Система охорони здоров'я та підготовки медичних кадрів у Республіці Казахстан. Українсько-казахстанська співпраця в галузі сімейної медицини

В.І. Ткаченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Республіка Казахстан, як і Україна, успадкувала від радянського періоду систему охорони здоров'я, побудовану за моделлю Семашко, тобто охорона здоров'я перебувала у власності держави, функціонувала на основі централізованого планування, і одним з її ключових принципів був загальний і безкоштовний доступ населення до медичної допомоги. Після здобуття у 1991 році незалежності Казахстану довелося розробляти власну політику і систему планування в галузі охорони здоров'я. Багато функцій Міністерства охорони здоров'я були децентралізовані і передані регіонам, обласні департаменти охорони здоров'я володіли значним ступенем самостійності. У 90-х роках XX ст. число лікарень і лікарняних ліжок було скорочено, але фінансування залишалося орієнтованим переважно на стаціонарну допомогу, незважаючи на збільшення частки витрат на надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Забезпеченість населення медичними працівниками знизилася, найбільша концентрація медичних кадрів спостерігалася у великих містах, якість підготовки та перепідготовки медичних кадрів залишалася низькою, а зарплата працівників охорони здоров'я була істотно нижче середньої заробітної плати в економічній сфері країни.

У 1996–1998 роках у Казахстані була введена система медичного страхування, але у 2000 р. повернулася модель бюджетного фінансування охорони здоров'я. Незважаючи на те, що в країні все більше уваги приділялося ПМСД, левова частка фінансування охорони здоров'я як і раніше припадала на фінансування стаціонарного сектору [1].

У 2004 році урядом країни була затверджена Державна програма реформування та розвитку охорони здоров'я на 2005–2010 роки. Програма мала комплексний характер, передбачала зміцнення сектору ПМСД і посилення інтеграції медичних послуг, державні гарантії надання безкоштовної медичної допомоги населенню, що включає в себе безкоштовне медикаментозне забезпечення пільгових категорій населення при наданні амбулаторної допомоги, забезпечила істотні зміни у питаннях організації, управління і надання медичної допомоги, поступове збільшення до 2010 року бюджетних асигнувань на охорону здоров'я до рівня 4% ВВП [1, 2].

У 2008–2010 роках проведено реформування служби ПМСД за принципом загальної лікарської практики, створені самостійні центри ПМСД, покращено матеріально-технічне забезпечення, посилені скринінгові програми і профілактичні огляди дітей та дорослого населення на предмет раннього виявлення хронічних захворювань і онкопатології, впроваджено безкоштовне і пільгове медикаментозне забезпечення, створені добре оснащені пересувні медичні комплекси. Частка лікарів загальної практики–сімейної медицини (ЗП–СМ) у загальній кількості лікарів ПМСД становила 35%.

З метою забезпечення реалізації конституційних прав громадян на безоплатну медичну допомогу був затверджений перелік гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги (ГОБМП). У рамках ГОБМП стали надаватися необхідні медичні послуги за мінімальними стандартами (послуги лікарів і медперсоналу, необхідні дослідження, основні життєво важливі медичні препарати, лікувальне харчування), послуги високоспеціалізованої медичної допомоги, а з 2010 року – послуги з екстракорпорального запліднення.

Реформування первинної ланки передбачало одночасні перетворення в організації служби швидкої медичної допомоги як невід'ємного компонента ПМСД зниження обсягів швидкої медичної допомоги за рахунок переадресації пацієнтів до невідкладної допомоги [1–4]. Загалом, про успішну реалізацію Держпрограми свідчила позитивна динаміка показників здоров'я населення, але в галузі охорони здоров'я Казахстану залишилися деякі проблеми: якість підготовки кадрів, рівень кваліфікації працюючих фахівців, дефіцит персоналу, який надає ПМСД, надмірна концентрація медичних працівників у великих містах, дисбаланс чисельності медичних працівників, які отримали вищу і середню професійну медичну освіту, відсутність мотиваційних стимулів до роботи і недостатня соціальна захищеність працівників охорони здоров'я, низька конкурентоспроможність наукових досліджень, відсутність інноваційних досягнень [4–5].

