрочного ухода, в том числе на дому ; распространение положительно го опыта центров активного долголетия по психологичес кой поддержке пожилых людей			МЗ, МИО		
37.	Перепрофилирование свободных коек для создания специализированных отделений сестринского ухода в регионах	отчет	декабрь 2026 года	МЗ, МИО	не требуется	
38.	Внедрение персонализированного подхода при назначении антиретровирусной терапии с учетом генотипической резистентности и носительства аллели HLA B*5701	отчет в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов	КНЦДИЗ (по согласованию) МЗ, МИО	не требуется	
	Обеспечение охвата медицинской помощью в рамках достижения цели 95-95-95 Глобальной стратегии до 2030 года:					

39.	95% всех лиц, живущих с ВИЧ, должны знать свой ВИЧ-статус; 95% всех, у кого диагностирована ВИЧ-инфекция, должны стабильно получать антиретровирусную терапию; 95% лиц, получающих терапию, должны быть с подавленной вирусной нагрузкой	отчет в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов	КНЦДИЗ (по согласованию) МЗ, МИО	не требуется	
40.	Анализ потребности круглосуточного стационара при учреждениях уголовно-исполнительной системы	предложения в Правительстве о Республике Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ, МВД, МИО	не требуется	
41.	Проработка механизмов обеспечения лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, психологической помощью и экстренной стоматологической помощью в соответствии с минимальным	предложения в Правительстве о Республике Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ, МВД, МИО	не требуется	

	и стандартами и правилами обращения с заключенным и					
42.	Перевод медицинских данных лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, в цифровой формат	информация в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МВД, МИИЦР, МИО	не требуется	
43.	Внедрение цифровых инструментов в деятельность служб медицинской реабилитации, включая учет ограничения жизнедеятельности	информация в Правительств о Республики Казахстан	июнь 2027 года	МЗ, МИИЦР	не требуется	
44.	Мониторинг качества обеспечения медицинской помощью пациентов с орфанными заболеваниями.	отчет республиканского центра орфанных заболеваний	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИО, Республиканский центр орфанных заболеваний (по согласованию)	не требуется	
45.	Развитие медицинского туризма в Республике Казахстан через открытие отделов по медицинскому туризму в НИИ, НЦ и продвижение бренда здравоохране	информация в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИД	в рамках предусмотренных средств	другие источники (средства организаций)

	н и я Казахстана на международн ых площадках					здравоохране ния)
46.	<p>Развитие санаторно-курортной отрасли в Республике Казахстан путем: создания атласа природных лечебно-климатических и бальнеологических ресурсов и передовых организаций здравоохранения Казахстана; межсекторального взаимодействия по развитию территорий с высоким природным рекреационным потенциалом, способствующего продвижению медицинского туризма и курортной сети; повышения нормативных требований к санаторно-курортной деятельности в целях приближения к международному уровню с</p>	отчет в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов		не требуется	

	ориентиром на стандарты EuroSPA			НИИКМР (по согласованию) МЗ, МИО,		
47.	Проработка возможности использования передвижных стационаров для повышения доступности медицинской помощи в отдаленных и труднодоступных регионах	информация в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ, МИО	не требуется	
48.	Создание единого регистра для регистрации и анализа нежелательных инцидентов и ошибок в оказании медицинской помощи, основанной на принципах "справедливой культуры"	единый регистр	декабрь 2027 года	МЗ	не требуется	
49.	Формирование механизмов вовлечения пациентов и их представителей в оценку качества и безопасности медицинской помощи	приказ МЗ	декабрь 2027 года	МЗ	не требуется	
50.	Создание национальной системы мониторинга индикаторов качества и безопасности медицинской помощи	приказ МЗ	декабрь 2027 года	МЗ	не требуется	

51.	Обеспечение пациенториентированности службы поддержки пациентов и устранение конфликта интересов при совмещении с функциями внутренней экспертизы качества в медицинских организациях через их разъединение и расширение функций	приказ МЗ	декабрь 2027 года	МЗ	не требуется	
52.	Расширение охвата аккредитации медицинских организаций, осуществляющих оказание специализированной медицинской помощи по следующим направлениям : гемодиализ, фтизиатрия, вспомогательные репродуктивные технологии, онкогематология, стоматология, лечение ВИЧ, психическое здоровье и актуализация стандартов аккредитации	приказ МЗ	2026 – 2029 годов	МЗ	не требуется	
	Внедрение обязательной аккредитации для					

53.	поставщиков ГОБМП и ОСМС	приказ МЗ	декабрь 2026 года	МЗ	не требуется	
54.	Мониторинг деятельности организаций, аккредитующих медицинских организации	приказ МЗ	декабрь 2027 года	МЗ	не требуется	
55.	Совершенствование постаккредитационного мониторинга, в том числе внедрение рандомной выборки организаций государственным органом в сфере оказания медицинских услуг (помощи) не позднее 6 месяцев с момента прохождения аккредитации	приказ МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ	не требуется	
56.	Создание комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях, в том числе по качеству питания, комфорту койка-места, окружающей пациента обстановки, доброжелательности персонала	информация в Правительстве о Республике Казахстан	декабрь 2026 – 2028 годы	МЗ, МИО	не требуется	
Направление 4. Семейное благополучие – новый стратегический ориентир						

Целевой индикатор 38. Снижение младенческой смертности, на 1000 родившихся живыми (2022 год – 7,68, 2023 год – 7,67, 2024 год – 7,50, 2025 год – 7,40, 2026 год – 7,3; 2027 год – 7,2; 2028 год – 7,1; 2029 год – 7,0)

Целевой индикатор 39. Коэффициент неонатальной смертности, на 1000 родившихся живыми (2026 год – 4,1; 2027 год – 4,0; 2028 год – 3,9; 2029 год – 3,8)

Целевой индикатор 40. Коэффициент детской смертности в возрасте до 5 лет, на 1000 родившихся живыми (2026 год – 9,7; 2027 год – 9,65; 2028 год – 9,60; 2029 год – 9,55)

Целевой индикатор 41. Снижение материнской смертности, на 100 тысяч родившихся живыми (2022 год – 17,0, 2023 год – 11,4, 2024 год – 11,4, 2025 год – 11,3, 2026 год – 11,2; 2027 год – 11,1; 2028 год – 11,0; 2029 год – 10,9)

Целевой индикатор 42. Коэффициент рождаемости среди девочек-подростков, на 1000 девочек в возрасте 15–17 лет (2026 год – 2,9; 2027 год – 2,8; 2028 год – 2,7; 2029 год – 2,6)

Целевой индикатор 43. Коэффициент аборта среди девочек-подростков, на 1000 девочек в возрасте 15–17 лет (2026 год – 0,70; 2027 год – 0,65; 2028 год – 0,60; 2029 год – 0,50)

