

ИТОГОВЫЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ

по проекту «Мониторинг эффективности расходов государственного бюджета
на профилактику и лечение онкологических заболеваний»,
при поддержке Фонда «Сорос-Казахстан»

2013 год

Содержание

- 1. Введение**
 - 2. Актуальность исследуемой проблемы**
 - 3. Методология анализа эффективности бюджетных расходов на профилактику и лечение онкологических заболеваний**
 - 3.1. Бюджетный анализ применительно к сфере здравоохранения
 - 3.2. Понятие «эффективность» применительно к здравоохранению
 - 4. Оценка эффективности расходов государственного бюджета на профилактику и лечение онкологических заболеваний в 2012 г.**
 - 4.1. Общий обзор ситуации с государственными расходами на профилактику и лечение онкологических заболеваний
 - 4.2. Анализ ситуации на территории целевых областей
 - 4.3. Анализ деятельности онкологического диспансера
 - 4.4. Эффективность мер здравоохранения в сфере онкологии
 - 5. Выводы и рекомендации**
-

1. Введение

Данный итоговый аналитический отчет подготовлен в рамках проекта «Мониторинг эффективности расходов государственного бюджета на профилактику и лечение онкологических заболеваний», профинансированного Фондом «Сорос-Казахстан». В рамках этого проекта был проведен детальный анализ существующей ситуации в исследуемой теме – финансирование лечения и профилактики онкологических заболеваний, затем разработана методология, инструментарий и план исследования. Исследование включало в себя следующие компоненты:

I. Кабинетное исследование:

1) изучение и анализ законодательства Республики Казахстан, документов Всемирной организации здравоохранения, внутренних документов учреждений здравоохранения, статистических данных и т.п.;

2) работа с официальными запросами в Министерство здравоохранения РК, управления здравоохранения, учреждения здравоохранения трёх областей.

II. «Полевые» исследования:

1) письменный опрос – анкетирование конечных бенефициаров/получателей услуг здравоохранения;

2) фокус-группы с представителями медицинских учреждений, управлений здравоохранения, получателями услуг;

3) глубинные экспертные интервью со специалистами в области онкологии (работниками сферы здравоохранения, представителями государственных органов, руководителями медицинских центров, хосписов и т.п.).

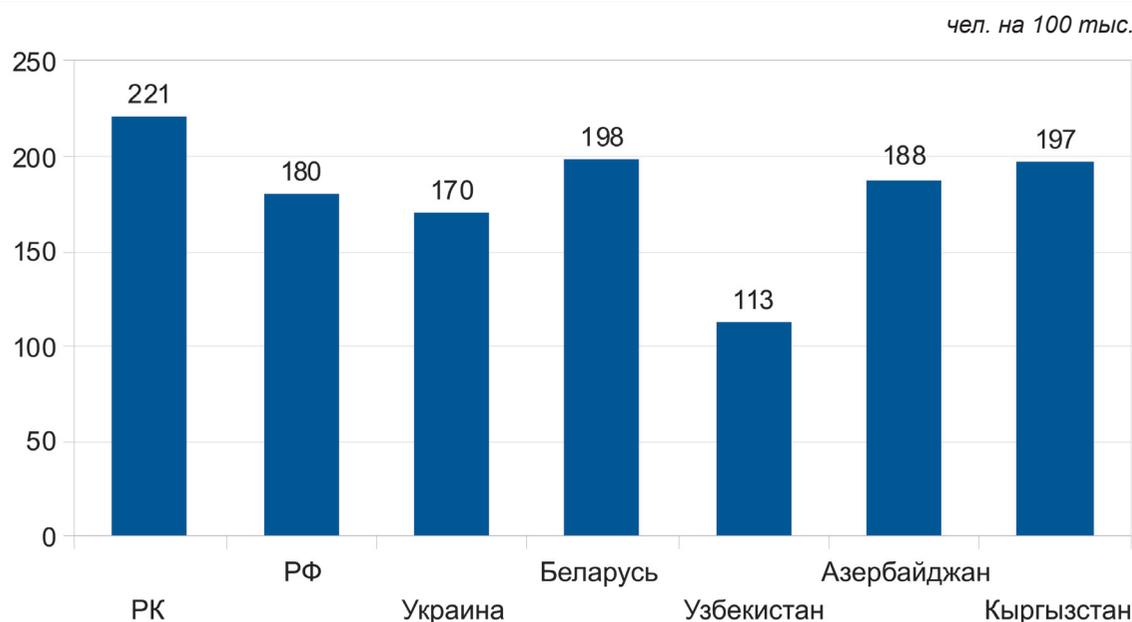
Перед исследователями была поставлена задача провести мониторинг эффективности государственных расходов. Вместе с тем, согласно всем принятым определениям, под мониторингом понимается непрерывный процесс наблюдения и регистрации параметров объекта в сравнении с заданными критериями, т.е. наблюдение за процессом в период его действия. Применительно к данному проекту более уместен термин «оценка», поскольку объектом исследования были процессы, имевшие место в прошлом, а именно – в 2012 г. В связи с этим в рамках данного исследования будет применяться термин «оценка» и использоваться соответствующие данному виду исследования инструменты.

В работе по сбору информации принимали участие три партнерские организации, расположенные на разных географических территориях: ОФ «Десента» – Павлодарская область, учреждение «Альянс гражданского общества» – ВКО, учреждение «Институт развития местного самоуправления» – СКО. Как было указано в обосновании проекта, данные территории были выбраны, поскольку именно в них статистика по количеству онкологических заболеваний наиболее высока.

2. Актуальность исследуемой проблемы

Согласно данным ВОЗ по таким показателям, как смертность от рака, Казахстан сохраняет безусловное лидерство даже среди ближайших соседей по СНГ: России, Украины, Беларуси, Кыргызстана, Узбекистана, Азербайджана.

Ниже приведены данные ВОЗ по смертности от рака среди стран СНГ на 100 тыс. населения в возрастной категории от 30 до 70 лет в 2008 году:



Официальная статистика, озвученная Минздравом, такова, что по количеству ежегодных смертей в общей структуре смертности в Республике Казахстан онкология занимает второе место. Прирост пациентов со злокачественными новообразованиями составляет ежегодно 5%. Лидирующие позиции по количеству онкологических заболеваний в стране занимают СКО, ВКО и Павлодарская область.

5-7 сентября 2012 г. в Астане прошел VII съезд онкологов и радиологов государств – членов СНГ. Выступая на данном мероприятии, вице-министр здравоохранения Казахстана Эрик Байжунусов сообщил, что ежегодно в стране регистрируется около 30 тысяч больных раком, на учете состоят около 130 тысяч больных, эти цифры с каждым годом меняются. По его словам, в целом показатель динамики заболеваемости раком по республике растет, а вот смертность снижается. Главная тема для беспокойства – это система поздней выявляемости, которая, к сожалению, на сегодняшний день присутствует в Казахстане. Говоря о ежедневном росте заболеваемости, можно подчеркнуть, что каждый день в Казахстане онкологические заболевания появляются у более чем 80 человек. Об этом сообщил также на открытии Международной научно-практической конференции «Онкология-современные аспекты и приоритетные направления» директор департамента науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения РК Мурат Телеу.

Вместе с тем согласно данным, озвученным представителями Минздрава РК на VII съезде онкологов и радиологов стран Содружества Независимых Государств, Казахстан является одним из немногих государств, **где бюджет полностью обеспечивает финансирование онкологической помощи населению.** И одним из стержневых приоритетов деятельности в сфере онкологии является ранняя диагностика. Как известно, в настоящее время в Казахстане реализуется Программа развития онкологической помощи на 2012-2016 годы, предусматривающая осуществление целого комплекса мероприятий по профилактике и снижению уровня смертности от рака: расширение скрининговых программ, модернизация онкологических организаций, открытие онкологических, маммологических, проктологических кабинетов, отделений восстановительного лечения и реабилитации, паллиативного лечения, развитие социально-психологической помощи для онкологических больных, подготовка и повышение квалификации кадров. Кроме того, в рамках программы в республике планируется ввести в действие ряд уникальных медицинских учреждений, специализирующихся на онкозаболеваниях: Национальный онкологический научный центр в Астане, высокотехнологичные центры радиационной онкологии в городах Алматы, Семей, Караганда, Актобе и Астана, два центра ядерной медицины

на базе Казахского НИИ онкологии и радиологии (КазНИИОР) и регионального онкологического диспансера города Семей.

Директор Казахского НИИ онкологии и радиологии Куаныш Нургазиев сообщил, что сегодня (в 2012 г. – *прим. авт.*) в республике функционируют три программы ранней диагностики рака – молочной железы, шейки матки, толстой и прямой кишки (колоректальный рак). Но уже с 2013 года поэтапно в шести областях страны этот перечень будет дополнен диагностикой рака желудка и пищевода, печени и предстательной железы. Также глава КазНИИОР отметил, что на предупреждение и лечение онкологических заболеваний в Казахстане на ближайшие пять лет в государственном бюджете предусмотрено более миллиарда евро.

Согласно заявлениям Минздрава РК, в настоящее время Казахстан переходит от медицины лечащей к медицине прогнозирования и предупреждения. По отношению к онкозаболеваниям эти планы более чем актуальны. Однако в качестве движущего фактора здесь должно выступать не только государство, но и сами граждане посредством активного участия в профилактических мероприятиях, профосмотрах и скринингах, проводящихся в нашей стране на бесплатной основе.

Вместе с тем Минздрав не скрывает, что работать во вновь открываемых центрах, оснащенных современным оборудованием, пока просто некому – остро ощущается нехватка квалифицированных специалистов. Однако Минздрав выражает уверенность в том, что к 2015 году онкологи и радиологи в Казахстане появятся – их будут готовить лучшие вузы страны, в том числе «Назарбаев Университет». Такое заявление также во время съезда онкологов сделал вице-премьер Ербол Орынбаев.

Анализ действующего законодательства Республики Казахстан показал, что проблема роста количества онкологических заболеваний, а также процент смертности от данного вида заболеваний были обозначены в качестве приоритетов для решения Правительством РК. Так, в период 2010-2012 гг. было принято несколько актов, действие которых было направлено на профилактику и лечение онкозаболеваний. Прежде всего важно отметить, что была принята Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденная Указом Президента РК от 29.11.2010 г. №1113. Постановлением Правительства Республики Казахстан №41 от 29 января 2011 года был утвержден План мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, где также содержатся мероприятия, направленные на улучшение качества лечения онкологических заболеваний. Также постановлением Правительства РК №366 от 29.03.12 г. была утверждена Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы.

Таким образом, согласно указанным документам, вопрос о ранней диагностике и лечении онкологических заболеваний взят на контроль Правительством РК и непосредственно Министерством здравоохранения.

Важно также отметить, что согласно Перечню заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденному Приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526, к таким заболеваниям относятся злокачественные новообразования и онкогематологические заболевания. Таким образом, лечение онкологических заболеваний полностью находится в ведении государственных учреждений здравоохранения.

В Постановлении коллегии Минздрава РК № 1/1 от 29 января 2013 года «Об итогах деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан в 2012 году и задачах на 2013 год в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения на 2011-2015 гг. «Саламатты Қазақстан» и Посланий Президента Республики Казахстан» говорится, что в связи с реализацией комплекса мероприятий по раннему выявлению отмечается **рост уровня заболеваемости злокачественными новообразованиями**, который составил 188,4 на 100 тыс. населения против 183 в 2011 году (на 3%), более высокие показатели отмечаются в Северо-Казахстанской (309,1), Павлодарской (298,1), Костанайской (291,9), Восточно-Казахстанской (276,1), Карагандинской (243,9), Акмолинской (233,6), Западно-Казахстанской (207,5) областях и городе Алматы (242,5).

При этом смертность от злокачественных новообразований в республике снизилась с 103,4 до 100,3 на 100 тыс. населения в 2012 году, данный показатель выше среднереспубликанского уровня отмечается в Павлодарской (159,5), Восточно-Казахстанской (154,8), Северо-Казахстанской (130,6), Акмолинской (130,1), Карагандинской (128,3), Костанайской (109), Западно-Казахстанской (106,0) областях и городе Алматы (116,2).

3. Методология анализа эффективности бюджетных расходов на профилактику и лечение онкологических заболеваний

3.1. Бюджетный анализ применительно к сфере здравоохранения

Задачей данного исследования было сделать комплексный анализ эффективности расходов государственного бюджета, направленных на решение проблем онкологии, а именно – на профилактику и лечение онкологических заболеваний. Период, охваченный исследованием, – 2012 г.

Единого определения *бюджетного анализа* или *анализа бюджета* в казахстанских методических источниках нет, поэтому при проведении данного анализа использовались наработки зарубежных авторов.¹ Таким образом, в рамках финансовой науки и практики, под анализом бюджета понимают метод исследования и контроля бюджетной системы и бюджетного процесса путем разложения и расчленения всей совокупности бюджетной системы и межбюджетных отношений, бюджетного механизма и бюджетного процесса на составные части (анализ), сопоставление и группировку этих частей (синтез), установление между ними связей, взаимосвязей, степени влияния с целью эффективного управления, контроля, планирования и прогнозирования.

Основной *целью*² *бюджетного анализа* является исследование ряда показателей по ключевым параметрам, отражающим реальную картину составления, рассмотрения, утверждения и исполнения бюджета; налогообложения и собираемости налогов, их тяжести для плательщиков; изменение состояния экономики и финансов в зависимости от проводимой в тот или иной период времени бюджетно-налоговой политики; соблюдение принципов бюджетного устройства и налогообложения.

Вместе с тем целями бюджетного анализа также являются: оценка конечных результатов составления и исполнения бюджета; обоснование финансово-бюджетной политики правительства и администраций территорий; обоснование параметров показателей при формировании бюджетов; выявление факторов и причин, оказавших влияние на невыполнение плановых показателей бюджета; определение экономической и социальной эффективности бюджетных расходов.

Задачи бюджетного анализа, как правило, включают в себя: анализ доходов и расходов бюджетов по их функциональному, ведомственному и экономическому содержанию; оценку организации управления бюджетом, подготовку аналитической информации для принятия эффективных управленческих решений и др.