На зміну програми 2005–2010 років була затверджена Державна програма розвитку охорони здоров'я Республіки Казахстан «Саламатти Казакстан» на 2011–2015 роки, головною метою якої стало зміцнення і посилення ПМСД, створення медико-соціальної моделі ПМСД, націленої на кінцевий результат [5]. Упровадження Єдиної національної системи охорони здоров'я дозволило застосувати елементи ринкових механізмів, проведення консолідації коштів ГОБМП на рівні Єдиного платника, міжрегіонально вирівняти тарифи, запровадити принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Почали застосовуватися нові методи оплати з урахуванням фактичних витрат через Єдиного платника (амбулаторна ланка – за комплексним подушним нормативом, як часткове фондотримання, стаціонарна допомога – за клініко-затратними групами). Для оперативності вирішення організаційних питань сільська медична допомога переведена на фінансування з глобального бюджету.

За реалізації даної програми уперше запроваджено формування єдиної національної політики міжсекторальної та міжвідомчої взаємодії з питань охорони громадського здоров'я, спільна робота з державними органами щодо реалізації міжсекторальних підпрограм. Використовувалися мультидисциплінарні і багаторівневі підходи у розвитку ПМСД, в яких брали участь центральні та місцеві органи виконавчої влади, медичні навчальні заклади, професійні

асоціації, науково-дослідні інститути із залученням до процесу громадян і пацієнтів, оскільки пацієнт завжди повинен бути в центрі.

Принцип роботи лікаря ПМСД спрямований на створення пацієнторієнтованої моделі з акцентом на профілактику факторів ризику і захворювань. На рівні первинної ланки проведені наступні заходи:

- впроваджена Національна скринінгова програма за 11 видами захворювань, 6 з яких – з онкопатології;
- проведено вирівнювання між регіонами фінансування ПМСД зі збільшенням тарифу з розрахунку на 1 жителя (з 169 до 486 тенге), впроваджений комплексний подушний норматив із стимулювальним компонентом (часткове фондотримання);
- у закладах ПМСД введені нові посади – соціальні працівники, психологи, друга і третя медична сестра з відповідним додатковим фінансуванням;
- на 30% збільшилася кількість лікарів ЗП–СМ.

Фінансування ПМСД збільшилося до 28% у загальному обсязі фінансування ГОБМП, але залишалося недостатнім (у Казахстані – 95 доларів США на 1 жителя, в Естонії – 231, у Словенії – 369, в ОЕСР – 558), зберігався високий рівень власних витрат населення на отримання медичної допомоги (Казахстан – 35,4%, ОЕСР – 19,6%, ЄС – 16,3%), що у разі перевищення 20% за розрахунками ВООЗ є ознакою низької фінансової стійкості системи охорони здоров'я. Незважаючи на це, на амбулаторному рівні в рамках ГОБМП (лише державний бюджет) понад 2 млн громадян отримали можливість безкоштовно отримувати понад 400 найменувань лікарських засобів, що склало 16,3% витрат з ГОБМП (142 млрд. тенге), з них 55% – на амбулаторному етапі (в країнах ОЕСР – 80%).

Для забезпечення доступності та своєчасності надання медичної допомоги і скринінгів серед сільського населення у республіці почали працювати 49 пересувних мобільних комплексів (охоплено понад 871 тис. осіб), 3 медичних поїзди (охоплено понад 64 тис. жителів), санітарна авіація (щорічно близько 1000 вильотів усередині і за межами країни). Продовжилася робота зі стандартизації відповідно до міжнародних вимог: удосконалювалися протоколи діагностики та лікування, алгоритми, стандарти профільних служб. Впроваджена Єдина інформаційна система охорони здоров'я і телемедицина в сільській місцевості.

Разом з тим, незважаючи на низку заходів зі зміцнення ПМСД, спостерігався повільний темп переходу закладів ПМСД на принципи сімейної медицини, не повною мірою була забезпечена мотивація для формування служби ЗП–СМ, не розроблені механізми економічної мотивації управління станом здоров'я прикріпленого населення на рівні ПМСД, взаємодія ПМСД з вертикальними службами (туберкульоз, онкологія, ВІЛ/СНІД тощо) була побудована не на партнерській взаємодії, а на підзвітності ПМСД перед ними.