Целевой индикатор 44. Снижение заболеваемости анемией среди беременных женщин в возрасте 15–49 лет, % (2026 год – 25,0; 2027 год – 24,5; 2028 год – 24,0; 2029 год – 23,5)

Целевой индикатор 45. Доля женщин, взятых на учет по беременности, охваченных прегравидарной подготовкой, % (2026 год – 50; 2027 год – 55; 2028 год – 60; 2029 год – 65)

57.	Укомплектование отделений интенсивной терапии новорожденных организаций родовспоможения средними медицинскими работниками с поэтапным доведением до соотношения 1 медсестра на 1 новорожденного	информация в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2027 – 2029 годов	МЗ, МИО, ННЦРЗ (по согласованию)	не требуется	
58.	Открытие колек неонатальной хирургии для оперативного вмешательства новорожденных в региональных организациях родовспоможения	отчет в МЗ	декабрь 2026 – 2027 годов	МИО, НЦПДХ (по согласованию) МЗ	не требуется	

Внедрение дополнительных мер по сопровождению развития ребенка с рождения: мониторинг укомплектованности патронажным и кадрами на территориальных участках ПМСП; обучение специалистов ПМСП коммуникативным навыкам, включая работу с уязвимыми семьями, и алгоритму взаимодействия со службами социальной защиты; обеспечение специалистов ПМСП доступом к данным, связанным со здоровьем и благополучием ребенка, в том числе из информационных систем образования и социальной защиты; автоматизированный мониторинг соблюдения временных нормативов для патронажа и

НЦПДХ (по согласованию)

59.	<p>этапов маршрутизации и иноворожденных; выявление и регистрация медицинских и социальных педиатрических рисков, связанных с питанием, развитием ребенка, безопасностью среды; раннее выявление нарушений в развитии и своевременное направление детей на необходимую помощь в организациях ПМСП; открытие центров развития и раннего вмешательства в организациях ПМСП; обучение кадров ПМСП современным подходам, основанным на доказательной базе и международных руководствах ВОЗ, в том числе применение карманного справочника</p>	отчет в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов) МЗ, МТЗСН, МП, МКИ, МИО	не требуется	
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	---------------------------	---------------------------	--------------	--

	ВОЗ ПМСП для детей и подростков					
60.	Внедрение новых методов медицинской реабилитации и их трансферт из национальных научных центров в регионы	отчет в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов	МИО, МЗ	не требуется	
61.	Утверждение стандарта оказания медицинской помощи детям в дошкольных организациях	приказ МЗ	декабрь 2027 года	МЗ, МП	не требуется	
62.	Проведение республиканской акции "Саламатты мектеп" (на 2026 – 2028 годы)	Дорожная карта	март 2026 года	МЗ, МП	не требуется	
63.	Обеспечение непрерывных поставок, в том числе барьерных контрацептивов через ПМСП / молодежные центры здоровья	отчет в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов	МИО, МЗ	не требуется	
	Увеличение охвата преграavidарной подготовкой женщин, планирующих беременность, а также улучшение выявляемости заболеваний д л я					

64.	<p>оздоровления д о планируемой беременности , в том числе через: профилактиче с к и е обследования юношей и девушек, планирующих вступление в брак; выявление и лечение инфекционны х и хронических заболеваний до зачатия; выявление рисков и предупрежден ие рождения детей с наследственн ы м и хромосомным и и генетическим и аутосомно-ре цессивными болезнями; внедрение новых, клинико-экон омически обоснованных подходов к диагностике и лечению репродуктивн ы х нарушений; увеличение охвата беременных учетом и наблюдением до 10 недель; мультидисцип линарный</p>	<p>информация в Правительств о Республики Казахстан</p>	<p>декабрь 2026 – 2029 годов</p>	<p>не требуется</p>
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	---------------------

	<p>подход к ведению женщин с факторами риска, включая ЭГЗ; расширение доступности безопасного прерывания беременности ; мониторинг охвата антианемическими препаратами посредством цифровых инструментов</p>			МЗ, МИО		
65.	<p>Реализация проекта " Паспорт здоровья беременной женщины" по переводу обменной карты беременных женщин в электронный формат</p>	приказ МЗ	июль 2026 года	МЗ, МИИЦР, МИО	не требуется	
66.	<p>Расширение применения современных, безопасных и экономически эффективных технологий перинатально го скрининга для предотвращения рождения детей с врожденными пороками развития и хромосомным и аномалиями</p>	приказ МЗ	2027 – 2029 годов	МЗ, МИО	в рамках предусмотренных средств	ОСМС
	Проактивное определение					

67.	маршрута беременной с учетом индивидуальных рисков и доступности медицинской инфраструктуры	приказ МЗ	апрель 2026 – 2027 годов	МЗ, МИО	не требуется
68.	Проработка проекта "Здоровая мама" по открытию (за счет местного бюджета) на территории областных перинатальных центров местного временного пребывания для заблаговременного нахождения беременных группы высокого риска из отдаленной сельской местности	информация в Правительстве о Республике Казахстан	декабрь 2027 года	МЗ, МИО	не требуется
69.	Внедрение механизмов обеспечения доступности услуг социальных работников в родовспомогательных организациях для своевременной оценки социальных рисков, профилактики отказов от новорожденных с разъяснением	информация в Правительстве о Республике Казахстан	декабрь 2028 года		не требуется

	мер государственной поддержки и доступных социальных услуг			МЗ		
70.	Анализ барьеров в доступе к медицинской помощи беременным и 3 географическ и отдаленных районов	информация в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2028 года	МЗ, МИО	не требуется	
71.	Повышение безопасности родов и снижение материнских рисков за счет реализации мер по снижению акушерских рисков, в том числе за счет: расширения новых клинических практик, технологий и методов лечения, в том числе совместно с интервенцион н о й радиологией; повышения готовности персонала и медицинских организаций к критическим ситуациям; обеспечения акушерского сопровожден и я по принципу "	информация в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2027 – 2029 годов	МЗ, МИО	в рамках предусмотренных средств	ОСМС

	д в е беременные – о д н а акушерка", партнерских родов, реабилитации п о с л е тяжелых родов; проведения конфиденциа льного аудита материнской смертности; внедрения н о в ы х технологий и методов лечения					
72.	Развитие сети региональных центров передового о п ы т а родовспомож ения на базе действующих организаций, включающего практико-ори ентированное обучение и тренинговые площадки для специалистов	информация в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИО	не требуется	
73.	Реализация проекта " Обмен опытом между перинатальны ми референс- центрами": перекрестные визиты ведущих специалистов в соседние регионы для оказания организацион но-методолог	информация в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов		не требуется	

	ической помощи и обмена опытом в целях перенятия лучших практик и методов развития службы			МЗ, МИО		
74.	Реализация программы "Стоп инфекция в организациях родовспоможения", в том числе: определение координаторов из госпитальных эпидемиологов службы родовспоможения; обучение и мониторинговые визиты в областные перинатальные центры для оценки инфекционного контроля	информация в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов	МИО, МЗ	не требуется	
75.	Проработка вопроса открытия ситуационных центров по мониторингу службы родовспоможения в организациях родовспоможения	информация в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годы	МИО, МЗ	не требуется	
	Разработка комплекса мер по укреплению мужского					