Наиболее распространенными видами бюджетного анализа являются: горизонтальный анализ – исследование динамики бюджетных показателей (плановых и фактических, за предыдущий и текущий период); вертикальный – исследование структуры бюджета (отраслевой, функциональной и экономической), в т.ч. в динамике; трендовый – позволяет выявить тенденции развития и построить прогноз, исходя из предположения, что сложившиеся в прошлом тенденции сохранятся в будущем; факторный – позволяет выявить влияние отдельных факторов на бюджетные показатели и оценить степень влияния каждого из них на результирующий показатель.

Исходя из изложенного, мы попытались применить указанные характеристики бюджетного анализа к анализу одной конкретно взятой сферы – здравоохранения, причем в данной сфере область анализа взята еще уже и специфичнее, а именно – расходы, связанные с лечением, профилактикой и реабилитацией онкологических заболеваний. Проанализировав имеющиеся в распоряжении исследователя исходные данные, мы приходим к решению о том, чтобы использовать в исследовании следующие методы и подходы.

Прежде всего нами использовался горизонтальный анализ, который позволил проследить динамику бюджетных показателей (плановых и фактических) за несколько отрезков периода 2000-2012 гг.

Отчасти был применен вертикальный вид бюджетного анализа, т.е. исследование структуры бюджета в целом, а также бюджета здравоохранения в частности. При этом для примера были рассмотрены затраты областного бюджета Павлодарской области, в частности – по функциональным группам, подгруппам, бюджетным программам. Здесь же были рассмотрены расходы отдельных учреждений здравоохранения, в частности – Павлодарского областного онкодиспансера.

¹ В.И. Клиторин: *Методические рекомендации по анализу бюджетного процесса и бюджета муниципального образования*. Вера Бескровная, координатор аналитических работ бюджетной программы центра «Стратегия», *Прикладной бюджетный анализ: методика и подходы*. – СПб, 2002/ Санкт-Петербургский гуманитарно-политологический центр «Стратегия».

² В описании целей и задач бюджетного анализа использован раздел «Экономический анализ бюджетных показателей» учебника «Бюджетная система РФ»/ Под ред. Романовского М.В., Врублевской О.В. – М: Юрайт, 2000.

Что касается методов и инструментария для анализа, то нами использовался метод сравнения, когда бюджетные показатели отчетного периода сравнивались с плановыми, а также с показателями за предыдущий период (базисными).

Поскольку и в настоящий момент, а также в анализируемый период (2012 г.) в сфере профилактики и лечения онкозаболеваний существовала достаточно проработанная бюджетная и правовая основа, в т.ч. были приняты программные стратегические документы, то анализ также включал в себя оценку следующих аспектов:

1. Как четко сформулированы приоритеты бюджетной политики в этой сфере, насколько они соответствуют приоритетам развития сферы/отрасли, существует ли стратегический (перспективный) план (концепция), определяющий стратегические направления и приоритеты развития сферы на перспективу;
2. Соответствует ли реальная структура расходов бюджета приоритетам бюджетной политики, изменились ли эти приоритеты по отношению к предшествующему периоду;
3. Структура расходов бюджета, ее обоснованность и соответствие приоритетам бюджетной политики, динамика расходов по разделам функциональной бюджетной классификации.

Основополагающими вопросами данного исследования являлись следующие:

- Как отразилось исполнение бюджета на отдельной группе населения, в частности – на лицах, имеющих онкологические заболевания?
- Насколько их положение улучшилось?
- Насколько государству удалось повлиять на позитивные изменения в сфере профилактики, лечения и реабилитации онкозаболеваний?
- Если имели место позитивные изменения в анализируемой области, произошли ли они благодаря вмешательству программ, подкрепленных соответствующим бюджетным финансированием? Иными словами – существует ли причинно-следственная связь между положительной динамикой (если она имела место) и бюджетными расходами?

На эти основные вопросы мы попытались ответить в ходе данного исследования.

3.2. Понятие «эффективность» применительно к здравоохранению

Понятие эффективности медицинской помощи не следует отождествлять с общеэкономической категорией эффективности, с соответствующими показателями в сфере материального производства³. В здравоохранении даже при применении самого квалифицированного труда и использовании современной медицинской техники может быть «нулевой» и даже «отрицательный» результат.

Расчет показателей эффективности здравоохранения производится по следующим направлениям:

- 1. По виду эффективности:** медицинская; социальная; экономическая.
- 2. По уровню:** уровень работы врача; уровень работы подразделений; уровень работы медицинских учреждений; уровень работы отрасли здравоохранения; уровень народного хозяйства.
- 3. По этапам или разделам работы:** на этапе предупреждения заболевания; на этапе лечения заболевания; на этапе реабилитации.
- 4. По объему работы:** эффективность лечебно-профилактических мероприятий; эффективность медико-социальных программ.
- 5. По способу измерения результатов:** через снижение потерь ресурсов; через экономию ресурсов; через дополнительно полученный результат; интегрированный показатель, который учитывает все результаты.
- 6. По затратам:** по затратам общественного труда; суммарный показатель по затратам живого и общественного труда.
- 7. По форме показателей:** нормативные показатели здоровья населения; показатели трудовых затрат; стоимостные показатели.⁴

³ Подходы к оценкам эффективности здравоохранения, Ростовцев В.Н.

⁴ М.Д. Дуганов. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях – М: Институт экономики переходного периода, 2007.

Учитывая постановку задания, отраженного в условиях конкурса, проект «**Мониторинг эффективности расходов государственного бюджета на профилактику и лечение онкологических заболеваний**» был направлен на повышение эффективности расходов государственного бюджета в сфере профилактики и лечения онкозаболеваний. Одной из основных задач проекта было сделать анализ ситуации в сфере финансирования решения проблемы онкозаболеваний, в том числе проанализировать расходы государственного бюджета 2012 года на решение данной проблемы в трех регионах. Поэтому мы сфокусировали свой анализ на оценке именно эффективности. Как указывалось выше, в данной области выделяют три вида эффективности.

Медицинская эффективность – это степень достижения медицинского результата. В отношении одного конкретного больного это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. На уровне учреждений здравоохранения и отрасли в целом медицинская эффективность измеряется множеством специфических показателей: удельный вес излеченных больных, уменьшение случаев перехода заболевания в хроническую форму, снижение уровня заболеваемости населения.

Медицинская эффективность отражает степень достижения поставленных задач диагностики и лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности. Медицинское вмешательство может быть более результативным, если научный уровень и практика его проведения обеспечивают наилучший результат медицинской помощи при наименьших затратах всех видов ресурсов. Но даже при идеальном качестве медицинского труда может быть не достигнута конечная цель – здоровье человека.

Социальная эффективность – это степень достижения социального результата. В отношении конкретного больного – это возвращение его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенность медицинской помощью. На уровне всей отрасли – это увеличение продолжительности предстоящей жизни населения, снижение уровня показателей смертности и инвалидности, удовлетворенность общества в целом системой оказания медицинской помощи.

Экономическая эффективность – это соотношение полученных результатов и произведенных затрат. Расчет экономической эффективности связан с поиском наиболее экономичного использования имеющихся ресурсов. Этот показатель является необходимым составляющим звеном в оценке функционирования системы здравоохранения в целом, отдельных ее подразделений и структур, а также экономическим обоснованием мероприятий по охране здоровья населения.

Экономическая эффективность в здравоохранении рассматривается в двух направлениях: во-первых, эффективность использования различных видов ресурсов, во-вторых, с точки зрения влияния здравоохранения на развитие общественного производства в целом.

Особенность здравоохранения заключается в том, что нередко медицинские мероприятия лечебного и профилактического характера могут быть экономически невыгодны, однако медицинский и социальный эффект требует их проведения. Так, при организации медицинского обслуживания пожилых людей с хроническими и дегенеративными заболеваниями, больных с умственной отсталостью и т.п. при явной медицинской и социальной эффективности экономический эффект будет отрицательным. При использовании современных медицинских препаратов, интенсивной терапии и реанимации достигается медицинский и социальный эффект – сохраняется жизнь человека, однако он может стать инвалидом и лишиться возможности заниматься общественно полезным трудом.

В медицине нет четкой взаимосвязи между количеством затраченного врачом труда и конечным результатом. Не всегда сэкономленный за счет восстановления здоровья труд больше вложенного врачом на одну и ту же величину. Например, при одинаковой патологии на пожилого человека будет затрачено больше времени и средств, чем на молодого, а результат может быть неоднозначным. Для понимания особенностей проявления экономической эффективности в здравоохранении большой интерес представляет анализ эффективности последовательных затрат труда медицинских работников. Наиболее эффективными являются первоначальные затраты труда на уровне, обеспечивающем перелом в ходе болезни. Последующие затраты способствуют ускорению выздоровления, но в принципе, они уже не являются столь же эффективными, как первоначально.

Медицинская деятельность характеризуется результатами и затратами. Соответственно, между этими категориями может быть установлено соотношение, проанализированы условия и обстоятельства для его улучшения с учетом достижения максимальной эффективности реализации медицинских целей и задач. Вместе с тем в здравоохранении не существует тех условий и факторов для измерения эффективности, которые существуют в производственной сфере, и в здравоохранении, более чем где-либо, чрезвычайно сложно и даже невозможно выявить и измерить все достигнутые результаты.

Итак, как уже указывалось выше, применительно к здравоохранению определяются три вида эффективности как соотношение затрат и полученных результатов. И если к подсчету затрат может быть применена какая-либо одна математическая методика, то результаты в силу своей специфичности могут быть не только различными, но и не всегда поддающимися количественно точному определению. К примеру, затраты на предоставление паллиативной помощи неизлечимому больному с медицинской точки зрения совершенно неэффективны. Болезнь вылечить не удастся, зло в данном случае (по определению Гиппократ) превосходит средства медицины. Экономической эффективности мы здесь также не можем обнаружить, так как пациент уже не только не вернется в число полноценных работников, не будет участвовать в создании прибыли, производстве национального дохода и т.д., но и, во многих случаях, просто не сможет оплатить свое лечение. Но с точки зрения социальной эффективности эти, казалось бы, бесперспективные затраты приобретают совершенно особое значение и имеют вполне определенный результат, воплощенный в человеколюбивой нравственной атмосфере, господствующей в данном обществе.

Изучив несколько методов и подходов к оценке эффективности услуг здравоохранения, отметим, что **с учётом проблем оценки качества медицинской помощи наиболее корректному измерению поддаётся экономическая эффективность. Тем не менее для потребителей медицинских услуг наибольшее значение имеет их социальная эффективность.**

Общая оценка эффективности расходов на здравоохранение предполагает определение соотношения достигнутого социально значимого результата и потраченных при этом ресурсов. Эффективное расходование общественных средств заключается в достижении поставленной цели при максимальной экономии финансовых ресурсов.

При анализе эффективности расходования ресурсов должны быть определены:

набор индикаторов, характеризующих достижение поставленных целей;

- нормативные значения контрольных индикаторов;
- шкала для численной оценки полученных результатов, предполагающая единый алгоритм оценки отклонения достигнутых показателей от нормативного значения.

На основании оценок отклонения достигнутых показателей от нормативного значения определяется общий коэффициент достижения результатов (индекс результативности). Критериями результативности деятельности медицинских учреждений выступают:

- степень достижения поставленных целей, выраженная через сопоставление достигнутых и плановых показателей;
- экономическая эффективность использования ресурсов;
- правильность выбора медицинских технологий и соблюдения стандартов их качества.

Применение единой системы показателей для оценки результативности государственных расходов в здравоохранении позволяет оценивать степень достижения поставленных целей по повышению эффективности использования ресурсов при помощи числовых критериев.

Как известно, главными целями здравоохранения являются улучшение здоровья населения, снижение заболеваемости и смертности, увеличение средней продолжительности жизни. Продуктом, производимым в системе здравоохранения, следует считать здоровье населения. Ресурсы здоровья населения определяют качество и объём трудовых ресурсов страны. Потери здоровья ведут к прямым и косвенным экономическим потерям. Сохранение здоровья приводит к предотвращению экономических потерь. Увеличение ресурса здоровья населения приводит, соответственно, к экономической отдаче в виде роста прибыли. В структуре ресурсов здоровья как производимого продукта следует выделять добавленные (путём оздоровления), сохранённые (путём профилактики) и возвращённые (путём лечения и реабилитации) ресурсы здоровья. Отсюда, основными способами производства ресурса здоровья являются оздоровление, профилактика, лечение и реабилитация.⁵

При этом важно обратить внимание на следующую рекомендацию: ***наиболее приоритетным видом государственного финансирования является финансирование оказания первичной медико-санитарной помощи и профилактической медицины; оказывая максимальный объём помощи на первичном уровне, можно получить значительную экономию, предотвращая высокие и ненужные расходы на уровне вторичной медицинской помощи.***

⁵ Подходы к оценкам эффективности здравоохранения, Ростовцев В.Н.

Также существует точка зрения, что, поскольку основной целью здравоохранения является улучшение здоровья населения, эффективность системы здравоохранения в целом логически правильно оценивать не по уменьшению частоты отрицательных явлений (заболеваемость, инвалидизация, смертность), а по увеличению частоты положительных результатов. В цепочке «здоровье – заболевание – инвалидность – смерть» положительным результатом является только здоровье, а остальные позиции относятся к категории отрицательных явлений. **Отсюда, системные оценки эффективности здравоохранения должны опираться на показатели собственно здоровья населения.**

4. Оценка эффективности расходов государственного бюджета на профилактику и лечение онкологических заболеваний в 2012 г.

4.1. Общий обзор ситуации с государственными расходами на профилактику и лечение онкологических заболеваний

Как отмечалось выше, один из основных и доступных видов анализа – это горизонтальный, который позволяет проследить динамику в определенный период времени. Так, рассмотрев суммы бюджетных расходов, выделяемых на здравоохранение в Казахстане, мы можем заметить определенную динамику увеличения объемов финансирования. Согласно Закону Республики Казахстан от 24 ноября 2011 года № 496-IV «О республиканском бюджете на 2012-2014 годы» всего в республиканском бюджете по Министерству здравоохранения на трехлетний период 2011-2013 гг. предусмотрены средства в сумме **1262,3 млрд. тенге, из них в 2011 году – 401,2 млрд. тенге, в 2012 году – 420,7 млрд. тенге, в 2013 году – 440,3 млрд. тенге.** Ниже приводится таблица, иллюстрирующая направления расходов в сфере здравоохранения по годам.