Вимагали вирішення питання поліпшення наступності між амбулаторно-поліклінічним, стаціонарним рівнями і службою швидкої медичної допомоги. У той самий час в Республіці Казахстан спостерігався дисбаланс у кадровому забезпеченні між рівнями надання медичної допомоги (дефіцит на рівні ПМСД і села, профіцит – на рівні стаціонару). У середньому 1 лікар ПМСД обслуговував близько 2200 прикріпленого населення, тоді як в країнах ОЕСР навантаження є значно нижчим – менше 1500 осіб. Залишалась істотною недостатність середніх медичних працівників на рівні ПМСД (1,1 медсестра на 1 дільничного лікаря при оптимальному співвідношенні 2–3).

Незважаючи на впровадження стимулювального компонента на додаток до подушного нормативу, співвідношення середньої заробітної плати лікарів ЗП–СМ до середньомісячної заробітної плати в економіці Казахстану становила 1,1. Даний показник у Великобританії становить 1,9; у Туреччині – 2,0; у Словенії – 2,5; в Угорщині – 1,4; в Естонії – 1,7. Існуючі проблеми кадрового дисбалансу обтяжувалися недостатньою кваліфікацією наявних кадрів і часто визначали низьку якість медичних послуг. Для їхнього усунення у період реалізації Держпрограми «Саламатти ?аза?стан» проводили планомірну роботу з підвищення потенціалу медичних і наукових кадрів:

- впроваджені принципи кредитно-накопичувальної системи безперервної професійної освіти;
- створені стимуляційні освітні центри;
- впроваджена система незалежного оцінювання кваліфікації фахівців.

Крім того, у 6 медичних коледжах впроваджена фінська модель підготовки медсестер. На основі міжнародного досвіду створена Єдина система дистрибуції лікарських засобів і виробів медичного призначення. Впроваджені міжнародні стандарти якості (GMP, GDP, GPP тощо), створені фармінспекторат і державний орган з контролю якості фармацевтичної продукції. Розроблено комплексний підхід до управління якістю: система акредитації медичних організацій, внутрішній аудит, незалежне оцінювання знань і навичок [4–6].

У новій Державній програмі розвитку охорони здоров'я Республіки Казахстан «Денсаулик» на 2016–2020 роки передбачається вирішення низки взаємопов'язаних системних завдань. На основі досвіду країн ОЕСР і рекомендацій експертів Світового Банку та ВООЗ у Казахстані створюється Служба громадської охорони здоров'я шляхом інтеграції санітарно-епідеміологічної служби, служби здорового способу життя та раціоналізації харчування. Її основними функціями стануть: епідеміологічний нагляд і моніторинг за інфекційними та основними неінфекційними захворюваннями; проведення профілактичних заходів; підвищення інформованості населення тощо [6].

З 2016 року у Казахстані наказом затверджені Стандарти організації надання ПМСД, згідно з якими ПМСД включає:

1) діагностику і лікування найбільш поширених захворювань, а також травм, отруєнь та інших невідкладних станів;
2) санітарно-протиепідемічні та санітарно-профілактичні заходи в осередках інфекційних захворювань;
3) гігієнічне навчання населення, охорону сім'ї, материнства, батьківства і дитинства;
4) роз'яснювальну роботу щодо безпечного водопостачання та раціонального харчування населення.

ПМСД надається лікарями ЗП–СМ, дільничними терапевтами, педіатрами, фельдшерами, акушерами, соціальними працівниками в галузі охорони здоров'я та медичними сестрами. ПМСД надається незалежно від факту прикріплення в разі необхідності екстреної та невідкладної медичної допомоги; у плановому порядку за прикріпленням, попереднім записом або зверненням. Режим роботи медичних закладів, які надають ПМСД у рамках ГОБМП, встановлюється з 8:00 до 20:00 за змінним графіком для всіх фахівців і структурних підрозділів із забезпеченням роботи чергових лікарів ПМСД у вихідні та святкові дні. При первинному зверненні громадянина в заклад ПМСД в реєстратурі оформлюється медична карта амбулаторного хворого або історія розвитку дитини, які є первинними обліковими медичними документами. Прийом викликів лікаря додому закінчується за 2 год до закінчення роботи закладу ПМСД.