76.	здоровья (скрининги, грамотность в отношении здоровья, психологическая помощь, в том числе лицам, содержащимся в УУИС)	приказ МЗ	декабрь 2027 года	МЗ	не требуется	
	<p>Формирование устойчивых форм здорового поведения и обеспечение доступности психологической и социальной помощи путем:</p> <ul style="list-style-type: none"> укрепления компетенции специалистов, работающих с подростками, в вопросах ментального и репродуктивного здоровья, коммуникации, профилактики рисков и формирования доверия; разработки унифицированных, научно обоснованных подходов к укреплению здоровья подростков, включая физическую активность и профилактику поведенческих рисков; 					

77.	<p>обеспечения каждому подростку равного доступа к дружественным, безопасным и конфиденциальным услугам, особенно для уязвимых групп; реализации адаптивной модели помощи, отвечающей реальным запросам подростков, включая эмоциональные и поведенческие трудности, координацию и обеспечение достоверной информацией; усиления медиа присутствия МЦЗ как надежного источника информации и поддержки, ориентированного на подростков; внедрения системы оценки качества услуг на основе мнения подростков, прозрачности, цифровых решений и соблюдения</p>	информация в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов	МИО, МЗ МП	в рамках предусмотренных средств	ОСМС
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	---------------------------	------------	----------------------------------	------

принципов уважения и конфиденциальности; укрепления репродуктивного здоровья с подросткового возраста через доверительную, научно обоснованную и доступную медицинскую помощь и просвещение; доступности консультации и помощи в состояниях тревожности, депрессии и при стрессовых расстройствах ; развития цифровых форматов помощи, включая дистанционное консультирование и онлайн-инструменты психологической поддержки

Направление 5. Устойчивость и безопасность системы здравоохранения

Целевой индикатор 46. Показатель достоверности лабораторных исследований СЭС, % (2022 год – 92; 2023 год – 95; 2024 год – 95; 2025 год – 95)

Целевой индикатор 47. Средний интегральный балл готовности к соблюдению международных медикосанитарных правил (SPAR) (2026 год – 77; 2027 год – 82; 2028 год – 86; 2029 год – 90)

Целевой индикатор 48. Доля целевой группы населения в возрасте до 16 лет, охваченного иммунизацией, согласно Национальному календарю профилактических прививок, не менее 95% (2026 год – 95; 2027 год – 95; 2028 год – 95; 2029 год – 95)

Целевой индикатор 49. Доля аккредитованных лабораторий на соответствие международным стандартам, % (2026 год – 68; 2027 год – 70; 2028 год – 72; 2029 год – 73)

Целевой индикатор 50. Степень готовности медицинских организаций, органов и организаций санитарноэпидемиологической службы к ликвидации ситуаций природнотехногенного характера, % (2026 год – 83,55; 2027 год – 87,45; 2028 год – 91,25; 2029 год – 95,5)

78.	<p>Совершенствование механизмов риск-ориентированного государственного санитарно-эпидемиологического контроля через:</p> <p>развитие механизмов межсекторального обмена информацией, мониторинга, оценки рисков и совместного реагирования; регулярную оценку результатов и совершенствование подходов и норм на основе реализовавшихся рисков и последствий</p>	<p>отчет в Правительстве Республики Казахстан</p>	<p>декабрь 2027 – 2029 годов</p>	<p>МЗ, НЦОЗ (по согласованию), МИО</p>	<p>не требуется</p>	
79.	<p>Совершенствование радиологического надзора посредством проведения радонового картирования в населенных местах, особенно в северных регионах Республики Казахстан</p>	<p>отчет в Правительстве Республики Казахстан</p>	<p>декабрь 2026 – 2029 годов</p>	<p>МЗ</p>	<p>не требуется</p>	
	<p>Модификация и внедрение</p>					

80.	информационной системы "Эпидемиолог" для обеспечения эффективности и эпидемиологического надзора	в в о д модификации в эксплуатацию	декабрь 2026 года	МЗ, МИИЦР	в рамках предусмотрен ных средств	ПФ
81.	Внедрение информационной системы в области обеспечения биологической безопасности	в в о д в эксплуатацию	декабрь 2029 года	МЗ, МИИЦР	в рамках предусмотрен ных средств	РБ
82.	Совершенствование национального календаря профилактических и прививок Республики Казахстан путем: внедрения вакцинации против вируса папилломы человека мальчиков в возрасте 11 лет; расширения целевой группы населения, подлежащего вакцинации против коклюша, с включением подростков в возрасте 16 лет и беременных женщин	проект постановления Правительства а Республики Казахстан	2028 – 2029 годов	МЗ	31401152 тысяч тенге, в том числе: 2028 год – 15700576 тысяч тенге, 2029 год – 15700576 тысяч тенге	РБ
	Совершенствование геномных					

83.	исследований з а возбудителям и инфекционны х заболеваний (корь, грипп, SARS-CoV-2, энтеровирусн ая инфекция, Конго-крымск а я геморрагичес кая лихорадка , метапневмови русы, коклюш , сальмонеллез ные инфекции , бруцеллез, AMP и др.) на б а з е референс-лаб оратории НЦОЗ	отчет НЦОЗ	декабрь 2027 – 2029 годов	МЗ, НЦОЗ (по согласованию не требуется)	не требуется
84.	Проведение эпидемиологи ческих исследований за сточными водами (энтеровирус, SARS-CoV-2, AMP и т.д.)	отчет	декабрь 2027 – 2029 годов	МЗ	не требуется
85.	Д о л я медицинских организациях в разрезе регионов, внедривших школы передовых практик по профилактике инфекций и инфекционно го контроля	отчет	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИО	не требуется
	Проведение исследования на наличие безопасных условий (

86.	водоснабжени е, санитария и гигиена, утилизация медицинских отходов и уборки) в медицинских организациях д л я обеспечения практики ПИИК в части управления услугами WASH	отчет о проведении исследования	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИО	не требуется
87.	Внедрение контроля использовани я противомикро б н ы х препаратов в медицинских организациях согласно стратегии контроля антимикробно й терапии (С КАТ)	отчет	декабрь 2027 – 2029 годов	МЗ, МИО	не требуется
88.	Внедрение контроля антимикробно й терапии, мониторинга п о потреблению противомикро б н ы х препаратов на уровне ПМСП	отчет в Правительств о Республики Казахстан	2026 – 2027 годов	МЗ, НЦОЗ (по согласованию , МИО	не требуется
	Увеличение количества лабораторий в с ф е р е здравоохране н и я , вовлеченных в эпидемиологи ческий надзор				