млрд. тенге

№ п/п	Наименование мероприятий	2011 год	2012 год	2013 год
	Всего расходов:	401,2	420,7	440,3
1.	Оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), за исключением направлений, финансируемых на местном уровне, расширение ГОБМП и закуп лекарственных средств и вакцин (на создание Единой национальной системы здравоохранения)	245,8	283,2	304,3
2.	Межсекторальное и межведомственное взаимодействие по вопросам охраны здоровья граждан	18,2	14,9	4,6
3.	Строительство и реконструкция объектов здравоохранения	51,3	45,4	59,7
4.	Подготовка специалистов со средним, высшим и послевузовским образованием	18,2	23,6	26,8
5.	Формирование государственной политики в области здравоохранения	11,9	12,4	13,1
6.	Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения на республиканском уровне	9,7	10,8	11
7.	Реформирование системы здравоохранения за счет софинансирования из республиканского бюджета	8,6	12,3	4,9
8.	8. Создание информационных систем здравоохранения	3,4	2,4	1,4
9.	Прочие расходы (проведение капитального ремонта организаций образования и здравоохранения, материально-техническое оснащение и т.д.)	34,1	15,7	14,5

В 2013 г. Минздрав отчитался⁶, что в 2012 году на здравоохранение направлено более 738,7 млрд. тенге, что на 17 % выше уровня 2011 года и составило, по прогнозным данным, 2,4 % от ВВП. Освоено средств республиканского бюджета – 99,9 %.

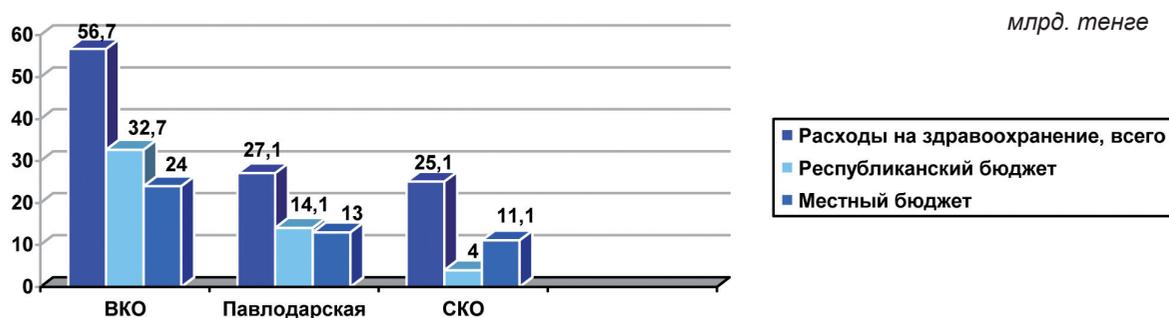
Общая сумма затрат на ГОБМП (без учета капитальных затрат) в 2012 году составила 553,7 млрд. тенге, что на 19,8 % больше, чем в 2011 году (461,9 млрд. тенге). Соответственно, возрос и уровень расходов на оказание ГОБМП в расчете на 1 жителя в 2012 году и составил 33 099 тенге (2011 год – 27 909,8 тенге).

В пересчете на душу населения расходы на здравоохранение за последние годы имеют устойчивую положительную динамику. За последние 5 лет этот показатель возрос более чем в 2,5 раза – с 20 196 тенге в 2007 году до 44 162 тенге в 2012 году.

⁶ В Постановлении коллегии Минздрава РК № 1/1 от 29 января 2013 года «Об итогах деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан в 2012 году и задачах на 2013 год в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения на 2011-2015 гг. «Саламатты Қазақстан» и Посланий Президента Республики Казахстан».

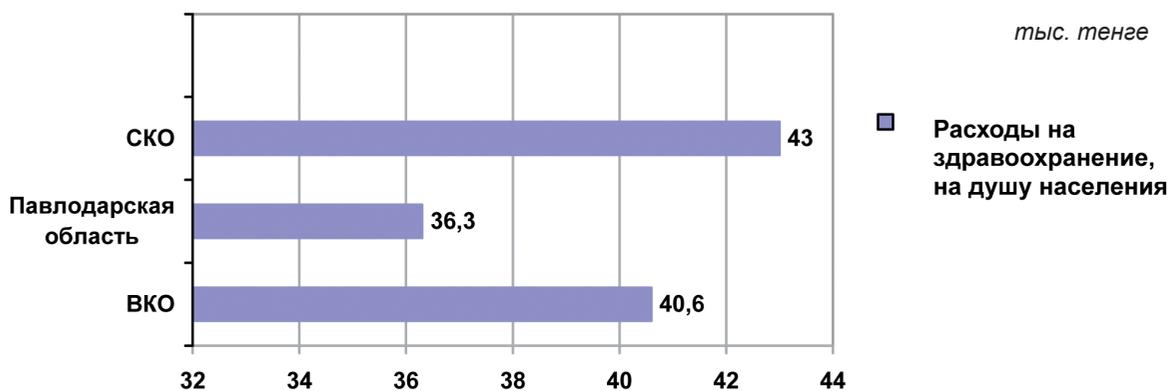
При рассмотрении структуры расходов мы видим, что непосредственное отношение к объекту исследования имеют следующие виды расходов: оказание ГОБМП, строительство и реконструкция объектов здравоохранения, подготовка специалистов. Именно эти расходы направлены на: создание условий для оказания медицинских услуг, подготовку специалистов, прямую работу с пациентами. Именно по этим позициям существенно увеличены объемы финансирования по сравнению с 2011 годом – на 42,8 млрд. тенге. Вместе с тем нельзя утверждать, что остальные расходы на здравоохранение не затрагивают проблему онкологии. Поэтому для более конкретных выводов нужна глубокая детализация анализа.

Поскольку задачей данного исследования был анализ деятельности по обозначенному направлению за 2012 год, а также в разрезе трех областей: Павлодарской, ВКО, СКО – нами были рассмотрены объемы бюджетного финансирования на здравоохранение по трем указанным областям.



Данные, приведенные в таблицах, дают нам лишь общее представление об объемах бюджетных расходов на здравоохранение. Очевидно, что имеет значение количество населения в данных областях, в частности, если население ВКО составляет 1 395 059 человек, население Павлодарской области 747 584 чел., СКО – 583 538 чел., то, соответственно, расходы на здравоохранение в ВКО более чем в два раза превышают эти расходы в Павлодарской области и СКО.

На душу населения по областям имеются следующие данные: 40,6 тыс. тенге – в ВКО, в Павлодарской области – 36,3 тыс. тенге, в СКО – 43 тыс. тенге.



В среднем расходы на здравоохранение на душу населения по трем областям составляют около 40 тысяч тенге.

Углубляясь в сферу исследования, обращаемся к действующим государственным программам, направленным на решение вопросов, связанных со здравоохранением. Прежде всего нами была рассмотрена программа, разработанная в целях дальнейшего реформирования системы здравоохранения Правительством, – Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Всего на реализацию Госпрограммы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» в 2011-2013 годах из республиканского бюджета запланировано выделение **215,9 млрд. тенге** (в 2011 году – 71,6 млрд. тенге, в 2012 году – 74,9 млрд. тенге, в 2013 году – 69,4 млрд. тенге). Таким образом, расходы на указанную программу составляют 17,8% от общей суммы расходов на здравоохранение в 2012 г. При

детальном рассмотрении программы «Саламатты Қазақстан» находим в ней ряд направлений, представляющих интерес для целей нашего исследования. В частности, направление 5.4 – «Совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения», пп. 3 – «Совершенствование механизмов финансирования системы здравоохранения»; направление 5.6 – «Повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой». Предполагаем, что данные направления включают в себя в том числе мероприятия, которые направлены и на решение проблем лечения онкологических заболеваний.

Для проверки данной гипотезы нами был рассмотрен План мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. В частности, «Цель. 5.2 – Дальнейшее укрепление здоровья населения и снижение уровня основных социально значимых заболеваний и травм». В качестве показателя результатов здесь приводится снижение смертности от онкопатологии до 99,5 к 2013 году, 95,8 на 100 тысяч населения к 2015 году. В рамках данной цели находим мероприятие – «п. 71 – Внедрить Национальную скрининговую программу». Судя по информации, приведенной в Плане, из описания показателей достижения результатов следует: эти показатели применимы лишь начиная с 2013 г. Анализ направления расходов и выделенных сумм можно представить в обобщенном виде в таблице:

№ п/п	Направление расходов	Сумма
1	Скрининг женщин на раннее выявление рака шейки матки.	841,2 млн. тенге
2	Оснастить онкодиспансеры современными аппаратами жидкостной цитологии для проведения ПаР-теста на предопухолевые и опухолевые заболевания шейки матки.	120 млн. тенге
3	Обеспечить лекарственными средствами на амбулаторном уровне лечение следующих заболеваний: детей, больных гемофилией, детей, больных онкогематологией, больных рассеянным склерозом.	4439,99 млн. тенге
4	Внедрить дополнительный компонент к тарифу ПМСП для стимулирования профилактической работы (раннее выявление заболеваний, отсутствие осложнения болезней), функционирование 50 ПМК, доукомплектование организаций ПМСП, проведение осмотра населения на выявление колоректального рака.	12249 млн. тенге
	Всего	17650,19 млн. тенге

Таким образом, План мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы содержит пять мероприятий, направленных, в том числе, на решение проблемы онкологических заболеваний. Эти мероприятия связаны с ранней диагностикой, улучшением МТБ онкодиспансеров, обеспечение лекарственными препаратами, улучшение поддерживающей/паллиативной медицины, повышение качества выявления определенных видов онкозаболеваний. Общий объем расходов, выделенных на указанные мероприятия, составил 17,7 млрд. тенге, что составляет примерно 23,6% от всего объема средств, выделенных на Программу.

Для того, чтобы более детально изучить информацию о том, что именно было запланировано и выполнено в рамках мероприятий, приведенных в Плане реализации Программы, мы проанализировали Сводную информацию о выполнении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы за 2012 год. В данном документе, также взятом с сайта Минздрава, мы видим детализированную информацию по выполнению запланированных мероприятий. В частности, нами были рассмотрены компоненты, имеющие непосредственное отношение к исследуемой теме. Как следует из Плана, в рамках деятельности «5.2.71. Внедрить Национальную скрининговую программу» во всех регионах РК всего за 2012 год осмотрено:

- на раннее выявление предопухолевых и злокачественных новообразований шейки матки – 582 566 женщин в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет. В результате рак шейки матки выявлен в 194 случаях (0,03%);

- на раннее выявление предопухолевых и злокачественных новообразований молочной железы – 459 816 женщин в возрасте 50, 52, 54, 56, 58 и 60 лет, в 633 случаях выявлен рак молочной железы (0,11%);
- на раннее выявление предопухолевых и злокачественных новообразований толстой и прямой кишки – 1 174 155 мужчин и женщин в возрасте 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68 и 70 лет. Рак выявлен в 228 случаях (0,035%).

Таким образом, в 2012 г. через скрининговые осмотры прошли порядка 1,2 млн. человек, из этого количества рак был выявлен у 1 055 человек, т.е. примерно у 0,9% обследованных граждан. Примечательно, что указана статистика по раннему выявлению рака шейки матки – «мероприятие **5.2.83. Провести скрининг женщин на раннее выявление рака шейки матки**». На раннее выявление предопухолевых и злокачественных новообразований шейки матки осмотрено 582 566 женщин в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет. В результате рак шейки матки выявлен в 194 случаях (I-II стадии составили 90,5%) и 28 805 случаев предопухолевых состояний, в том числе атипия клеток и тяжелая дисплазия в 6 780 случаях. Из числа выявленной патологии на Д-учет поставлено 90,2% пациентов, которым проводится оздоровление. Здесь важно обратить внимание, что в более чем 90% выявленных случаев заболевание было выявлено на I-II стадиях. **Таким образом, данное мероприятие точно сработало на выполнение поставленной задачи – обеспечить раннее выявление заболеваний, когда еще возможно применить лечение с определенной гарантией выживаемости.**

«Мероприятие **5.2.86. Оснастить онкодиспансеры современными аппаратами жидкостной цитологии для проведения PaP-теста на предопухолевые и опухолевые заболевания шейки матки**». По данному мероприятию на 2012 год в количестве 8 единиц были закуплены аппараты жидкостной цитологии. **К сожалению, из данного документа не понятно, для каких именно учреждений были закуплены указанные аппараты.**

«Мероприятие **5.2.88. Разработать и распространить информационно-образовательные материалы по вопросам профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни**».

В 2012 году разработаны информационно-образовательные материалы (плакаты, буклеты, листовки) 40 видов.

По республике растиражированы информационно-образовательные материалы по вопросам профилактики, в том числе онкологических заболеваний, – 1382205 экз. **В ходе исследования мы обнаружили лишь единичные упоминания со стороны пациентов о получении ими информации из данного вида информационных материалов.**

«Мероприятие **5.2.91. Расширить перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет внедрения новых высокотехнологичных видов диагностики и лечения**».

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2010 года № 1363 «О внесении дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136» с начала 2011 года расширен перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в части включения мероприятий по проведению скрининговых исследований (иммуноферментный анализ, полимеразная цепная реакция) на диагностику вирусных гепатитов «В» и «С» детей с заболеваниями крови, **злокачественными новообразованиями**, находящихся на гемодиализе, имеющих в анамнезе оперативные вмешательства, переливание крови и ее компонентов.

В настоящее время перечень технологий расширен с 268 до 341 технологии, в частности, в области кардиохирургии, трансплантологии, нейрохирургии, **онкологии**. Внедрены такие методы, как клипирование митрального отверстия, бесшовная имплантация биологического аортального клапана, замена сустава и кости при опухоли костей, имплантация нейростимулятора головного мозга с применением стереотаксической системы, конформная лучевая терапия.

«Мероприятие **5.4.146. Усовершенствовать деятельность организаций, оказывающих паллиативную помощь и реабилитацию**».