Показаннями для обслуговування викликів на дому є: гострі стани, що не дозволяють пацієнтові самостійно відвідати заклад ПМСД, підвищення температури тіла вище

38 °С; підвищення артеріального тиску з вираженими порушеннями самопочуття; багаторазове рідке випорожнення; сильний біль у хребті та суглобах нижніх кінцівок з обмеженням рухливості; запаморочення, сильна нудота, блювання; хронічні стани, які не дозволяють пацієнтові самостійно відвідати поліклініку (важкий перебіг онкологічних захворювань, інвалідність I–II групи, паралічі, парези кінцівок); гострі інфекційні захворювання, що представляють небезпеку для оточуючих; нетранспортабельність пацієнта; обслуговування викликів, переданих зі станції швидкої медичної допомоги в години роботи закладу ПМСД.

Відвідування пацієнта вдома медичним працівником закладу ПМСД, у тому числі поквартирні обходи, здійснюється у разі: гострих захворювань, загострень хронічних захворювань з метою спостереження за станом пацієнта, перебігом захворювання та своєчасного призначення (корекції) необхідного обстеження і (або) лікування; патронажу окремих груп населення в разі загрози виникнення епідемії інфекційного захворювання або виявлення хворих інфекційним захворюванням, контактних з ними осіб і осіб з підозрою на інфекційне захворювання.

На сьогодні практично на кожного лікаря ПМСД припадає по 2 медичні сестри. У закладах ПМСД впроваджені посади соціального працівника, психолога, створені центри сімейного здоров'я з відділеннями профілактики і соціально-психологічної допомоги, молодіжні центри, клуби людей літнього віку, профільні школи здоров'я. Лікар ПМСД стає головною дійовою особою, яка керує і координує діяльність усіх служб на амбулаторному рівні.

Ведеться робота зі створення системи інформаційного супроводу (електронний документообіг), успішно впроваджуються розроблені стандарти роботи реєстратури закладів, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу – система прийому викликів, попередній запис хворих на прийом до лікаря, у тому числі по телефону і через веб-сайти закладів ПМСД тощо [7, 8].

Продовжується впровадження Програми управління захворюваннями на рівні ПМСД, що почалася у 2013 року в пілотному режимі і довела позитивний досвід. Також впроваджується інтегрованої моделі надання медичної допомоги з 5 основних соціально значущих неінфекційних захворювань: гострий інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), злоякісні новоутворення, травми, вагітність і дитинство. Для впровадження інтегрованої моделі надання допомоги розроблена Дорожня карта з розвитку інфраструктури закладів охорони здоров'я і державно-приватного партнерства на 2016–2019 роки.

Спільно з місцевими виконавчими органами формуються медичні карти регіонів, в яких буде визначено кількість об'єктів охорони здоров'я, що необхідно для забезпечення доступності медичних послуг незалежно від місця проживання громадян. У 2016 році спільно із зарубіжними експертами розроблено та впроваджено Національний лікарський формуляр, до якого включені усі зареєстровані в республіці лікарські препарати з доведеною клінічною ефективністю і з граничною ціною на кожне торгове найменування. Актуалізований список лікарських засобів, що закуповуються в рамках ГОБМД, забезпечено перший етап впровадження референтного ціноутворення, проводиться робота щодо переходу на стандарти належної фармацевтичної практики.

Для забезпечення фінансової стійкості системи охорони здоров'я проводиться підготовча робота з впровадження системи обов'язкового соціального медичного страхування, що забезпечує солідарну відповідальність за здоров'я населення держави, роботодавців і громадян, яка почне впроваджуватися з 1 липня 2017 року. Ефективність цієї системи доведена світовою практикою, учасникам системи медичного страхування буде надаватися широкий спектр медичних послуг, участь у ній соціально вразливих верств населення буде підтримуватися державою [9–11].