89.	з а устойчивость ю к антимикробн ы м препаратам, от общего количества лабораторий, проводящих бактериологи ческие исследования	отчет в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов	НЦОЗ (по согласованию , МЗ, МИО	не требуется	
90.	Подготовка и внесение предложений п о проведению прикладных научных исследований п о следующим направлениям : гигиена организованн ы х коллективов (школы, детсады, учреждения для пожилых) ; оценка состояния окружающей среды и качества питьевой воды; влияние факторов окружающей среды на здоровье детей и подростков; радиационная безопасность и профилактика	предложения в МНВО	декабрь 2027 года	МЗ, МНВО, МИО	не требуется	

	<p>воздействия ионизирующего излучения; влияние пестицидов, содержащихся в пищевой продукции, на развитие аутизма у детей в соответствии с рекомендациями и Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН (Food and Agriculture Organization)</p>					
91.	<p>Внесение предложений по проведению исследования по влиянию электромагнитных излучений в части влияния базовых станций сетей связи 5 поколения (5G) на здоровье населения</p>	<p>предложения в МНВО</p>	<p>декабрь 2028 года</p>	<p>МЗ, МНВО, МИИЦР</p>	<p>не требуется</p>	
	<p>Автоматизация системы оценки рисков ("Санитарно-эпидемиологический надзор") с интеграцией с информационными системами государствен</p>					<p>253584 тысяч тенге, в том числе: 2027 год – 108086</p>

92.	ных органов (И С "е-Лицензирование", ИС ЕРСОП и ЕРАП, ИС НОБД), автоматизация сбора, обработки и визуализации эпидемиологических и лабораторных данных	акт ввода в эксплуатацию	декабрь 2027 – 2029 годов	МЗ, МИИЦР, МНЭ, МП	тысяч тенге, 2028 год – 72749 тысяч тенге, 2029 год – 72749 тысяч тенге	РБ
93.	Модернизация объектов санитарно-эпидемиологической службы, в том числе: разработка ПСД на строительство 7 лаборатории противочумных станции; строительство 7 лаборатории противочумных станции; разработка ПСД на капитальный ремонт Талдыкорганской ПЧС; капитальный ремонт Уральской ПЧС; закуп лабораторного оборудования; закуп автотранспорта	информация в Правительстве о Республики Казахстан	декабрь 2027 – 2029 годов	МЗ	13932617 тысяч тенге, в том числе: 2027 год – 1540819 тысяч тенге, 2028 год – 6193056 тысяч тенге, 2029 год – 6198742 тысяч тенге	РБ
	Увеличение количества показателей, предусмотрен					

94.	ных в области аккредитации лабораторий санитарно-эпидемиологической экспертизы	аттестат аккредитации	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ	не требуется	
95.	Увеличение количества показателей лабораторных исследований, регламентированных техническими регламентами ЕАЭС	акты внедрения	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ	не требуется	
96.	Рассмотрение вопроса введения должности главного санитарного врача Республики Казахстан в состав Совета безопасности Республики Казахстан	предложения в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ	не требуется	
97.	Обеспечение готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения на 2026-2029 годы	совместный приказ	декабрь 2026 года	МЗ, МФ, МСХ, МТ, МЧС	не требуется	
98.	Утверждение региональных планов по обеспечению готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественног	утвержденные планы	март 2026 года		не требуется	

	о здравоохране ния на 2026- 2029 годы			МИО		
99.	Проведение базовой оценки территориальных департаментов в КСЭК и медицинских организаций по готовности реагирования на чрезвычайные ситуации с участием экспертов ВОЗ	отчет об оценке	декабрь 2026 года	МЗ	в рамках предусмотренных средств	ПФ
100.	Усиление санитарно-карантинного контроля на Государственной границе через проведение оценки пунктов въезда, пересмотр плана по выявлению и реагированию на угрозы, случаи, вспышки инфекционных заболеваний, особо опасных инфекций и других чрезвычайных ситуаций в области общественног о здравоохране н и я , обновление инфраструкту	приказ МЗ	декабрь 2026 года	МЗ, МИО, МСХ, МТ	в рамках предусмотренных средств	ПФ

	ры и разработка стандартных операционных процедур (СОП)					
Направление 6. Развитие персонализированной и высокотехнологичной медицины						
Целевой индикатор 51. Доля медицинских организаций, использующих инструменты с искусственным интеллектом в повседневной практике, % (2026 год – 30; 2027 год – 35; 2028 год – 40; 2029 год – 45)						
Целевой индикатор 52. Доля радиологических исследований, обработанных с помощью инструментов искусственного интеллекта до их интерпретации врачами, % (2026 год – 5; 2027 год – 10; 2028 год – 15; 2029 год – 20)						
Целевой индикатор 53. Доля медицинских организаций, обеспечивающих обмен данными с ядром e-Densaulыq, % (2022 год – 50; 2023 год – 65; 2024 год – 80; 2025 год – 100)						
Целевой индикатор 54. Доля субъектов здравоохранения вне зависимости от форм собственности, интегрированных с единым хранилищем медицинских данных в части обеспечения обмена данными, % (2026 год – 20; 2027 год – 40; 2028 год – 65; 2029 год – 95)						
101.	Развитие персонализированной медицины	информация в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2027 – 2029 годов	МЗ, МИИЦР, РЦЭЗ (по согласованию)	в рамках собственных средств организаций здравоохранения	другие источники (средства организаций здравоохранения)
102.	Развитие роботизированной и ассистированной хирургии и применение робототехники в медицинской практике в части расширения спектра услуг	информация в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИО	не требуется	
103.	Переход на классификацию МКБ-11 для совместимости с новыми цифровыми технологиями, совместимости данных, учета генетических и цифровых аспектов здоровья	приказ МЗ	декабрь 2028 года	МЗ, ННЦРЗ (по согласованию)	не требуется	

104.	Переход на статистический учет причин смерти с указанием конкретного кода МКБ-11 и всех факторов, приведших к смерти, в соответствии с рекомендациями ВОЗ	приказ МЗ	декабрь 2029 года	МЗ	не требуется	
105.	Обучение цифровым компетенциям медицинских работников и специалистов служб поддержки пациентов	информация об обучении	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, ОВПО, МП, МИО, РЦЭЗ (по согласованию)	в рамках собственных средств организаций здравоохранения	другие источники (средства организаций здравоохранения)
106.	Внедрение интегрированных инструментов качества через централизованные сервисы для МИС, направленные на поддержку клинических решений (ИИ-ассистент, интерпретация, интеграция медицинских записей и клинических протоколов)	информация в Правительстве о Республике Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИИЦР, МИО, РЦЭЗ (по согласованию)	в рамках собственных средств организаций здравоохранения	другие источники (средства организаций здравоохранения)
	Реализация удобного доступа к медицинским данным модуля eDensaulыq на платформе					