В республике создана служба паллиативной помощи в форме хосписа или больницы сестринского ухода (БСУ). На сегодняшний день хосписы или хосписные отделения функционируют при многопрофильных больницах и онкологических диспансерах в 6 городах РК – Караганде, **Усть-Каменогорске, Семее, Костанаве, Павлодаре и Алматы**, организованы больницы сестринского ухода в **с. Парыгино Зырянского района Восточно-Казахстанской области**, городах Караганда, Темиртау, Алматы функционирует ГККП «Городской центр паллиативной помощи». **Как видно из представленной**

информации, в двух из трех целевых областей есть организации, оказывающие паллиативную помощь. Лишь в СКО таких организаций нет.

В настоящее время в целях дальнейшего совершенствования службы паллиативной помощи Министерством здравоохранения разрабатывается стандарт по паллиативной помощи.

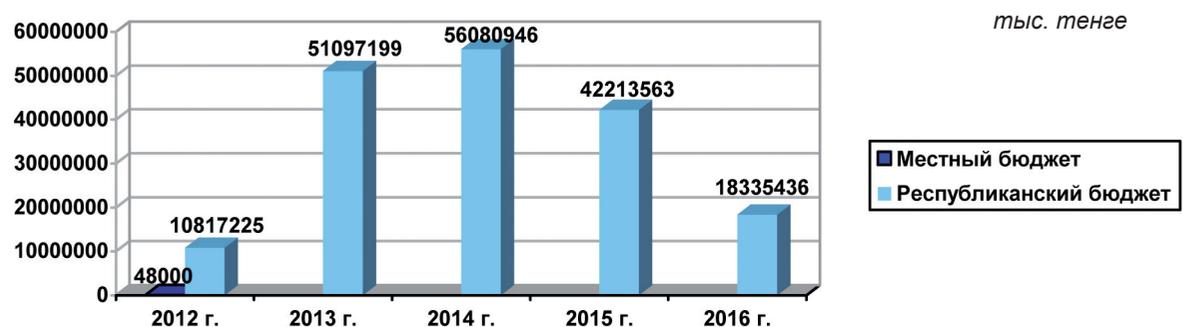
Оказание услуг по восстановительному лечению и медицинской реабилитации осуществляется в соответствии с постановлением Правительства РК от 15.11.2011 года № 1342 «Об утверждении Правил восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в т.ч. детской реабилитации».

«Мероприятие **5.4.173. Внедрить дополнительный компонент к тарифу ПМСП для стимулирования профилактической работы (раннее выявление заболеваний, отсутствие осложнения болезней), функционирование 50 ПМК, доукомплектование организаций ПМСП, проведение осмотра населения на выявление колоректального рака.**».

Государственную политику по укреплению потенциала ПМСП невозможно было бы назвать полноценным без участия в ней компонента мотивации труда работников данного сектора. Сегодня стимулирующий компонент к подушевому компоненту (далее – СКПН) охватывает абсолютно все организации ПМСП и работающих в них более 35 тыс. медицинских работников, 2,5 тыс. социальных работников. **Для этой цели в отчетном году выделено около 9,5 млрд. тенге, из них более 10% средств направлено на повышение квалификации.** В итоге оценки результатов работы сектора ПМСП средний размер ежеквартальной доплаты составил для врачей – 85 тыс. тенге, для средних медицинских работников – 48 тыс. тенге, для социальных работников – 32 тыс. тенге. **Таким образом, почти 1 млрд. тенге был направлен на повышение квалификации специалистов.**

Такова более детализированная информация по исполнению мероприятий, запланированных в рамках Программы «Саламатты Қазақстан».

Как уже отмечалось выше, постановлением Правительства РК №366 от 29.03.12 г. была утверждена еще более специфичная Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы. На реализацию данной программы в Республике Казахстан направлены средства республиканского и местных бюджетов. Общие затраты на реализацию программы составят 178 592 369 тыс. тенге, в том числе из средств республиканского бюджета – 178 544 369 тыс. тенге, из средств местных бюджетов – 48 000 тыс. тенге. Ниже приводится таблица с разбивкой по годам и источникам финансирования.



Как видно из представленных данных, в течение первых трех лет действия программы планируется поэтапно увеличить объемы финансирования – с 10,9 млрд. тенге в 2012 г. до 56 млрд. тенге в 2014 г. Примечательно также, что часть расходов в объеме 48 млн. тенге была выделена из местных бюджетов, как нам уже известно – из бюджета ВКО. В целом же объем расходов, запланированных на реализацию в 2012 г., составил 2,6% от общего объема бюджетных средств, выделенных на здравоохранение в 2012 г.

Таким образом, на мероприятия, так или иначе направленные на решение проблем онкологических заболеваний из общего объема расходов на 2012 г. затрачено примерно 28,6 млрд. тенге, что составляет около 6,8% от общего объема расходов на здравоохранение в указанный период. **Важно иметь в виду, что этот процент очень условный, поскольку не все расходы, включенные в этот объем, в чистом виде направлены на решение проблем онкологии** (например, финансирование в размере 4439,99 млн. тенге направлено на обеспечение лекарственными средствами на амбулаторном уровне для лечения нескольких категорий: детей, больных гемофилией, больных

рассеянным склерозом, и в том числе – онкогематологией). То же можно сказать и о расходах, которые, на первый взгляд, не направлены именно на проблематику онкологии, а, например, в целом на совершенствование системы здравоохранения. Но и эти расходы могут затрагивать решение интересующего нас вопроса.

Важным аспектом представляется анализ целей и задач программ. Так, согласно Паспорту Программы развития онкологической помощи, ее целью является повышение ожидаемой продолжительности и качества жизни казахстанцев путем снижения смертности населения от онкологических заболеваний. Как видно из данной формулировки, главным направлением деятельности и ожидаемым положительным воздействием программы должны стать изменения в статистике смертности, т.е. смертность от онкологических заболеваний благодаря воздействию программы должна снизиться. Цель поставлена очень специфично, узкосфокусированно, она поддается измерению и оценке. И, что немаловажно, данная цель отражает приоритеты политики Правительства в сфере здравоохранения, и онкологии в частности⁷.

Для достижения обозначенной цели в программе было поставлено три основных задачи:

1. Совершенствование профилактики онкологических заболеваний путем развития программ ранней диагностики (скринингов).
2. Повышение доступности высокотехнологичных методов диагностики и лечения с научно обоснованной эффективностью.
3. Создание современной системы реабилитационной и паллиативной помощи онкологическим больным.
4. Создание современной системы паллиативной помощи.

По сути, все поставленные задачи направлены на достижение основной цели программы. Прслеживается логика вмешательства: выявить заболевание на ранней стадии, когда возможно лечение – применить эффективные и обоснованные методы лечения – создать условия для реабилитации пациентов после применения лечения, а также дополнительно – создать условия для поддерживающей медицины для пациентов, к которым лечение применить уже невозможно. Задачи сформулированы четко, они поддаются измерению, они достижимы, т.е. в общем они отвечают критериям SMART.

В программе были обозначены следующие целевые индикаторы:

Целевой индикатор	Ед. изм.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Снижение смертности от онкологической патологии	На 100 тыс. населения	101	99,5	97,2	95,8	95,5
Увеличение удельного веса злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях	%	50,1	50,6	51,5	53	53,5
Увеличение удельного веса 5-летней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями	%	51,6	51,8	52	52,2	52,5

Как видно, все поставленные индикаторы применимы лишь к 2014 г., когда, предположительно, можно будет сделать выводы о влиянии/эффекте мероприятий, реализованных в рамках программы. **Это важно для данной оценки – анализируемые программы в 2012 году только начали действие.** Поскольку их выполнение предполагает несколько этапов с постепенным увеличением охвата целевых групп, с постепенным наращиванием темпов ввода новых объектов здравоохранения, усилением материально-технической базы и т.п., то проследить причинно-следственные связи между, например, снижением смертности от онкологических заболеваний и воздействием указанных программ можно будет через определенное время, предположительно, не ранее чем через три года.

⁷ Информация на сайте Минздрава: http://www.mz.gov.kz/index.php?option=com_content&view=article&id=347:otrasle-vye-programmy&catid=434&Itemid=129&lang=ru

4.2. Анализ ситуации на территории целевых областей

Далее исследователи предприняли попытку установить, что было выполнено в рамках программы на территории трех целевых областей страны. Согласно информации, представленной Минздравом (исх. № 11-4/04-7473 от 25.04.13 г.), в рамках Программы развития онкологической помощи в РК в ВКО был реализован пилотный проект скрининга рака предстательной железы. **Короткая справка о том, что такое скрининг, – это профилактический медицинский осмотр здоровых лиц определенного возраста для выявления факторов риска и заболеваний на ранних стадиях. Его проведение позволяет повысить эффективность лечения и предупредить развитие осложнений. Иными словами, скрининг – это метод ранней диагностики заболеваний, в данном случае – онкологических. Специалисты** в исследуемой области подчеркивают крайнюю важность ранней диагностики. И в этом направлении государство предприняло последовательные шаги. В Казахстане заработали скрининговые программы, которые по специальной выборке (возраст, территория, органы тела) производят осмотр населения. Исследование показало, что данная мера абсолютно обоснованна, необходима и, самое важное, – эффект от этих программ виден уже в ходе их исполнения. Скрининг действительно помогает выявлять заболевания. Причем если бы человек, у которого в ходе скрининга было выявлено онкологическое заболевание, не участвовал в скрининговой программе, то, скорее всего, он сам бы не обратился в медицинские учреждения вплоть до последней стадии. Как считают специалисты в сфере здравоохранения, ситуация с информированностью населения о профилактике рака в Казахстане обстоит неплохо. Однако проблема в том, что население еще не осведомлено о многих конкретных формах этого смертельного заболевания. Так, например, люди знают, что такое рак молочной железы, рак шейки матки. Но представление о колоректальном раке (раке толстого кишечника) – крайне поверхностно. Многие считают, что о толстом кишечнике вообще «неудобно» говорить, тем более – что-то проверять. Итог такой «стеснительности» печален. В настоящее время за год выявляется более 2,5 тыс. случаев заболевания раком толстого кишечника, то есть в среднем около 50 пациентов каждую неделю узнают о таком диагнозе. Причем, к сожалению, на ранних I-II стадиях такой рак определяется всего у трети пациентов, тогда как в странах Запада ранняя диагностика достигает порядка 80%. Отсюда и удручающая статистика смертности. Сейчас из 2,5 тыс. выявляемых в год больных колоректальным раком по Казахстану умирают 1 500. Пятилетняя выживаемость составляет всего 46%. Поэтому, говоря о скрининге, есть один важный аспект, который, на взгляд исследователей, не так хорошо проработан. Речь идет о донесении информации до целевых групп.

В результате внедрения скрининговых исследований населения выявляемость онкологических заболеваний на ранних стадиях выросла с 60% до 75%, сообщила директор департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения РК Ажар Тулегалиева. «Если ранее, до проведения скринингов, мы выявляли на ранних стадиях до 60% онкозаболеваний, то сегодня благодаря исследованиям выявляемость по тем нозологиям, по которым идет скрининг, выросла до 75%. Это очень важный показатель, потому как на ранней стадии можно вылечиться, сохранить трудоспособность», – сказала Ажар Тулегалиева.

Судя по результатам проведенного социологического опроса, из числа тех, кто ответил на вопрос о прохождении скринингового профилактического осмотра за последние 12 месяцев, 46,5% ответили отрицательно. Здесь наиболее представлены женщины, люди со средним специальным и высшим образованием, в возрасте от 50-59 лет, а также пенсионеры и инвалиды. Т.е. из исследуемой совокупности лишь 53,5% проходили за последний год подобный осмотр. При этом 28,8% респондентов получили приглашение нахождение скринингового профилактического осмотра при посещении поликлиники, 16,6% – по собственной инициативе, 11,2% опрошенных получили приглашение по телефону, 6,2% – от медицинского работника, пришедшего домой (на работу, учебу), 6% респондентов получили письменное приглашение по месту жительства (работы, учебы), а 3,6% последовали совету родственников, друзей.

Принимая во внимание инертность общей массы населения и нежелание соприкасаться с учреждениями здравоохранения (приходить на прием, проходить осмотры и т.п.), важно было более тщательно продумать способы и каналы донесения информации до целевых групп. Вместе с тем практика показывает, что охват обозначенных групп по областям страны – практически 100%. В этом направлении можно сделать лишь одну рекомендацию – продолжать данную практику в будущем с усилением информационного компонента.

За 12 месяцев 2012 г. было обследовано 51 265 мужчин целевой возрастной категории, охват составил 97,6%. Было произведено 306 биопсий, выявлено 50 (16,3%) случаев рака предстательной железы. Из них 48 случаев, или 98%, составили пациенты I-II стадий. На стационарное лече-

ние направлено 42% пациентов с выявленной патологией, 8% находились на этапе госпитализации. Это крайне полезная информация для данного анализа. Приведенные данные говорят о том, что по результатам пилотного проекта скрининга рака предстательной железы приблизительно у 0,01% обследованных мужчин обнаружен рак, подавляющее большинство обследованных имели начальные стадии, что позволило направить их на лечение. Оценивая эффективность, можно отметить, что вряд ли данная деятельность имеет экономический эффект, поскольку соотношение вложенных затрат и произведенный эффект непропорциональны – заболевание выявлено у 50 из 51 265 человек. Иными словами, государство было вынуждено затратить одинаковое количество ресурсов на осмотр каждого из 51 265 человек, но только в 50 случаях затраты были произведены «не зря». Необходимо принимать во внимание, что мы располагаем лишь данными об общих государственных расходах на здравоохранение, которые в абсолютном выражении выросли с 92,9 тенге на душу населения в 2003 году до 563,7 тенге в 2010 году.

Делать выводы о медицинской эффективности данной деятельности еще преждевременно, т.к. мы не располагаем пока данными о результатах лечения, примененного к этим 50 пациентам. Наиболее ощутим социальный эффект – 50 граждан получили шанс на улучшение состояния здоровья, продление жизни и активности, трудоспособности, а также, возможно, на исцеление. Если принять во внимание количество лиц, которые не безразличны к судьбе этих 50 пациентов, – их родственники и близкие, то социальный эффект можно умножить на 3-4 пункта. Также, несмотря на скромную оценку экономическому эффекту, которую мы дали выше, он все равно будет иметь место. Так, при условии возвращения этим лицам трудоспособности они смогут продолжать вносить свой вклад в деятельность по производству товаров, работ, услуг, т.е. выработке материальных благ для региона и страны в целом.