З метою формування авторитетної політики в області розвитку ПМСД у світі відповідно до Декларації ВОЗ/ЮНІСЕФ, прийнятої в 1978 році в Алма-Аті, в Республіці Казахстан була створена Обсерваторія кадрових ресурсів, яка розробляє і впроваджує методики ефективного прогнозування та планування кадрових ресурсів охорони здоров'я. Був також відкритий Географічно віддалений офіс ВООЗ ПМСД на базі Казахстанського Національного медичного університету імені С.Д. Асфендіярова [9–11].

У системі медичної освіти Республіка Казахстан повністю перейшла на європейську трирівневу модель освіти відповідно до Болонського процесу (бакалавр – 5 років, магістр – 1–2 роки, доктор філософії – PhD) і європейську кредитно-накопичувальну систему безперервної професійної освіти ECTS (European Credit Transfer System). Одна залікова одиниця складає 36 (академічних) годин, де академічна година зазвичай дорівнює 45 астрономічним хвилинам заняття. Отже, у більшості країн бакалаврат передбачає, що студент повинен «набрати» 180 одиниць – по 60 за рік. Дану систему також використовують під час проходження атестації, акредитації та ліцензування.

Нові стандарти, засновані на міжнародних принципах підготовки медичних працівників, запроваджені з 2007 року в усіх медичних вузах країни. Відповідно до нової моделі підготовка медичних кадрів здійснюється за 5 спеціальностями: загальна медицина, стоматологія, фармація, сестринська справа, громадська охорона здоров'я. Підготовка за клінічними спеціальностями здійснюється в рамках базової медичної освіти за спеціальністю «Загальна медицина» (5+2), в яку об'єднані існуючі раніше напрямки підготовки з присвоєнням кваліфікації «лікар»: лікувальна справа, педіатрія, східна медицина, медико-біологічна справа, медико-профілактична справа. За новими стандартами до 5-го курсу включно студенти вивчають однаковий набір дисциплін для усіх лікарських спеціальностей. Це створює гнучкість освітнього процесу, умови для мобільності залежно від потреби практичної охорони здоров'я. Поділ за спеціальностями (педіатрія, терапія тощо) відбувається в інтернатурі, тривалість якої збільшена до 2 років. Подальша підготовка за клінічними спеціальностями здійснюється в рамках резидентури від 2 до 4 років залежно від спеціалізації [12–14].

Підготовка у докторантурі PhD здійснюється в Республіці Казахстан з 2005 року, але тільки з 2011 року академічному ступеню «доктор філософії PhD» присвоєно статус наукового ступеня. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії PhD (для педагогічної діяльності) або доктора за профілем (для клінічної роботи) виконується під керівництвом вітчизняного і зарубіжного наукових консультантів, що мають наукові ступені і є фахівцями в галузі наукових досліджень докторанта. Навчання триває 3 роки, при цьому необхідно здійснити два обов'язкових стажування у закордонного консультанта. Основні наукові результати дисертації публікуються не менше ніж в 7 публікаціях за темою дисертації, у тому числі не менше 3 – в наукових виданнях, рекомендованих уповноваженим органом, 1 – в міжнародному науковому виданні, що має за даними інформаційної бази компанії Томсон Рейтер (ISI Web of Knowledge, Thomson Reuters) ненульовий імпакт-фактор або входить в базу даних компанії Scopus, 3 – у матеріалах міжнародних конференцій, у тому числі 1 – у матеріалах зарубіжних конференцій.

Науковий ступінь доктора філософії PhD або доктора за профілем присуджується Комітетом з контролю у сфері

освіти і науки Міністерства освіти і науки Республіки Казахстан на підставі клопотань дисертаційних рад, з урахуванням висновків відповідної Експертної ради, яка є консультативно-дорадчим органом Комітету. Після отримання диплому PhD викладач відповідно до Правил та умов проведення атестації педагогічних працівників згідно з Наказом Міністерства освіти і науки Республіки Казахстан № 83 від 27.01.2016 року, як і всі педагогічні працівники, кожні 3–5 років проходить кваліфікаційне тестування – один з обов'язкових етапів атестації, який проводиться для визначення рівня професійної компетентності педагогічного працівника. Кваліфікаційне тестування педагогічних працівників проводиться у формі комп'ютерного тестування за розробленими Національним центром тестування Міністерства освіти і науки Республіки Казахстан тестами, в яких перевірка знань здійснюється за наступними галузями знань (блоками): «Знання законодавства Республіки Казахстан», «Основи педагогіки та психології», «Основи предметних знань». Педагогічні працівники, які показали негативні результати тестування після двох спроб тестування, не допускаються до другого етапу атестації – аналітичного узагальнення підсумків діяльності [13–14].