107.	еGov и совместимости с портативными и медицинскими устройствами и приложениям и для самоменеджмента хронических заболеваний	информация в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2027 – 2029 годов	МЗ, МИИЦР, МИО, РЦЭЗ (по согласованию)	не требуется	
Направление 7. Технологическое развитие фармацевтической и медицинской промышленности, устойчивое лекарственное обеспечение						
Целевой индикатор 55. Количество новых производств по выпуску лекарственных средств и медицинских изделий, единиц (2022 год – 5; 2023 год – 8; 2024 год – 14; 2025 год – 6)						
Целевой индикатор 56. Доля лекарственных средств и медицинских изделий казахстанского производства на локальном фармацевтическом рынке, % (2026 год – 30; 2027 год – 40; 2028 год – 45; 2029 год – 50)						
Целевой индикатор 57. Охват логистических цепочек лекарственных средств (в том числе вакцин) цифровым мониторингом (холодовая цепь), % (2026 год – 50, 2027 год – 80, 2028 год – 90, 2029 год – 100)						
Целевой индикатор 58. Доля закупа единым дистрибьютором казахстанских лекарственных средств и медицинских изделий в денежном выражении к общему объему закупа, % (2022 год – 33, 2023 год – 35, 2024 год – 29,75, 2025 год – 31, 2026 год – 32; 2027 год – 34; 2028 год – 35; 2029 год – 37)						
Целевой индикатор 59. Инвестиции в основной капитал в здравоохранении, % реального роста к уровню 2019 года (2022 год – 225,57, 2023 год – 302,1, 2024 год – 325,8, 2025 год – 372,2)						
Целевой индикатор 60. Доля аккредитованных лабораторий/центров на соответствие международным стандартам, % (GLP и ISO-17025) (проводится 1 раз в 2 года) (2023 год – 60, 2025 год – 100)						
Целевой индикатор 61. Валовый приток прямых инвестиций от прямых иностранных инвесторов в производство основных фармацевтических продуктов и препаратов, млн долларов США (2026 год – 110,5; 2027 год – 121,5; 2028 год – 133,7; 2029 год – 147,0)						
Целевой индикатор 62. Доля лекарственных средств, движение которых отслеживается в режиме реального времени, % (2026 год – 75; 2027 год – 80; 2028 год – 85; 2029 год – 90)						
Целевой индикатор 63. Доля дефицита лекарственных средств от годовой потребности организаций первичной медико-санитарной помощи в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения, % (2026 год – 14; 2027 год – 13; 2028 год – 11; 2029 год – 10)						
Целевой индикатор 64. Средняя доля обеспеченности пациентов в рамках перечня амбулаторного лекарственного обеспечения, % (2026 год – 35; 2027 год – 40; 2028 год – 45; 2029 год – 50)						
Целевой индикатор 65. Суммарная доля обеспечения неснижаемого запаса лекарственных средств и медицинских изделий, % (2026 год – 25; 2027 год – 25; 2028 год – 25; 2029 год – 25)						
	Модификация деятельности кластеров фармацевтической и медицинской промышленности в городах					

108.	Астане, Актобе и Шымкенте путем совершенствования образовательной и научной инфраструктуры, увеличения клинической практики и исследований, развития производства, сбыта и дистрибуции	информация в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МНЭ, акиматы городов Астана, Шымкент и Актюбинской области	не требуется	
109.	Усиление взаимодействия с научными организациями и в области здравоохранения с целью проведения исследований и подготовки кадров для предприятий фармацевтической и медицинской промышленности	информация в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МНВО, ОВПО, НИИ, НЦ	не требуется	
110.	Расширение перечня выпускаемой фармацевтической продукции казахстанскими и производителями, в том числе инновационной, для лечения сердечно-сосудистых, онкологических, аутоиммунных	информация в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МНЭ, МИО	не требуется	

	х и диабетически х заболеваний					
111.	Привлечение инвестиций в фармацевтиче скую промышленно сть, в том числе и с использовани ем механизмов соглашений об инвестициях и инвестиционн ых контрактов для устойчивого роста доли продукции казахстанских производител ей	информация в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИД, МНЭ, МИО	не требуется	
112.	Разработка целостной фармацевтиче ской политики, в том числе развитие партнерства с ведущими мировыми фармацевтиче скими производител ями Big Pharma – Top 50 в целях обеспечения трансферта технологий и локализации производства	информация в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИД, МНЭ	не требуется	
	Совершенств ование методологии и процедур оценки					

113.	технологий здравоохранения, в том числе требований к качеству отчета, методологических требований и валидации результатов	методические рекомендации	декабрь 2026 года	МЗ	не требуется	
114.	Разработка формулярного руководства по рациональному применению лекарственных средств, включенных в Казахстанский национальный лекарственный формуляр, содержащего информацию о лекарственных формах, показаниях, режимах дозирования, курсах и длительности лечения, возрастных ограничениях, побочных эффектах и противопоказаниях, включая применение лекарственных средств по показаниям, не утвержденным в инструкции	формулярное руководство	2026 – 2028 годов		не требуется	

	п о медицинском у применению			МЗ		
115.	Внедрение расчета показателя " год жизни с поправкой на качество (Quality-Adjusted Life Year, QALY)" стандартизированной единицы измерения, используемой для количественной оценки ценности технологий здравоохранения, отражающей одновременно изменение продолжительности и качества жизни пациента и позволяющей принимать решения по амбулаторному лекарственному обеспечению с учетом ресурсов системы здравоохранения	отчет с применением QALY в рамках АЛО	2027 – 2029 годов	МЗ, ННЦРЗ (по согласованию)	не требуется	
	Наличие отделения клинической фармакологии в медицинских организациях, з а					

116.	исключением 1 уровня, для рационального использования лекарственных средств в рамках ГОБМП и в системе ОСМС	отчет в МЗ	2027 год	МЗ, МИО	не требуется	
117.	Оцифровка перечня лекарственных средств, возмещаемых государством, путем перехода на государственную услугу (КНФ-АЛО-Е Д-орфанный)	электронный Казахстанский национальный лекарственный формуляр со статусами АЛО, ЕД, орфанный	2027 год	МЗ, МИИЦР, РЦЭЗ (по согласованию)	не требуется	
118.	Обеспечение равного доступа пациентов к лекарственным средствам для лечения социально значимых заболеваний, включая орфанные заболевания	приказ МЗ	2026 год	МЗ, МИО	не требуется	
119.	Реализация механизмов разделения затрат стоимости лекарственных средств, предусматривающих распределение финансовой нагрузки с участием производителей	соглашения с производителями	2027 год	МЗ, ННЦРЗ (по согласованию), ТОО "СК-Фармация" (по согласованию)	не требуется	