Кроме скрининга, в трех областях было открыто 4 кабинета амбулаторной химиотерапии (в онкодиспансерах). Также в 2012 г. на продолжение строительства центра ядерной медицины в г. Семей из республиканского бюджета выделены средства в сумме 1,7 млрд. тенге.

В целом, говоря о скрининге, можно отметить, что согласно задачам программы предполагалось совершенствование профилактики онкологических заболеваний путем развития программ ранней диагностики (скринингов): на 2012 год – реализация 4 скрининговых программ: продолжение реализации скрининга рака молочной железы, рака шейки матки, колоректального рака, внедрение пилотного проекта по скринингу рака предстательной железы в Восточно-Казахстанской области.

А во исполнение «Задачи 3 – Создание современной системы реабилитационной и паллиативной помощи онкологическим больным» в 2012 году было запланировано открытие центра паллиативной помощи на базе хосписа в г. Алматы, организация паллиативной помощи онкологическим больным в городах Павлодар, Караганда, Усть-Каменогорск, Костанай, Семей.

Поскольку данный анализ направлен именно на изучение ситуации с финансированием мероприятий по лечению онкологических заболеваний применительно к трем географическим областям Казахстана, то мы также сделали небольшой анализ местных бюджетов.

Так, расходы бюджета Павлодарской области на здравоохранение в 2012 г. составили 19,5 млрд. тенге. Из них на обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи выделено 4,7 млрд. тенге, на материально-техническое оснащение медицинских организаций – 0,7 млрд. тенге, на строительство объектов образования и здравоохранения – 1,3 млрд. тенге.

При более детальном рассмотрении областного бюджета Павлодарской области мы находим в Функциональной группе 05 – «Здравоохранение», Подгруппу – 3 – «Специализированная медицинская помощь», администратором которой – 253 – является управление здравоохранения. Данный администратор реализует программы: 021 – «Обеспечение онкогематологических больных химиопрепаратами» с суммой финансирования 76 495 тыс. тенге (что составляет примерно 8 471 тенге на одного зарегистрированного больного); 046 – «Оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» с суммой финансирования – 1 504 732 тыс. тенге (примерно 166 637 тенге на одного пациента). Таким образом, по данным программам затраты на одного больного в год составляют примерно 175 108 тенге.

На сайтах акиматов ВКО и СКО, к сожалению, не удалось найти информацию о полном бюджете данных областей на 2012 или 2013 гг., т.е. сайты не содержат детализации по расходам бюджета. Есть только самая общая информация, согласно которой в областном бюджете ВКО затраты на **здравоохранение** в 2012 г. определены в сумме 23255,1 млн. тенге (*рост к 2011 году 15%, или на 3,1 млрд. тенге*). Обеспечение лекарственными средствами составило 2281,8 млн. тенге

(рост к 2011 году 12%, или на 239 млн. тенге). На приобретение оборудования для медицинских организаций предусмотрено 532,3 млн. тенге.

По бюджету СКО информации еще меньше – уточненный бюджет СКО за 2012 год составил 108 175 млн. тенге, из них на здравоохранение – 17 904 млн. тенге, рост с 2011 года – на 41,9%.

4.3. Анализ деятельности онкологического диспансера

Двигаясь от общего к частному, мы также проанализировали деятельность одного конкретно взятого медицинского учреждения – КГП на ПХВ «Павлодарский областной онкологический диспансер» (ПООД). ПООД – это единственное учреждение в области, оказывающее специализированную онкологическую помощь населению Павлодарской области. Помощь онкологическим больным и больным, направленным на прием в диспансер с подозрением на злокачественный процесс, оказывается в рамках ГОБМП. Согласно данным, полученным от руководства данного учреждения, по состоянию на 01.01.13 г. на учете в ПООД состояло 9 030 больных. По сравнению с 2010 г. прирост состоящих на учете составил 0,6%. Объем финансирования в 2012 г. составил 1 571 944 100 тенге. Что касается методов лечения, то согласно письму директора ПООД Сулейменова М.К. (исх. № 37-1/1-03 от 18.04.13 г.) в диспансере применяется весь арсенал методов лечения, используемых в мире. В частности, это хирургические, химиотерапевтические и лучевые методы лечения. За 2012 г. в ПООД проведено 1 485 операций (т.е. у 16,4% состоящих на учете больных).

Что касается оснащения, то согласно данным ПООД радиологическое отделение оснащено современными препаратами для эффективного лечения онкобольных. С 2012 г. в диспансере проводятся иммуногистохимические исследования послеоперационного материала, что позволяет выбрать для пациента оптимальную химиотерапию. В цитологической лаборатории проводятся исследования методом жидкостной цитологии, что позволяет получать высококачественные мазки и повысить точность диагностики. Функционирует кабинет компьютерной томографии.

В онкологическом диспансере развернуто 170 коек, из них 120 – онкологические, 50 – радиологические.

Для оказания специализированной помощи в раннем послеоперационном периоде и для контингента больных с терминальным состоянием в составе отделений хирургического профиля развернуто отделение реанимации и интенсивной терапии на 6 коек. В радиологическом отделении также организован стационар дневного пребывания больных на 40 коек.

Плановая мощность консультативно-диагностической поликлиники диспансера составляет 50 посещений. Прием ведут следующие специалисты: онколог, маммолог, уролог, эндоскопист, химиотерапевт, онкогинеколог. За 2012 г. всего принято 58 077 пациентов. При этом средняя продолжительность обследования онкологического больного в поликлинике – 2-3 дня. **Последние приведенные данные заслуживают особого внимания. Если предположить, что все пациенты приходили на прием по одному разу, т.е. являлись разными людьми, то количество принятых ПООД пациентов в 2012 г. составляет 7,7% от населения области. Но даже при условии, что некоторые пациенты принимались неоднократно, трудозатраты ПООД на данное количество пациентов внушительно.**

Ежедневно в диспансере проходят заседания мультидисциплинарной группы и лечебно-консультативной комиссии. На данных комиссиях решаются вопросы тактики лечения больных, взятых на учет, и вопросы экспертизы трудоспособности.

1 апреля 2012 г. создан кабинет амбулаторной химиотерапии (КАХ). За 2012 г. в КАХ пролечено 2 260 больных.

В структуре диспансера предусмотрены вспомогательные параклинические службы. Развернуты клиничко-биохимическая, патоморфологическая, централизованная цитологическая лаборатории, рентгенодиагностический кабинет, кабинет компьютерной томографии, эндоскопическое отделение и кабинеты УЗИ.

Развивается стационарозамещающая помощь. Так, в 2012 г. в дневном стационаре было пролечено 1 924 больных.

Для оказания высокоспециализированной медицинской помощи в КазНИИОиР направлено 58 больных. Для проведения диагностики в Республиканский диагностический центр направлено 100 пациентов на позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ). Также 15 больных были направлены в Национальный научно-медицинский центр для проведения ультразвуковой абляции. Таким образом, из общего количества больных, стоящих на учете в ПООД, приблизительно 1,9% были направлены для диагностики и лечения в другие учреждения.

Руководство ПООД также сообщило, что с 2012 г. онкологическая служба Республики Казахстан работает в глобальном бюджете согласно программе 046 – «Оказание специализированной помощи онкологическим больным». Тариф на одного больного, состоящего на учете, составляет 13 500 тенге в месяц. Руководство ПООД считает, что этих средств достаточно для оказания полноценной помощи больным. Также указывается, что благодаря глобальному бюджету больные Павлодарской области стопроцентно обеспечены на уровне как амбулаторного, так и стационарного лечения. Как отметил в интервью заместитель руководителя управления здравоохранения области г-н С. Смаков, были приобретены современные противораковые лекарственные средства, которые в прежние годы из-за недостатка средств купить не было возможности. Среди них есть такие препараты, стоимость одной упаковки которых достигает 1 млн. тенге. А одна упаковка идет на месяц лечения, при этом больного нужно обеспечить этим препаратом на протяжении нескольких лет, в зависимости от продолжительности его жизни. Примером таких препаратов является «Нексавар».

В отношении материально-технического состояния онкологической службы области руководитель ПООД отметил, что она находится на высоком уровне. Кроме того, в 2012 г. ПООД приобрел: систему автоматического радиационного контроля, новый операционный гидравлический стол, светильник «ЭМАЛЕД» хирургический, насосы инфузионные волюметрические (инфузоматы), платформу для подготовки гистологических препаратов для проведения иммуногистохимического исследования, электрокардиограф 12-канальный, фибродуоденоскоп.

Что касается достаточности койкомест, то в ПООД считают, что 170 коек, развернутых в стационаре, и 40 коек дневного стационара достаточно для оказания помощи.

По поводу кадрового обеспечения нам также сообщили, что дефицита кадров в диспансере нет. Так, в ПООД работают 279 человек, из которых 50 врачей, 108 средних медработников, 77 человек младшего персонала, АХЧ – 51 человек. Также отмечено, что 35 врачей (71,4%) и 86 средних медработников (83,5%) имеют квалификационные категории, 2 врача имеют степень кандидата медицинских наук. 9 врачей (27,5%) имеют высшую квалификационную категорию, первую – 23 (65,7%), вторую – 3 (8,6%). В 2012 г. усовершенствование прошли 32 врача и 48 медицинских сестер.

В целом в пределах одной области, в частности Павлодарской, система работает следующим образом: помощь плановым онкологическим больным оказывает онкодиспансер, экстренную онкологическую помощь оказывают все стационары городов и районов области; пациентам с опухолями головного и спинного мозга помощь оказывает отделение нейрохирургии КГП на ПХВ «Павлодарская городская больница №1»; пациенты с IV стадией заболевания получают помощь в СЭО «Солярис» (хоспис).

В онкологическом диспансере СКО отметили, что для стопроцентного оснащения медицинским оборудованием необходимы бюджетные средства в объеме 1 387 714,8 тыс. тенге (в том числе на дорогостоящее медицинское оборудование: МРТ, рентгенаппарат на 3 рабочих места, УЗИ-аппарат экспертного класса, цифровой маммограф со стереотаксической приставкой для проведения биопсии и т.д.; для замены источника ионизирующего излучения на 2013 год; на строительство двухэтажного здания между хирургическим корпусом и радиологическим отделением).

4.4. Эффективность мер здравоохранения

Теперь вернемся к одному из основных вопросов данного исследования – каким образом действия, предпринимаемые государством и финансируемые за счет бюджета, улучшили положение граждан целевых групп? Исследователями был направлен запрос в адрес Министерства здравоохранения РК о том, насколько по результатам 2012 г. произошло снижение показателей онкозаболеваемости по трем областям страны? В ответ на данный запрос, который, на наш взгляд, сформулирован предельно ясно и конкретно, мы получили ответ Минздрава (письмо №11-4/04-7473 от 25.04.13 г.), который звучит следующим образом: **«Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями в ВКО, СКО и Павлодарской области остаются самыми высокими по РК. Рост заболеваемости характерен не только для Казахстана, но и для других развитых стран мира. А показателями эффективности проводимых противораковых мероприятий является снижение показателя смертности от злокачественных новообразований»**. Как видно из данного ответа, он совершенно не содержит информации по существу запроса – произошло ли снижение показателей или нет? Данный факт является типичным примером качества ответов, которые дают учреждения здравоохранения, включая Минздрав, – содержится самая общая информация, без деталей и конкретики, создается впечатление, что они сознательно уходят от прямого ответа на вопрос.

Подобный же вопрос был задан представителям управления и учреждений здравоохранения на местах. Как сообщил заместитель руководителя управления здравоохранения Павлодарской области

г-н С. Смаков, **«По показателям снижения уровня заболеваемости нам пока особо нечем похвастаться, потому что заболеваемость растет. Наша задача – это выявление на ранних стадиях, когда мы можем провести своевременно радикальные методы лечения, что позволит нашим гражданам иметь большую перспективу для жизни».**

Представители здравоохранения СКО были более конкретными. Они отметили, что положительные изменения есть. Повысился процент пятилетней выживаемости на – 8%, также повысилась выявляемость на ранней стадии через скрининговые обследования: в 2011 году выявлено 155 больных детей и 9 330 взрослых, а в 2012 году – 685 детей и 5 171 взрослых. Снижение по взрослым показывает, что основная масса больных уже выявлена.

Что же касается выживаемости и медицинской эффективности применяемых мер, пока мы можем использовать лишь неофициальные источники, которые говорят о том, что процент излеченности взятых на учет онкобольных составляет 50 процентов.

Есть также критические замечания по поводу доступности онкологической помощи в сельской местности, где отсутствуют соответствующие специалисты, если же такой врач есть, то, как правило, это врач-совместитель.

Мы предлагаем следующую логику оценки эффективности расходов государства на профилактику и лечение онкологических заболеваний.

Прежде всего следует выяснить – а является ли данная проблема приоритетной для государства? Все программные документы, официальные выступления и заявления представителей Правительства, и Минздрава в частности, подтверждают актуальность проблемы для государства. Один факт того, что была принята отдельная государственная программа развития онкологической помощи, уже может говорить о степени важности данного вопроса для государства. Тем более что данная программа подкреплена ощутимым финансированием. **Поэтому можно сделать вывод о том, что Республика Казахстан действительно признает проблему роста заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний одной из важнейших и приоритетных.**

Второй вопрос, требующий ответа, – насколько объем финансирования из бюджета соответствует масштабу вопроса или проблем онкологических заболеваний? Иными словами, насколько этих средств достаточно для решения данной проблемы?