З 2010 року низка наукових організацій та 85% державних медичних вузів набули статус державних підприємств на правах повного господарського ведення, отримавши самостійність. Вузами широко здійснюється впровадження інноваційних освітніх технологій, створюються навчально-клінічні центри, що дозволило зробити акцент на клінічну підготовку студентів та інтернів. Розроблено національні стандарти інституційної акредитації базової медичної освіти, засновані на глобальних стандартах поліпшення якості Всесвітньої федерації медичної освіти.

За період реалізації Держпрограми 2010–2016 років велику увагу було приділено підвищенню кваліфікації медичних кадрів за кордоном за рахунок державної програми, а також організації майстер-класів із залученням в Республіку Казахстан провідних зарубіжних фахівців за рахунок програми академічної мобільності. Це надає можливість для студентів, викладачів, адміністративно-управлінського персоналу вузів «переміщатися» з одного вузу в інший з метою обміну досвідом, подолання національної замкнутості і придбання загальноєвропейської перспективи [6–8, 12].

У рамках програми академічної мобільності професорсько-викладацького складу, Західно-Казахстанський державний медичний університет імені Марата Оспанова виявив зацікавленість до наукових робіт співробітника Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, доцента кафедри сімейної медицини, д-ра мед. наук В.І. Ткаченко і запросив її для проведення циклу лекцій за темою «Сімейна медицина», тренінгів з профілактики найбільш актуальних захворювань в практиці сімейного лікаря і розроблення двох проектів міжвузівського співробітництва.

За дорученням ректора НМАПО імені П.Л. Шупика, академіка Ю.В. Вороненка та проректора з міжнародних зв'язків та науково-педагогічної роботи з іноземними громадянами професора О.П. Гульчій в рамках візиту д-ра мед. наук В.І. Ткаченко було передано пам'ятні знаки НМАПО імені П.Л. Шупика та підписано договір співробітництва між НМАПО імені П.Л. Шупика та Західно-Казахстанським державним медичним університетом імені Марата Оспанова для подальшого проведення подібних програм з обміну досвідом і більш тісної взаємодії між вузами у сфері науки, освіти та інших напрямків. Проведена зустріч з проректором

з науки Західно-Казахстанського державного медичного університету імені Марата Оспанова професором Г.А. Смагуловою і керівником департаменту післядипломної професійної освіти професором Р.Е. Нургалієвою, під час якої обговорено основні напрямки міжнародного міжвузівського співробітництва (фото 1) [15].

Під час візиту В.І. Ткаченко з 02.04.2017 до 08.04.2017 р. провела цикл лекцій та тренінгів (фото 2). Щоденна програма складалася з 3-годинних інтерактивних лекцій з розбором клінічних випадків з актуальних питань сімейної медицини, організації підготовки сімейних лікарів, проведення наукових досліджень за європейськими і міжнародними принципами, розглядалися сучасні підходи до надання допомоги при найбільш поширених захворюваннях у практиці сімейного лікаря. Друга половина дня була присвячена проведенню тренінгів для слухачів циклів за програмами післядипломної освіти, резидентури і професорсько-викладацького складу клінічних кафедр терапевтичного профілю. Тренінги були присвячені профілактиці та тактиці лікування цукрового діабету 2-го типу, захворювань щитоподібної залози у практиці сімейного лікаря, контролю факторів ризику.

Таким чином, в Республіці Казахстан, як в країні, яка успадкувала систему охорони здоров'я, побудовану за моделлю Семашко, з моменту набуття незалежності відбулося чимало реформ, основна мета яких – досягнення доступної і якісної медицини для кожного громадянина, заснованої на принципах сімейної медицини і зміцнення первинної медичної допомоги. Досвід Республіки Казахстан, як і інших країн, надає можливість спрямувати реформування системи охорони здоров'я в Україні на досягнення найкращих результатів, а подальше співробітництво відкриє нові перспективи взаємодії у сфері освіти, науки і практики.