120.	Децентрализация амбулаторного лекарственного обеспечения с использованием сооплаты, включая возмещение фиксированной стоимости базовой терапии при артериальной гипертензии	информация в Правительстве Республики Казахстан	2027 год	МЗ, ННЦРЗ (по согласованию)	не требуется
121.	Переход от выдачи разрешительных документов на ввоз временной регистрации лекарственных средств в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, включая ускоренную регистрацию лекарственных средств для лечения орфанных заболеваний при наличии показаний в базе данных ORPHANET	приказ МЗ	2027 год	МЗ	не требуется
122.	Цифровизация полного цикла лекарственного обеспечения - от планирования до отпуска лекарственных средств пациентам,	акт выполненных работ	2027 год	МЗ, МИИЦР, МВД	не требуется

	включая наркотические и психотропные средства					
123.	Переход от утверждения к автоматическому формированию предельных цен на лекарственные средства в рамках ГОБМП и в системе ОСМС с применением внешнего и внутреннего реферирования цен посредством интеграции информационных систем министерств финансов и здравоохранения	акт выполненных работ	2026 – 2027 годов	МЗ, МФ, МИИЦР	не требуется	
124.	Реализация контрактного фракционирования по производству плазменных препаратов крови (альбумин, иммуноглобулин, факторы VIII и IX,) а также производство лекарственных средств для оказания экстренной и неотложной помощи в целях обеспечения	соглашения с производителями	2026 – 2028 годов		не требуется	

	национальной безопасности страны (эпинефрин, пипекурония бромид, окситоцин и т.д.)			МЗ		
125.	Поэтапный перевод закупок лекарственных средств и медицинских изделий в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на портал государственных закупок, начиная с медицинских организаций	а к т выполненных работ	2029 год	МЗ, МФ, МИИЦР	не требуется	
126.	Реализация групповых закупок лекарственных средств единым дистрибьютором для стран ближнего зарубежья (Кыргызстан, Узбекистан, Азербайджан) путем заключения долгосрочных рамочных соглашений с производителями	соглашения с странами ближнего зарубежья	2026 – 2028 годов	МЗ, ТОО "СК-Фармация" (по согласованию)	не требуется	
	Разработка предложений по внедрению "порога затратоэффективности" в рамках оценки					

127.	<p>технологий здравоохранения на основе QALY, в том числе: разработка методических рекомендаций по применению QALY и "стоимости за QALY" в Казахстане; определение "порога готовности платить" за единицу QALY; обучение аналитиков и планировщиков о в использовании показателя для оценки программ; приоритизация программ с наибольшим эффектом на продолжительность здоровой жизни</p>	предложения в Правительстве о Республики Казахстан	декабрь 2027 года	МЗ, ННЦРЗ (по согласованию)	не требуется	
128.	<p>Расширение практики централизованного отпуска и контроля за применением лекарственных средств с участием отделений клинической фармакологии с учетом экономической целесообразности</p>	информация в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов	МИО, МЗ	не требуется	

129.	Переход от утверждения к автоматическому формированию предельных цен на лекарственные средства, включая проведение внешнего и внутреннего реферирования цен на фармацевтическом рынке, посредством интеграции информационных систем министерств финансов и здравоохранения	информация в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МФ, МИИЦР, НЦЭЛСМИ (по согласованию), РЦЭЗ (по согласованию)	не требуется	
130.	Проработка вопроса автоматизации и программы иммунизации с момента планирования до конечного потребителя (планирование, движение вакцин, охват, холодовая цепь, запас вакцин)	информация в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ, МИИЦР	не требуется	

Направление 8. Трансформация системы кадрового обеспечения и развитие науки как основа устойчивого и эффективного здравоохранения

Целевой индикатор 66. Повышение уровня обеспеченности медицинскими работниками сельского населения в соответствии с минимальными нормативами обеспеченности медицинскими работниками регионов, на 10 тысяч населения (2022 год – 91,2; 2023 год – 90,6; 2024 год – 90,6; 2025 год – 90,7; 2026 год – 90,8; 2027 год – 90,9; 2028 год – 91,0; 2029 год – 92,0)

Целевой индикатор 67. Средний индекс Хирша персонала организаций медицинского образования и науки, индекс (2022 год – 0,27; 2023 год – 0,47; 2024 год – 0,45; 2025 год – 0,45)

Целевой индикатор 68. Соотношение количества медицинских сестер к количеству врачей в организациях здравоохранения (2026 год – 1,9:1; 2027 год – 2:1; 2028 год – 2,1:1; 2029 год – 2,2:1)

Целевой индикатор 69. Доля медицинских сестер первичной медико-санитарной помощи, выполняющих расширенные клинические функции, % (2026 год – 8,2; 2027 год – 8,7; 2028 год – 9,1; 2029 год – 9,8)

Целевой индикатор 70. Увеличение количества врачей, обученных в ведущих мировых центрах, в том числе по интенсивной терапии, количество человек (2023 год – 52; 2024 год – 47; 2025 год – 52)

Целевой индикатор 71. Увеличение количества образовательных грантов резидентуры по остродефицитным специальностям, количество (2022 год – 1500; 2023 год – 2600; 2024 год – 3439; 2025 год – 3800)

Целевой индикатор 72. Доля выпускников интернатуры и резидентуры, показавших высокий уровень знаний по результатам независимой оценки ($\geq 80\%$ от максимального балла) (2026 год – 87,5; 2027 год – 88,25; 2028 год – 89,0; 2029 год – 90,5)

Целевой индикатор 73. Количество клинических исследований, проводимых в Республике Казахстан, в расчете на млн населения (2026 год – 0,85; 2027 год – 1,0; 2028 год – 1,15; 2029 год – 1,3)

Целевой индикатор 74. Доля доходов от научной и инновационной деятельности в общем бюджете ОВПО, % (2026 год – 2,9; 2027 год – 3,1; 2028 год – 3,3; 2029 год – 3,5)

Целевой индикатор 75. Доля доходов от научной и инновационной деятельности в общем бюджете НИИ/НЦ клинического профиля, % (2026 год – 0,8; 2027 год – 0,9; 2028 год – 1; 2029 год – 1,5)

Целевой индикатор 76. Доля доходов от научной и инновационной деятельности в общем бюджете НИИ/НЦ неклинического профиля, % (2026 год – 6; 2027 год – 6,5; 2028 год – 7; 2029 год – 7,5)

Целевой индикатор 77. Доля патентов организаций медицинского образования и науки, полученных за последние 5 лет (в рамках грантового или программноцелевого финансирования) и доведенных до стадии производства/клинического применения (включая регистрацию лекарственного средства/медицинского изделия, одобрение технологии здравоохранения, включение в клинические протоколы), % (2026 год – 5; 2027 год – 7; 2028 год – 10; 2029 год – 13)

Целевой индикатор 78. Доля адаптированных зарубежных технологий от общего количества внедренных новых технологий, % (2022 год – 16,6; 2023 год – 16,8; 2024 год – 17; 2025 год – 19)