Прежде всего следует отметить, что согласно данным статистики, несмотря на ежегодный рост расходов на здравоохранение, **средств для полного обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в стране недостаточно.**

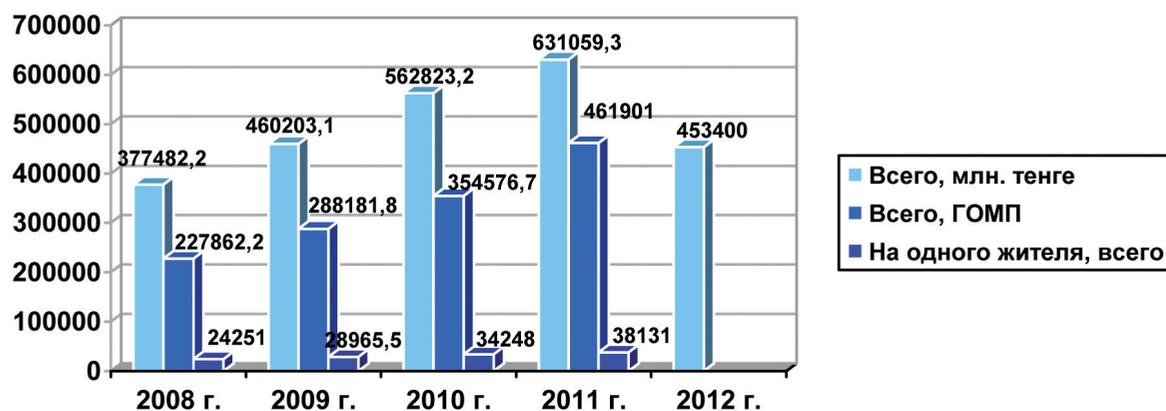
В Казахстане за последние 10 лет финансирование здравоохранения выросло пропорционально периоду в 10 раз и составило 4 процента от ВВП страны. Однако, согласно данным ВОЗ, такое соотношение является одним из самых низких по сравнению с другими странами СНГ, Восточной Европы и ЕС.⁸ В 2010 году общие расходы на эту сферу, по данным Республиканского центра развития здравоохранения, составили 882,2 млрд. тенге, или 4,04 процента от ВВП. Доля государственных расходов составила 588,5 млрд. тенге, доля частных расходов – 290,4 млрд. тенге. Согласно данным, представленным Минфином и Счетным комитетом в «Отчете об исполнении бюджета страны за 2012 г.» 02.05.13 г. (www.esep/rus/showin/article/1670), расходы на здравоохранение в 2012 г. составили 453,4 млрд. тенге.

В целом система представляет собой несколько уровней работы с пациентами. Первый уровень – общий, когда при поликлиниках и больницах находятся врачи-онкологи, в чью компетенцию входит первичное распознавание симптомов данного вида заболеваний. Второй уровень – специальный, или профильный, т.е. онкологические диспансеры. Анализ системы здравоохранения и, соответственно, бюджетного ее финансирования показывает, что теоретически государство несет максимальное бремя расходов по обслуживанию данной категории пациентов. Так, в рамках ГОБМП пациента осматривают, сделают анализы, назначат лечение, сделают операцию, обеспечат препаратами – и все это за счет государства.

Рассматривая десятилетний период – с 2000 по 2011 год, можно увидеть, что консолидированные государственные расходы на здравоохранение в РК выросли в 11,5 раза, достигнув 627,3 млрд. тенге, что составляет 2,3% от ВВП страны, или 10,4% всех государственных расходов. Государственные расходы на здравоохранение на душу населения за этот же период выросли более чем в 9 раз: с 3,6 до 38,2 тыс. тенге в год. При этом доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение в РК увеличилась с 51% в 2000 году до 59% в 2010 году.

8 Системы здравоохранения: время перемен. Том 14, №4, 2012 г. – Казахстан. Обзор системы здравоохранения.

Ниже приводится график с данными о финансировании здравоохранения с 2008 по 2011 год (источник: <http://www.mz.gov.kz/page/natsionalnye-scheta-zdravookhraneniya-2010-2011godu>):



Как видно из представленного графика, на протяжении временного отрезка в четыре года наблюдается значительный рост выделенных средств по отрасли в целом, также увеличивается доля расходов на ГОБМП, повышается такой показатель, как расходы на одного жителя, соответственно, объем ГОБМП на одного жителя также увеличился с 2008 по 2011 г. на 13271,2 тенге, т.е. почти в два раза.

Однако, как говорят специалисты, несмотря на рост объема государственного финансирования для решения данной проблемы, выделяемых средств все равно не хватает. Например, государство выделяет средства для закупки крайне дорогостоящего оборудования. Как результат – оборудование приобретено, поставлено в определенном учреждении здравоохранения, действующем на определенной территории страны. Оборудование начинает использоваться в процессе оказания услуг данного учреждения, связанных с диагностикой, непосредственно лечением или реабилитацией. Однако сразу же возникает несколько дополнительных вопросов: **было ли закуплено подобное оборудование для всех учреждений, которые в нем нуждаются, на всех территориях страны, чтобы охватить все нуждающееся население?** – Очевидно, нет. Следующий вопрос – **отражено ли где-либо в планах (управленческих или финансовых), что через 2-3 года данное оборудование будет физически и морально изношенным и устаревшим, соответственно, возникнет необходимость его замены?** – Очевидно, нет, по крайней мере, проведенное исследование неоднократно выявляло подобную проблему износа и устаревания оборудования, а также неравномерного снабжения необходимым оборудованием всех учреждений.

По словам главного врача областного онкодиспансера ВКО г-на Кенжалина Ж.Ш., Казахстан сегодня является одной-единственной республикой в Центральной Азии, где лекарственные препараты по онкологии предоставляются пациентам на бесплатной основе. Однако существует проблема обеспечения пациентов лекарственными препаратами для лечения сопутствующих заболеваний, о чем пойдет речь позже.

Вместе с тем прогнозируется дальнейший рост количества подобных заболеваний. По прогнозам ВОЗ, заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований до 2020 г. во всем мире увеличится в 1,5-2 раза. Соответственно, одновременно появится необходимость увеличения объема финансирования. В пользу этого вывода говорит анализ развития системы онкологической помощи в мире. В частности, имеют место следующие процессы:

– Осуществляются новые разработки в сфере специального оборудования для диагностики и лечения онкологических заболеваний. Любое оборудование в данной сфере априори является дорогостоящим, поскольку связано с высокими наукоемкими технологиями. Существует взаимосвязанный процесс, когда, с одной стороны, развивается болезнь, а с другой стороны – технологии не стоят на месте. Поэтому периодически, причем с большой частотой, появляются все новые и новые наименования специального оборудования.

– Появились так называемые таргетные препараты. Стоимость таких препаратов измеряется тысячами долларов или миллионами тенге. Прогнозируется увеличение «линейки» данных препаратов, т.е. перечень наименований. Таким образом, чтобы обеспечить ими пациентов, понадобятся дополнительные, очень серьезные средства. Причем снижения стоимости таких препаратов не предполагается.

– Количество «запущенных» случаев заболеваний не снижается. И каждый такой случай требует экстренной помощи, в частности – применения дорогой терапии и неотложного оперативного вмешательства. Практика показывает, что и то, и другое крайне дорого. Более того, операции по многим из таких случаев делаются только в зарубежных клиниках, стоимость таких операций измеряется десятками и сотнями тысяч долларов, плюс процедуры оформления поездки за рубеж, плюс все накладные расходы, связанные с проездом и пребыванием в стране.

Согласно статистике Минздрава, в 2012 г. на лечение за рубежом было выделено 678,5 миллиона тенге, направлено на лечение за рубеж 55 пациентов, из них 25 пациентов – на лечение онкологических заболеваний.

Поэтому была выдвинута рабочая гипотеза о дальнейшем увеличении объема государственного финансирования здравоохранения, и онкологической помощи в частности. Проведенный анализ подтвердил данную гипотезу – в Казахстане наблюдается устойчивая тенденция роста государственных расходов на финансирование здравоохранения как на уровне страны в целом, так и в отдельных регионах. Вместе с тем, несмотря на наблюдающуюся положительную динамику роста расходов на здравоохранение относительно объемов ВВП, объем государственного финансирования этой сферы в нашей стране пока остается на уровне ниже, чем в экономически более развитых странах.⁹ Процент от ВВП на протяжении последних лет едва доходит до 4%. Между тем, по данным ВОЗ, по странам СНГ это соотношение составило в среднем 5,4%, в странах Центральной и Восточной Европы – 6,4%, в Западной Европе – 9,7%.

Таким образом, объем финансирования, необходимый для мер по выявлению и лечению подобных заболеваний, в абсолютном выражении в ближайшие годы будет только расти, причем фактически будет крайне сложно просчитать реально необходимые суммы расходов. Что касается соотношения к ВВП, то, к сожалению, ввиду того, что мировой кризис еще не миновал, увеличения этого процента, видимо, не произойдет.

Что касается влияния деятельности (эффекта), финансируемой за счет данных расходов, то, на взгляд исследователей, разработчики Программы развития онкологической помощи предложили довольно скромные показатели по целевым индикаторам. Возвращаясь к таблице, приведенной ранее, мы видим, что по одному из главных целевых индикаторов – снижению смертности от онкологической патологии, разработчики предлагают за пять лет действия Программы достичь показателя 95,6 смертей на 100 тыс. населения, т.е. улучшить базисный показатель в пределах 5-6%. Следующий важный индикатор – увеличение удельного веса злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях, здесь предполагается увеличить долю с 50,1% до 53,5%, т.е. улучшив показатель на 3,4% за пять лет. И последний, но крайне важный показатель – увеличение удельного веса 5-летней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями – планируется за пять лет прийти от 51,6% к 52,5%, то есть улучшив показатель на 0,9%.

Соотношение планируемых в этом направлении затрат и мероприятий к ожидаемому эффекту говорит не в пользу повышения эффективности. Возникает вопрос – почему при большей выявляемости заболеваний на ранней стадии не удастся применить лечение и сохранить жизнь пациенту? Нам не удалось выяснить, чем вызваны подобные осторожные прогнозы, мы можем лишь предположить, что причина кроется либо в неэффективных методах лечения, либо в реабилитации. В любом случае предложенная динамика улучшения ситуации на 5 последующих лет не внушает оптимизма и не дает нам ощущения, что произойдет серьезный прорыв в данном направлении. В целом эффективность расходов на здравоохранение, по оценкам аналитиков¹⁰, выглядит не очень позитивно. В частности, число больничных организаций в РК снизилось с 1 042 объектов в 2004 году до 1009 объектов в 2011 году. Число больничных коек – один из ключевых показателей развития отрасли, несмотря на растущее финансирование отрасли, неуклонно снижалось: с 77,7 на 10 тыс. населения в 2006 году до 71,6 в 2011 году. Коэффициент младенческой смертности вырос с 14,5 в 2004 году до 16,5 на 1000 рожденных в 2010 году. Согласно данным ВОЗ, коэффициент материнской смертности в РК в 2010 году все еще сохранял уровень 2000 года и составлял 51 случай на 100 тыс. человек. Из позитивных показателей можно отметить снижение заболеваемости туберкулезом со 160,4 на 100 тыс. человек в 2003 году до 95,3 в 2010 году, что значительно ниже целевого показателя, а также рост ожидаемой продолжительности жизни с 65,7 года в 2003 году до 69 лет в 2011 году. Однако, несмотря на улучшающуюся официальную статистику, Казахстан продолжает ухудшать свои позиции по забо-

⁹ *Анализ структуры государственных расходов на здравоохранение в регионах Казахстана и пути их совершенствования. Раимбеков Ж.С., Сыздықбаева Б.У. – Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева, г. Астана, Казахстан, 2012. – №1. с. 50-55.*

¹⁰ *Эффективность государственных расходов в РК и их влияние на развитие экономики в 2000-2011 годах. Талгат Мусабеков, старший аналитик АИРИ.*

леваемости туберкулезом и продолжительности жизни в оценке индекса глобальной конкурентоспособности РК. Приведенный выше довод тем более спорен, учитывая, что в обосновании Программы развития онкологической помощи подчеркивается, что своевременная и ранняя диагностика онкологических заболеваний позволяет значительно улучшить исход лечения и повысить выживаемость больных. Так, выявление рака молочной железы на I стадии позволяет более чем в 200 раз сократить финансовые расходы на лечение и повысить 5-летнюю выживаемость почти вдвое (до 90-95%). То есть раннее выявление имеет еще и огромный экономический эффект, позволяя в разы сократить расходы на лечение. **Следовательно, оставаясь приверженными незначительному улучшению показателей раннего выявления заболеваний, мы заранее готовимся к тому, что нам придется нести огромные расходы на лечение запущенных пациентов.**

Возможная причина таких невысоких ожидаемых показателей – это проблема в обеспеченности лекарственными препаратами. Как отмечается в «Программе развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы», лекарственное обеспечение больных онкологическими заболеваниями за последние 10 лет увеличилось в 17 раз, с 800 миллионов тенге (2002 год) до 13,7 миллиарда тенге (2012 год). Более чем в 2,5 раза увеличилось количество наименований лекарственных средств. Однако даже при такой динамике на сегодняшний день обеспеченность лекарственными препаратами онкологических больных составила 70% от потребности. Особенности лекарственной терапии злокачественных новообразований являются длительность и непрерывность лечения, что предполагает использование лекарств в стационаре и продолжение лечения в амбулаторных условиях. Еще одной особенностью лечения является использование так называемых таргетных препаратов – воздействующих только на опухолевые клетки. Обеспеченность таргетными препаратами составляет на стационарном уровне 40% от потребности, в то время как на амбулаторном уровне до сегодняшнего момента данными препаратами были обеспечены только единичные случаи, что приводило к нарушению преемственности и снижению эффективности дорогостоящего лечения. Начиная с 2012 года, пациенты обеспечиваются таргетными препаратами за счет средств республиканского бюджета, отмечается в программе. Поднимая вопрос обеспеченности лекарственными препаратами, мы также обнаружили проблему отсутствия необходимых оригинальных лекарств. В этом случае, как сообщили пациенты (38,2% опрошенных), им назначали препараты, их заменяющие, так называемые дженерики. При этом оригинальные препараты либо недоступны вообще, либо их стоимость оказывается непосильной для большинства респондентов.