Сведения об авторе

Ткаченко Виктория Ивановна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. *E-mail: witk@ukr.net*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Орынбасарова С.Е. Современное состояние и основные направления реформ системы здравоохранения в Казахстане /С.Е. Орынбасарова // Вестник Каз НУ. – 2010. – Режим доступа: https://articlekz.com/article/8020
2. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы Указом президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года № 1438.
3. О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы //Abilet. – 2004. – Режим доступа: http://adilet.zan.kz/rus/docs/U040001438_
4. Садыков Т.У., Мырзахмет М.К. Анализ реализации государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы за 2010 год // Журнал «Теоретическая экономика». – 2012. – № 2. – С. 32-41. – Режим доступа: www.theoreticaleconomy.info/articles/559.pdf www.theoreticaleconomy.info)
5. Указ президента Республики Казахстан № 1113 от 29 ноября 2010 года «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казакстан» на 2011–2015 годы». – Режим доступа: www.akorda.kz/upload/content_files/doc/Gos_programi/GP_health.doc
6. Государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулык» на 2016–2020 годы. – Режим доступа: www.npzdravrk.kz/index.php/health-c/112-2
7. Никитина М. Реформирование медицины в Казахстане 2016. – Режим доступа: http://rezonans.kz/obshchestvo/item/976-reformirovanie-meditsiny-v-kazakhstane
8. В Казахстане утвердили стандарты оказания первичной медико-санитарной помощи. – 2016. – Режим доступа: https://med.mcfr.kz/news/457-v-kazahstane-utverdili-standarty-okazaniya-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoshchi?utm_source=med.mcfr.kz&utm_medium=refer&utm_campaign=refer_med.mcfr.kz_content_link
9. В Астане прошел форум «Реформа здравоохранения в РК: защита здоровья нации» // Dixinews.kz. – 2016. – Режим доступа: http://dixinews.kz/articles/zhizn/24555/
10. Прикрепление к медучреждениям начнется в сентябре-октябре 2017 года – 2017 – Режим доступа: https://med.mcfr.kz/news/1036-qqn-17-m6-02-06-2017-prikreplenie-k-meduchrejdeniyam-nachnetsya-v-sentyabre-oktyabre-2017-g
11. Будьте здоровы: в системе здравоохранения Казахстана предстоят реформы. Спутник Казахстана – 2017 – Режим доступа: https://ru.sputniknews.kz/society/20170131/1485919/budte-zdorovy-v-sisteme-zdravoohraneniya-kazahstana-predstoyat-reformy.html
12. Реформирование высшего образования в Казахстане и Болонский процесс: информационные материалы для практических действий. – Алматы, 2009 – 120 с.
13. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 31 марта 2011 года № 127 «Об утверждении Правил присуждения учёных степенем» (с изменениями в соответствии с приказами Министра образования и науки Республики Казахстан № 226 от 18 мая 2012 года, № 214 от 30 мая 2013 года, 25.07.2016 № 468). - Режим доступа: http://control.edu.gov.kz/ru/ и https://tengrinews.kz/zakon/pravitelstvo_respubliki_kazahstan_premer_ministr_rk/nauka/id-V1100006951/
14. Приказ и.о. Министра образования и науки Республики Казахстан от 22 мая 2012 года № 235 «Об утверждении Механизма целевой подготовки магистров и докторов PhD в базовых высших учебных заведениях». – Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31206565
15. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 27 января 2016 года № 83 «Об утверждении Правил и условий проведения аттестации гражданских служащих в сфере образования и науки, а также Правил и условий проведения аттестации педагогических работников и приравненных к ним лиц, занимающих должности в организациях образования, реализующих общеобразовательные учебные программы дошкольного, начального, основного среднего, общего среднего, образовательные программы технического и профессионального, послесреднего образования». – Режим доступа: https://tengrinews.kz/zakon/pravitelstvo_respubliki_kazahstan_premer_ministr_rk/obpazovanie/id-V1600013317/, https://kadry.mcfr.kz/news/336-vneseny-izmeneniya-v-pravila-attestatsii-v-sfere-obrazovaniya-i-nauki