131.	Совершенствование национальной системы учета кадровых ресурсов системы здравоохранения в части модификации регистра медицинских работников, базы квалификаций, индивидуальных показателей и функционала мониторинга	акт тестирования	июнь 2027 года	МЗ, МИИЦР	в рамках предусмотренных средств	РБ, другие источники (привлеченные внебюджетные средства)
132.	Утверждение методических рекомендаций по планированию и	методические рекомендации и инструмент		МЗ, ННЦРЗ (по	не требуется	

	прогнозированию кадровых ресурсов здравоохранения	моделирования	декабрь 2026 года	согласованию)		
133.	Внедрение национальных счетов по кадровым ресурсам здравоохранения	национальные счета	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ	не требуется	
134.	Проработка возможности развития системы доплат для специалистов первичного звена и педиатрического профиля в сельской местности	предложения в Правительстве о Республике Казахстан	декабрь 2028 года	МЗ, МТСЗН, МИО	не требуется	
135.	Разработка и мониторинг показателей в планах развития регионов по стимулированию медицинских работников, трудоустроенных в сельскую местность, в том числе по обеспечению жильем	отчет планов развития регионов	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИО	не требуется	
136.	Выделение грантов на индивидуальное профессиональное развитие для лучших сельских врачей (стажировки,	отчет в Правительстве о Республике Казахстан	декабрь 2027 – 2029 годов	МЗ, МИО	в рамках собственных средств организаций здравоохранения	другие источники (средства организаций)

	международные конференции)					здравоохранения)
137.	Рассмотрение возможности поэтапного перехода на лицензирование врачей и средних медицинских работников на основе международного опыта	предложения в Правительстве о Республики Казахстан	июль 2027 года	МЗ	не требуется	
138.	Обучение медицинского персонала методам деэскалации конфликтов и безопасного поведения в кризисных ситуациях	отчет в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов	МИО, МЗ МВД, МП	в рамках собственных средств организаций здравоохранения	другие источники (средства организаций здравоохранения)
139.	Запуск пилотного проекта по развитию медицинских профессиональных ассоциаций для формирования системы профессионального саморегулирования в здравоохранении	приказ МЗ	2026 – 2027 годов	МЗ	не требуется	
140.	Развитие центров лучших сестринских практик на базе действующих организаций в части распространения	отчет в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов		не требуется	

	эффективных моделей организации работы, развития навыков, наставничества и обмена знаниями			МИО, МЗ		
141.	Передача больниц (отделений) сестринского ухода, хосписов под клинические базы медицинских колледжей	решение МИО	декабрь 2026 – 2027 годов	МЗ, МИО	не требуется	
142.	Развитие международного сотрудничества путем реализации программ с ведущими зарубежными медицинскими организациями и образования и экспорт казахстанских программ за рубеж	двудипломные образовательные программы	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МНВО	в рамках собственных средств ОВПО	другие источники (ОВПО)
143.	Совершенствование правил приема организации высшего и послевузовского образования в части внедрения единых критериев оценки, цифровизации процессов	типовые правила приема	декабрь 2026 года	МЗ, МНВО, МИИЦР	не требуется	

	подачи и проверки документов					
144.	Внесение предложений по созданию и развитию интегрированных академических медицинских центров в рамках триединства образования, науки и клинической практики	предложения в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ, МИО,	не требуется	
145.	Рассмотрение вопроса поэтапного внедрения новой модели финансирования высшего и (или) послевузовского образования, в том числе посредством внедрения дифференциации размеров образовательных грантов и их распределения с учетом качества учебного процесса	предложения в Правительств о Республики Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ	не требуется	
146.	Обновление обучающих модулей на уровне додипломной и постдипломной подготовки в ОВПО/ССУЗ	обучающие модули	декабрь 2026 года		не требуется	

	вопросы АМР, ПИИК, иммунизации			МЗ		
147.	Реализация лучших международных подходов нормативного правового регулирования биомедицинских исследований	отчет в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ	не требуется	
148.	Продвижение Национальной научной информационной системы по биомедицинским исследованиям, включающая регистры исследований, исследовательских центров, исследователей, волонтеров и другие	информация в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИИЦР, ННЦРЗ (по согласованию)	в рамках предусмотренных средств	РБ
149.	Проработка вопросов создания единого республиканского биобанка на базе товарищества с ограниченной ответственностью "Национальный центр биотехнологий" для хранения биологических материалов и поддержки проведения	аналитический отчет в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2027 года	МЗ, ОВПО, НИИ, НЦ	не требуется	

	исследований в области биомедицины					
150.	Включение биомедицинских исследований в приоритетные направления программно-целевого финансирования научных исследований	предложения в МНВО	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МНВО, МИО, НИИ, НЦ	не требуется	
151.	Создание условий для развития и продвижения отечественных журналов в области здравоохранения на национальном и международных уровнях	выпускаемые журналы	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МНВО, ОВПО, НИИ, НЦ	за счет внебюджетных средств	другие источники (ОВПО, НИИ, НЦ, привлеченные внебюджетные средства)
152.	Оказание поддержки молодым ученым (до 35 лет) организаций медицинского образования и науки за счет собственных и внебюджетных средств, включая реализацию внутренних грантов, формирование устойчивых научных траекторий, развитие программ Ph D и постдокторан	информация в Правительстве о Республике Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, медОВПО, НИИ, НЦ	за счет внебюджетных средств	другие источники (ОВПО, привлеченные

	туры, карьерное консультирование и наставничество, стимулирование и публикационной активности, проведение научных мероприятий					внебюджетные средства)
153.	Развитие трансляционных исследований, направленных на внедрение научных достижений в клиническую практику и организацию здравоохранения	пилотные трансляционные проекты в регионах	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, медОВПО, НИИ, НЦ	за счет внебюджетных средств	другие источники (ОВПО, привлеченные внебюджетные средства)
154.	Расширение участия научных организаций в глобальных консорциумах и международных исследовательских грантах	количество поддержанных заявок в международных грантах и консорциумах	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, ОВПО, НИИ, НЦ	за счет внебюджетных средств	другие источники (ОВПО, привлеченные внебюджетные средства)
155.	Создание 5 офисов коммерциализации и трансферта технологий в организациях медицинского образования и науки	отчет в МЗ	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МНВО, медОВПО, НИИ, НЦ	за счет внебюджетных средств	другие источники (ОВПО, НИИ, НЦ, привлеченные внебюджетные средства)
	Создание и развитие национальной службы EIPM в здравоохране					