Есть еще один нюанс, на который также следует обратить внимание. Рассмотрим пример рака легких. По данным научной литературы, рак легких развивается в течение 8-9 лет. Практически рак легких диагностируется на поздних стадиях. В областях, где активно работают промышленные предприятия, постепенно заболевания органов дыхания выходят на лидирующие позиции. Но лабораторный контроль и системный мониторинг состояния воздушной среды отсутствует (в частности, в Павлодаре). То есть, учитывая особенности разновидностей онкозаболеваний, а также местные особенности территории, можно говорить о более эффективных подходах к предупреждению и предотвращению таких заболеваний. Кстати, по поводу рака легких было выдвинуто и предложение от независимых экспертов – открыть при поликлиниках отделения по санации бронхов. Продолжая тему ранней диагностики и запущенности заболеваний, затронем еще один аспект. По словам независимых экспертов, процент запущенных заболеваний ежегодно колеблется в пределах 24%. Как нам уже известно, количество больных, стоящих на учете в онкодиспансере Павлодарской области, на начало 2013 года составило 9 030 человек. Если ситуация с ранним выявлением не изменится в сторону улучшения, то к концу 2013 г. мы можем получить от 54 (по официальной статистике – 0,6% прироста) до 2 170 новых больных (т.е. 24%, по мнению некоторых экспертов). В связи с этим независимые эксперты предлагают рассматривать профилактику онкологических заболеваний значительно шире. Опухолевые заболевания развиваются на почве предшествующих хронических заболеваний. Следовательно, нужно направить усилия системы здравоохранения в этом направлении. Что происходит сейчас – огромные средства из бюджета выделяются на строительство и оснащение диагностических центров, но запущенность онкозаболеваний не только не снизилась, а наоборот, увеличивается. Возникает вопрос – что диагностируют в таких центрах и насколько эффективно?

Еще одно наблюдение практиков – несмотря на значительные выделенные средства, в онкодиспансерах для облучения опухолей до сих пор используется методика середины 20 века, а именно – кобальтовая пушка. Этот метод приводит к серьезным побочным эффектам, в частности – тяжелейшим ожогам, т.е. такое воздействие требует значительных последующих усилий для восстановления пациента. Вместе с тем сейчас имеются методики и аппараты облучения опухолей с минимальной лучевой нагрузкой на больного. В нашей ситуации такие методики пока редкость ввиду отсутствия соответствующего оборудования и специалистов. Недостаточный уровень использования современ-

ных технологий диагностики и лечения онкологических заболеваний способствовал незначительному росту показателя 5-летней выживаемости больных за последние 3 года с 50,2% (2009 год) до 51,4% (2011 год). При этом минимальный показатель 5-летней выживаемости наблюдается при раке печени, поджелудочной железы и легкого. Относительно низкий показатель 5-летней выживаемости связан с тем, что 46% больных с онкологическими заболеваниями выявляются и начинают лечение на запущенных стадиях (III-IV стадии).

Для сравнения в таблице ниже приведены показатели 5-летней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями различной локализации (таблица приводится в Программе развития онкологической помощи в Казахстане со ссылкой на Европейское общество онкологов, 2009 год): %

Форма рака	США	Европа	Казахстан
Колоректальный рак	66	56	42
Меланома кожи	92	86	57
Рак молочной железы	90	79	49
Рак простаты	99	78	23
Рак почки	63	56	38
Неходжкинская лимфома	62	55	55

Отсюда мы еще раз возвращаемся к вопросу, озвученному выше: почему при условии внедрения скрининговых программ, которые уже показали (согласно официальным отчетам) хорошие результаты по раннему выявлению онкологических заболеваний в 2012 г., программа предлагает такие сравнительно невысокие показатели? Почему в официальных заявлениях мы ориентируемся на показатели развитых государств, но фактически придерживаемся более скромных показателей? Ведь согласно утверждениям некоторых специалистов, в частности, директора департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения РК Ажар Тулегалиевой, в Казахстане в результате внедрения скрининговых исследований населения выявляемость онкологических заболеваний на ранних стадиях выросла с 60% до 75%. Следовательно, лечение и реабилитация становятся более реальными, что дает возможность предполагать и улучшение выживаемости. В рамках данного исследования ответа на данный вопрос мы не получили.

Третий аспект – неоспоримый факт, подтверждающийся разными источниками, – рост количества граждан, имеющих онкологические заболевания. Соответственно, возникает вопрос – а что делает государство для снижения этого показателя? Ответ: выявляет, лечит, восстанавливает. Но если разбирать цепочку причинно-следственных связей, следует выяснить – а в чем причина такого роста, что влияет на прогрессию именно в нашей стране, именно на территории трех отдельно взятых областей?

В ходе исследования мы практически не увидели серьезной аналитической информации о том, какие факторы влияют на рост онкозаболеваний. Профессионалы говорят о том, что население не хочет заниматься своим здоровьем, не проходит своевременно осмотры, избегает скрининга, приходит с уже сильно запущенными стадиями. Но это опять же последствия. Профессионалы также в один голос говорят о зависимости и связи количества подобных заболеваний с деятельностью Семипалатинского ядерного полигона в период 1949-1989 гг. Предположим, это так. В этом случае мы уже не можем повлиять на многие факторы – население десятилетиями подвергалось воздействию облучения и иных продуктов деятельности полигона через атмосферу, почву, воду. Но что происходит сейчас – кто контролирует такой аспект, как питание населения наших областей? Ведь мы потребляем продукты сельского хозяйства, произведенные на той же зараженной почве. Подобных материалов либо ссылок на них в программных документах Минздрава мы не обнаружили. И, наконец, есть еще один фактор, который присутствует и сегодня, на который мы можем повлиять. Речь идет о деятельности современных промышленных предприятий, в частности, на территории Павлодарской и Восточно-Казахстанской областей. В ходе исследований мы столкнулись лишь с предположениями о том, что, например, рост доли заболеваний органов дыхательных путей и, соответственно, онкологических заболеваний этих органов, связан с деятельностью конкретных предприятий на территории Павлодарской области. Это предположение подтверждается чисто временными показателями – период роста заболеваний совпадает с моментом открытия предприятия. Но фактов, подтверждающих эту связь, мы не увидели. Таких фактов либо вообще нет, либо их нет в открытом доступе. Из этого следует предположение, что государство **затрачивает колоссальные бюджетные средства на борьбу**

со следствием, что, конечно, важно. Но важнее воздействовать на причины. Вместе с тем, расходов в сфере здравоохранения, направленных на установление и устранение причин, в рамках данного исследования не выявлено. Создается впечатление, что онкологические службы страны понимают глубину и всю сложность проблемы, которая заключается в том, что им приходится ежегодно сталкиваться с новыми и новыми случаями заболеваний, что рост и прогрессия очевидны, что существует много объективных внешних факторов, влияющих на рост заболеваемости. Но они вынуждены лишь реагировать на происходящее, предпринимая экстренные меры.

Учитывая рост затрат государства за прошедшие периоды и прогнозируемое увеличение объемов таких расходов, экономическая эффективность подобного подхода крайне сомнительна.

Оценивая медицинский и социальный эффект, уместно привести существующий критический взгляд на данную проблему. Как отмечают некоторые специалисты из негосударственных лечебных учреждений, отечественная онкология взяла курс на внедрение консервативных методик. Результат такого подхода выражается в позднем выявлении болезни и высокой смертности. Такой консервативный подход означает применение «тяжелой» химии и операций. Возможно, происходит это потому, что главные врачи отечественных онкоцентров, как правило, – хирурги, и у них не возникает желания «изменять» своей специализации. Может быть, поэтому инновации обходят казахстанскую онкологию стороной. Существует четко отработанная цепочка – отрезали-зашили, затем передали больного на руки радиологу и «химику». При этом гарантию положительного результата не дает никто. На сегодняшний день в стране применяется три метода лечения рака – хирургия, облучение и химиотерапия. Результат – инвалидность и высокая смертность. При этом количество больных только растет, а вопросы детской онкологии вообще никто не занимается. В одной из частных клиник стали искать новые методы. Одним из таких методов является ультразвуковая абляция – HIFU-терапии. Лидером в этой области являются врачи Китайской Народной Республики. В четырехстах клиниках Китая данная технология прошла успешную апробацию, и ее применяют для комплексного лечения рака. По оценкам мировых специалистов в области онкологии, HIFU-технология – наиболее перспективная методика. Она заключается в сжигании раковых клеток ультразвуком – при температуре 100 градусов Цельсия опухоль буквально тает.

Независимые специалисты, в частности – генеральный директор медицинского центра «АЛАС» г-н Нурлан Хамзабаев, говорят о том, что в стране строятся медицинские центры, укомплектовываются дорогим оборудованием иностранного производства, которое на поверку оказывается устаревшим еще позавчера. В общем, деньги потрачены, дежурные галочки проставлены. Чиновники рапортуют об очередном процентном соотношении в победе над раком, а население страдает от «варварских» методов прошлого века. В качестве примера приводится такой случай – в то время, когда министром здравоохранения был г-н Доскалиев, по баснословной цене в пять миллионов евро была куплена установка ультразвуковой терапии JC-100 (ныне производится установка JC-200). Она функционирует при Национальном научном медицинском центре. И никто из министерских функционеров «не обратил внимание», что применение JC-100 дает осложнения в виде ожогов кожи и внутренних кровотечений. Она имеет ограниченный спектр действия с обязательным наркозом и реанимацией в течение пяти суток. Похоже, что имело место откровенное лоббирование интересов «вчерашнего дня».¹¹

При оценке эффективности важно также проанализировать мнение самих пациентов. Согласно данным, полученным в результате исследования, большинство пациентов удовлетворено лечением. Примечательно, что все полученные данные говорят в пользу того, что методы и подходы, применяемые при лечении онкологических заболеваний, являются достаточно эффективными. Имеется в виду совокупное понятие «эффективности», т.е. медицинский эффект, заключающийся в правильном выборе тактики лечения, верном применении методов и, соответственно, выживаемости пациента на определенный период времени; социальный эффект – то есть возврат пациента в ряды трудоспособных и общая удовлетворенность пациента лечением; а также экономический эффект – соотношение результата и понесенных затрат. Относительно эффективности лечения около половины опрошенных (47,4%) в той или иной мере отметили положительную динамику состояния своего здоровья. Об ухудшении состояния здоровья высказались 19,2% респондентов. Важно иметь в виду, что вывод об эффективности сделан с рядом значительных оговорок:

– мы говорим об эффективности в основном применительно к случаям запущенным, когда выбор методов лечения уже не может быть широким, иными словами, сам пациент понимает серьезность положения и ограниченность возможностей медицины, соответственно, он, как правило, удовлетво-

¹¹ Касымхан Ашигалиев. Почему Минздрав не хочет лечить рак? Казахстанские чиновники «не замечают» инновационных технологий. – <http://www.dialog.kz/?lan=ru&id=93&pub=2835>.

рен тем результатом, которого удается достичь в столь ограниченных условиях; при этом пациент, как правило, не рассчитывает на более лучший результат;

— мы говорим об эффективности применительно к сложившейся практике именно в нашей, отечественной медицине, имея в виду существующий набор методов и подходов, стараясь избегать сравнения с лучшими зарубежными практиками;

— мы говорим об эффективности, оценивая в основном работу специализированных учреждений – онкологических диспансеров.

Исходя из этих факторов, а также опираясь на полученные данные, мы видим положительную оценку условиям, качеству, результатам работы, данную как самими представителями системы здравоохранения, так и опрошенными респондентами из числа пациентов.

Следует обратить внимание еще на один момент. В ходе исследования был выявлен один аспект оказания медицинской помощи, который вызывает недоумение. Так, на вопрос: «Приходилось ли вам сталкиваться с фактами отказа медицинских работников в предоставлении медицинской помощи?» – в ВКО ответили утвердительно почти 99 % респондентов, в Павлодарской области – около 93 %, в СКО – почти 39 %. При этом странно видеть, что на вопрос об удовлетворенности качеством предоставления медицинской помощи большинство респондентов ответили, что они удовлетворены. Возможно, отвечая на данный вопрос, респонденты имели в виду свой предыдущий опыт, не связанный с тем медицинским учреждением, в котором они получили весь объем необходимых услуг и остались им удовлетворены (например, в онкодиспансере).

Несмотря на то, что услуги оказываются бесплатно, исследование показало, что пациентам приходится нести дополнительные **расходы, связанные с лечением**. В этом случае усматривается некоторое противоречие – почему люди тратят деньги, если лечение является бесплатным? Этот вопрос задавался участникам фокус-групп. По их мнению, на лечение онкозаболевания пациентам тратиться не нужно. В основном они тратят деньги на лечение сопутствующих болезней, БАДы или индивидуальные средства по уходу за больными (мочеприемник, калоприемник и т.д.). Однако, как пояснили независимые эксперты, в этом и есть одна из проблем современной отечественной медицины и применяемых методов лечения. Факт заключается в том, что при наличии онкологического заболевания возникают и сопутствующие проблемы со здоровьем, также назначенное лечение, как правило, наносит вред общему состоянию здоровья. При этом ГОБМП лишь частично восполняет потребность в обеспечении лекарственными препаратами, остальные же медикаменты пациенты вынуждены приобретать за свой счет. При общей бесплатности лечения значительная часть пациентов, опрошенных в ходе исследования, жаловалась на высокие цены на лекарства и лабораторные исследования (31,6 % респондентов).

В связи с тем, что пациентам приходится нести дополнительные расходы, **крайне серьезной проблемой представляется доступность лечения**. Так, при среднем уровне дохода на семью от 50 до 100 тыс. тенге (у 56,2 % опрошенных) за последние 12 месяцев 26,2 % респондентов тратили на медицинскую помощь до 50 тыс. тенге, 18,2 % – до 10 тыс. тенге, 10 % – до 200 тыс. тенге. Как видно, соотношение уровня доходов и расходов на лечение весьма непропорционально. Кроме того, сам факт такого положения дел говорит о том, что пройти полностью курс лечения либо просто заняться своим здоровьем бесплатно не получится. Расходы в дополнение к бесплатному медицинскому обеспечению есть всегда, разница лишь в суммах таких расходов.

Данное исследование еще раз выявило проблему, на которую периодически обращают внимание все, кто столкнулся с работой медицинских учреждений. Так, среди трудностей, с которыми сталкиваются пациенты при прохождении медицинского осмотра, лечения, респондентами были отмечены большие очереди на прием к врачу и госпитализацию – 42,2 % опрошенных. Причем с проблемой больших очередей чаще всего сталкиваются жители Восточно-Казахстанской области (68,5 %).