156.	<p>ни и с функциями научно-аналитической поддержки решений, принимаемых по актуальным вопросам политики здравоохранения, наращивание кадрового потенциала по ЕІРМ</p>	<p>аналитические отчеты (Policy Briefs)</p>	<p>декабрь 2026 – 2029 годов</p>	<p>МЗ, медОВПО, НИИ, НЦ, МИО</p>	<p>не требуется</p>	
<p>Направление 9. Прогрессивная модель устойчивого финансирования здравоохранения</p>						
<p>Целевой индикатор 79. Уровень охвата населения в системе ОСМС, % (2022 год – 82,4; 2023 год – 82,6; 2024 год – 83; 2025 год – 83,5; 2026 год – 84,0; 2027 год – 84,5; 2028 год – 85,0; 2029 год – 85,5)</p> <p>Целевой индикатор 80. Доля государственных расходов на здравоохранение, % (2026 год – 14,1; 2027 год – 13,3; 2028 год – 13,5; 2029 год – 13,7)</p> <p>Целевой индикатор 81. Доля общих расходов на здравоохранение от ВВП, % (2026 год – 4,7; 2027 год – 4,8; 2028 год – 4,9; 2029 год – 5,0)</p> <p>Целевой индикатор 82. Доля "карманных" расходов в структуре общих расходов на здравоохранение, % (2026 год – 24,7; 2027 год – 23,8; 2028 год – 22,9; 2029 год – 22,0)</p>						
157.	<p>Изменение механизмов финансирования организаций здравоохранения в части размещения объемов услуг и (или) объемов средств в рамках ГОБМП и (или) системы ОСМС</p>	<p>проект Закона Республики Казахстан</p>	<p>декабрь 2026 года</p>	<p>МЗ, ФСМС (по согласованию)</p>	<p>не требуется</p>	
	<p>Исключение возможности нерегулярным и самостоятельными поставщикам и уплаты взносов в ОСМС за 12 месяцев</p>					

158.	вперед для ограничения разового входа в систему ОСМС с целью получения дорогостоящего лечения для лиц с видом на жительство	проект Закона Республики Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ, ФСМС (по согласованию)	не требуется	
159. у	Установление нормы по 5-летнему сроку регулярных взносов (или эквивалента по разовому взносу) для предоставления медицинской помощи в системе ОСМС иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Республики Казахстан, а также членам их семей	проект Закона Республики Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ, ФСМС (по согласованию)	не требуется	
160.	Усиление многоуровневого аудита, включающего внутренний контроль в медицинских организациях, мониторинг со стороны ФСМС по принципу экстерриториальности с внедрением инструментов	отчет ФСМС	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, ФСМС (по)	не требуется	

	искусственно го интеллекта			согласованию)		
161.	Разработка предложений по законодательному укреплению добровольного медицинского страхования, как инструмента, способствующего расширению охвата услугами здравоохранения для отдельных групп сверх ГОБМП и ОСМС	предложения в Правительстве Республики Казахстан	июль 2027 года	МЗ	не требуется	
162.	Обеспечение полной интеграцией информационных систем ФСМС с учетными системами поставщиков медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС	информация в Правительстве Республики Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ, МИИЦР, МИО, ФСМС (по согласованию)	не требуется	
163.	Совершенствование механизмов оценки медицинских технологий в рамках формирования гарантий	приказ МЗ	июль 2028 года	МЗ	не требуется	
	Повышение вовлеченности населения и уровня доверия к					

164.	<p>системе ОСМС через: проведение информационных кампаний о правах и гарантиях застрахованных в ОСМС лиц; создание и продвижение инструментов обратной связи и горячей линии ФСМС; интеграцию коммуникации с программами профилактики (вакцинация, скрининг, ЗОЖ); усиление работы в отдаленных регионах через мобильные группы, телемедицину и местные СМИ; формирование диалоговых площадок с участием пациентов, медицинских работников, НПО и государственных органов</p>	отчет ФСМС	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МИО, ФСМС (по согласованию)	не требуется	
165.	Совершенствование методики формирования тарифов по основным направлениям	приказ МЗ	декабрь 2027 года	МЗ	не требуется	

	медицинской помощи					
166.	Разработка требований к поставщикам медицинской помощи по обязательному у персонифицированному учету и предоставлению доступа к информации по расходам в рамках ГОБМП и в системе ОСМС	приказ МЗ	июль 2026 года	МЗ, ФСМС (по согласованию)	не требуется	
167.	Совершенствование управленческих подходов с акцентом на трансформацию организаций, в том числе через внедрение всеобщего управления качеством, подходов бережливого производства	информация в Правительстве о Республике Казахстан	декабрь 2026 – 2029 годов	МЗ, МТСЗН	не требуется	
168.	Совершенствование корпоративного управления в организациях здравоохранения через усиление ответственности органа управления перед бенефициарами	информация в Правительстве о Республике Казахстан	декабрь 2026 года	МЗ, МТСЗН	не требуется	

Примечание: расшифровка аббревиатур:

США	–	Соединенные Штаты Америки
ССУЗ	–	среднее специальное учебное заведение
ИТ	–	информационные технологии
МСХ	–	Министерство сельского хозяйства Республики Казахстан
ЕРАП	–	единый реестр административных производств
МНВО	–	Министерство науки и высшего образования Республики Казахстан
НЦЭЛСМИ	–	республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий"
МЗ	–	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
ЕАЭС	–	Евразийский экономический союз
НЦГТПЗ	–	некоммерческое акционерное общество "Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний"
МТСЗН	–	Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан
МИО	–	местный исполнительный орган
МИИЦР	–	Министерство искусственного интеллекта и цифрового развития Республики Казахстан
ПИИК	–	программа профилактики инфекции и инфекционного контроля
МТ	–	Министерство транспорта Республики Казахстан
НИИКМР	–	республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Научно-исследовательский институт курортологии и медицинской реабилитации"
МФ	–	Министерство финансов Республики Казахстан
КНЦДИЗ	–	республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Казахский научный центр

		дерматологии и инфекционных заболеваний"
НЦОЗ	—	республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Национальный центр общественного здравоохранения"
МКИ	—	Министерство культуры и информации Республики Казахстан
медОВПО	=	медицинские организации высшего и послевузовского образования
ИМН	—	изделия медицинского назначения
МП	—	Министерство просвещения Республики Казахстан
НЦПДХ	—	акционерное общество "Научный центр педиатрии и детской хирургии"
ПФ	—	пандемический фонд
РБ	—	республиканский бюджет
РЦЭЗ	—	республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр электронного здравоохранения"
ОКК	—	объединенная комиссия по качеству медицинских услуг
МТИ	—	Министерство торговли и интеграции Республики Казахстан
МИД	—	Министерство иностранных дел Республики Казахстан
МЧС	—	Министерство по чрезвычайным ситуациям Республики Казахстан
МТС	—	Министерство туризма и спорта Республики Казахстан
ЕРСОП	—	единый реестр субъектов и объектов проверок
НОБД	—	национальная образовательная база данных
ННЦРЗ	—	республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Научный национальный научный центр развития здравоохранения имени С. Каирбековой"
МНЭ	—	Министерство национальной экономики Республики Казахстан
НПО	—	неправительственные организации

МВД	–	Министерство внутренних дел Республики Казахстан
EIPM	–	Европейский институт управлениями закупками (European Institute of Purchasing Management)
SARS-CoV-2	–	коронавирусная инфекция (Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2)

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»
Министерства юстиции Республики Казахстан