Активность населения в плане заботы о своем здоровье крайне низка. Более того, население зачастую избегает контактов с медициной до самого последнего момента. Это обусловлено несколькими факторами: сложностью процедур непосредственно в учреждениях (очереди), необходимостью нести расходы, неуверенностью в результате, недоверием системе здравоохранения, опасениями потерять работу (из-за выявленного заболевания или по причине отсутствия на рабочем месте). Поэтому, если государство всерьез озабочено проблемой онкологии, то инициатива должна исходить от государства. Именно государство должно находить способы и подходы для вовлечения населения в этот процесс, для изменения модели поведения, при которой обращаться в медицинские учреждения для осмотра станет хорошей практикой, но одновременно в учреждениях будут созданы условия для качественного обслуживания таких пациентов.

Еще одна сложная проблема, выявленная исследованием, – это **детская онкология**. Масштаб этой проблемы уже велик, и он увеличивается, причем в стране не хватает детских онкологов. При изучении имеющихся в открытом доступе материалов по данному вопросу мы обнаружили информацию о том, что 8 февраля 2012 г. на состоявшемся в Мажилисе пленарном заседании с депутатским запросом к министру здравоохранения РК С.З. Каирбековой обратилась депутат Дарига Назарбаева: «Терапия лейкозов и других онкологических заболеваний проводится по германским протоколам BFM, которые позволили изменить прогноз лейкемии в Республике Казахстан. Однако, достигнутые результаты в лечении онкогематологических больных, приближенные к мировым стандартам, не утешают, так как существуют определённые группы больных детей, которые не поддаются химиотерапевтическому лечению. И вопрос о пересадке костного мозга у них является вопросом жизни. В настоящее время дети с указанными заболеваниями в нашей республике погибают. Поэтому использование трансплантации костного мозга для пациентов с заболеваниями системы крови, безусловно, является актуальным для Казахстана. В Казахстане ежегодно в пересадке костного мозга нуждаются 500 пациентов (в том числе и детей), но за последний год было сделано всего 9 подобных операций». Из интервью с практиками, которые занимаются содействием в лечении больных детей, мы выяснили, что в общей массе доля таких больных сравнительно невелика, но каждый случай уникален. Для таких пациентов требуется очень дорогое лечение, которое, как правило, невозможно в отечественных клиниках.

Несмотря на значительные затраты, направленные на оснащение, усиление материально-технической базы и т.п., есть проблемы, связанные с **приобретением нового оборудования, использованием новых методов диагностики и лечения**. Важно обратить внимание на тот факт, что, сопоставляя данные, полученные в ходе полевых работ с официальной информацией, мы обнаружили некоторые расхождения. В частности, специалисты местных учреждений здравоохранения в основном заверяли нас в том, что проблем в данной сфере осталось немного, по всем показателям идет работа, ситуация улучшается и т.п.

Однако в самом обосновании Программы развития онкологической помощи говорится, в частности, о ядерной медицине (далее – ЯМ) как о направлении современной медицины, использующем радиофармацевтические препараты (далее – РФП) для диагностики и лечения заболеваний. Диагностическая эффективность, минимальная лучевая нагрузка, простота и необременительность исследования позволяют широко применять эти методы во всех областях медицины как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. **Однако ЯМ как один из элементов онкологической помощи (оборудование, кадровые ресурсы и т.д.) в республике в настоящий момент отсутствует.** Во исполнение поручений Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева, данных в ходе визита в Восточно-Казахстанскую область 18-19 июня 2009 года, **на базе регионального онкологического диспансера г. Семей создается радиологический кластер, в структуре которого запланировано создание отделения ядерной медицины с применением позитронно-эмиссионной томографии с циклотроном для производства готовых РФП.**

Радионуклидная диагностика, однофотонная эмиссионная компьютерная томография (далее – ОФЭКТ), позитронно-эмиссионная томография (далее – ПЭТ) – методы диагностики и лечения, основанные на выявлении различий метаболизма нормальных и опухолевых клеток (а не на размере опухоли), что позволяет выявить признаки озлокачествления при отсутствии каких-либо анатомических изменений. **В Казахстане имеется только лишь 1 аппарат ПЭТ в Астане, который не покрывает всей потребности республики.**

Вследствие недостаточного использования современных методов ранней диагностики и лечения, недостаточной доступности онкологической помощи на сегодняшний день только 51-52% больных со злокачественными новообразованиями получают специализированное лечение.

Доступность онкологической помощи населению республики все еще не соответствует современным требованиям. По итогам 2011 года в организациях первичной медико-санитарной помощи республики работает 279 онкологических кабинетов, что составляет всего 84% от норматива. Сохраняется дефицит кадров, только 48% районных онкологов (126 специалистов) являются основными работниками, остальные врачи – специалисты других профилей, работающие по совместительству. Также полный спектр услуг, включая новейшие методы диагностики и лечения, доступен лишь жителям Астаны и Алматы.

Ключевой фонд организаций здравоохранения онкологического профиля не соответствует установленным нормативам (2,5 койки на 10 000 населения). На 1 января 2012 года количество коек онкологического профиля составило 2 996 при необходимом количестве 4 130 коек.

Недостаточность материально-технической базы онкологических и амбулаторно-поликлинических организаций **не позволяет проводить раннюю диагностику многих локализаций рака**. Во всех онкологических организациях отсутствуют цифровые маммографы, недостаточно компьютерных томографов, ОФЭКТ и другого рентгенодиагностического оборудования. Требуется обновление эндоскопическое, ультразвуковое оборудование. Необходимо доукомплектование цитологических лабораторий автоматами для окраски мазков, аппаратами для жидкостной цитологии, а также создание системы иммуногистохимической диагностики.

Только в 6 регионах республики функционируют хосписы, предоставляющие помощь незначительному количеству нуждающихся больных 5%).

Ряд мероприятий по развитию онкологической службы предусмотрен в государственной программе, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2011 года № 1113, Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы, утвержденном постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 февраля 2011 года № 183.

Тем не менее, как говорится в паспорте программы: **«На сегодня государство оказывает полную поддержку пациентам с социально значимыми заболеваниями. Медицинская помощь больным со злокачественными новообразованиями оказывается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, включая также предоставление медицинских услуг в зарубежных клиниках»**. Таким образом, вновь очевидно противоречие между подобными утверждениями, фактически полученными данными, а также данными, которые приводятся в самих программах.

Международный опыт показывает, что радикальное излечение и увеличение 5-летней выживаемости онкологических больных, выявленных на ранних стадиях (до 80%), возможны только в комплексе с применением таких высокотехнологичных методов лечения (**которые на сегодня отсутствуют в Казахстане**), как: протонная терапия, радионуклидная диагностика и терапия, дистанционная лучевая терапия (гамма-нож, кибернож, томотерапия, веросистема, стереотаксис, конформная терапия), интраоперационная лучевая терапия, вертикальный ПЭТ, биотрансплантация органов и тканей, малоинвазивная хирургия; использование различных биологических маркеров в клинической практике: онкогены, рецепторы эстрогенов и прогестерона, маркеры апоптоза, рецепторы факторов роста и др. Определение всех этих факторов даст возможность более детально изучить молекулярно-биологические особенности злокачественных опухолей. Это позволяет проводить лечение с учетом степени дифференцировки опухоли, ее чувствительности к проводимой терапии и влиять на течение и прогноз заболевания в каждом конкретном случае (Программа развития онкологической помощи в Казахстане).

Как уже отмечалось выше, отсутствие высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических заболеваний в отечественных клиниках вынуждает пациентов выезжать на лечение за рубеж за счет собственных средств и средств республиканского бюджета. В среднем лечение одного больного за рубежом с онкопатологией обходится государству от 150 000 до 250 000 у.е. Это существенная нагрузка на бюджет. Поэтому возникает гипотеза о том, что, возможно, было бы эффективнее создать условия для лечения внутри страны, чем затрачивать средства на оплату услуг за рубежом. Учитывая прогнозы относительно роста онкологических заболеваний, это становится вполне обоснованным и логичным.

Дефицит квалифицированных медицинских кадров влияет на доступность и качество оказания медицинской помощи, а также затрудняет трансферт новых технологий в лечение и диагностику злокачественных новообразований. Кроме того, существует также точка зрения о том, что в Казахстане попросту нет специалистов, которые могли бы обнаружить раковые заболевания на ранних стадиях. По неподтвержденным данным¹² по г. Астана, из полутора тысяч астанчан, у которых каждый год диагностируют онкологию, выживают лишь 500 человек, т.е. 33,3%. И это в главном городе страны, где есть специализированный диспансер, где, как предполагается, должны работать лучшие специалисты. По имеющимся у исследователей данным, которые, однако, были собраны до настоящего исследования, существует большой процент пациентов, которых долго лечили от других болезней, и только на поздних стадиях им диагностировали онкологические заболевания. Скорее всего, это было связано именно с тем, что специалисты в поликлиниках и больницах затруднялись поставить верный диагноз.

¹² Источник: <http://abiyeu.kz/3128-lehit-ot-raka-v-kazahstane-nekomu.html>

5. Выводы и рекомендации

Что касается анализа более узкого спектра усилий государства по решению проблемы онкологических заболеваний – их лечения, то выводы можно сделать следующие.

1. Государство признает данную проблему как крайне важную и приоритетную.
2. Государство выделяет значительные средства для решения этой проблемы. Анализ системы здравоохранения и, соответственно, бюджетного ее финансирования показывает, что теоретически государство несет максимальное бремя расходов по обслуживанию данной категории пациентов. Так, в рамках ГОБМП пациента осматривают, делают анализы, назначают лечение, делают операцию, обеспечивают препаратами – и все это за счет государства. Такой вывод можно сделать, находясь на позициях государства и системы здравоохранения.
3. Что касается интересов пациента, то для него система здравоохранения представляется сложной, запутанной, непонятной, вынуждающей тратить время и деньги системой, которая не гарантирует конечный результат.
4. Специалисты в исследуемой области подчеркивают крайнюю важность **ранней диагностики**. И в этом направлении государство предприняло последовательные шаги. В Казахстане заработали скрининговые программы, которые по специальной выборке (возраст, территория, органы тела) производят осмотр населения. Исследование показало, что данная мера абсолютно обоснована, необходима и, самое важное, – эффект от этих программ виден уже в ходе их исполнения. Внедряемая в республике Национальная скрининговая программа позволяет диагностировать злокачественные новообразования на ранних стадиях.
5. **Информирование населения о профилактических мероприятиях (скрининге, в частности) осуществляется недостаточно эффективно.**
6. **Существует проблема обеспеченности лекарственными препаратами. На сегодняшний день обеспеченность лекарственными препаратами онкологических больных составила 70 % от потребности. Обеспеченность таргетными препаратами составляет на стационарном уровне 40 % от потребности, в то время как на амбулаторном уровне до сегодняшнего момента данными препаратами были обеспечены только единичные пациенты, что приводило к нарушению преемственности и снижению эффективности дорогостоящего лечения.**
7. **Большинство пациентов удовлетворены лечением.** Данное исследование использовало всю совокупность доступных методов сбора данных относительно исследуемой сферы. Примечательно, что все полученные данные (включая информацию о мнении пациентов) говорят в пользу того, что методы и подходы, применяемые при лечении онкологических заболеваний, являются достаточно эффективными. Имеется в виду совокупное понятие эффективности.
8. Данное исследование выявило еще одну сложную проблему – это **детская онкология**. Из интервью с практиками, которые занимаются содействием в лечении больных детей, мы выяснили, что в общей массе доля таких больных сравнительно невелика, но каждый случай уникален. Для таких пациентов требуется очень дорогое лечение, которое, как правило, невозможно в отечественных клиниках. При этом отдельно детского направления в системе лечения онкозаболеваний нет.
9. Есть проблемы, связанные с **оснащением, приобретением нового оборудования, новых методов диагностики и лечения**. Так, ядерная медицина **как один из элементов онкологической помощи (оборудование, кадровые ресурсы и т.д.) в республике в настоящий момент отсутствует. В Казахстане имеется только лишь 1 аппарат ПЭТ в Астане, который не покрывает всей потребности республики. Вследствие недостаточного использования современных методов ранней диагностики и лечения, недостаточной доступности онкологической помощи на сегодняшний день только 51-52 % больных со злокачественными новообразованиями получают специализированное лечение.**
10. Доступность онкологической помощи населению республики все еще не соответствует современным требованиям. Количество онкологических кабинетов **составляет примерно 84 % от норматива**. Сохраняется дефицит кадров, только **48 % районных онкологов (126 специалистов) являются основными работниками**, остальные врачи –специалисты других профилей, работающие по совместительству. **Коечный фонд организаций здравоохранения онкологического профиля не соответствует установленным нормативам (2,5 койки на 10 000**

населения). На 1 января 2012 года количество коек онкологического профиля составило 2996 при необходимом количестве 4130 коек. Только в 6 регионах республики функционируют хосписы, предоставляющие помощь незначительному количеству нуждающихся больных 5%). Полный спектр услуг могут получить только жители Астаны и Алматы.

11. Отсутствие высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических заболеваний в отечественных клиниках вынуждает пациентов выезжать на лечение за рубеж за счет собственных средств и средств республиканского бюджета. **В среднем лечение одного больного с онкопатологией за рубежом обходится государству в сумму от 150 000 до 250 000 у.е.**
12. **Дефицит квалифицированных медицинских кадров** влияет на доступность и качество оказания медицинской помощи, а также затрудняет трансферт новых технологий в лечение и диагностику злокачественных новообразований. В сельской местности проблема обеспечения кадрами стоит особенно остро. Это очень сложный вопрос, наличие которого никем не опровергается, но и эффективного решения пока не предложено.
13. Пациентам приходится нести дополнительные **расходы, связанные с лечением**. При наличии онкологического заболевания возникают и сопутствующие проблемы со здоровьем, также назначенное лечение, как правило, наносит вред общему состоянию здоровья. При этом ГОБМП лишь частично восполняет потребность в обеспечении лекарственными препаратами, остальные же медикаменты пациенты вынуждены приобретать за свой счет. Расходы в дополнение к бесплатному медицинскому обеспечению есть всегда, разница лишь в суммах таких расходов.
14. Серьезной проблемой остается **закрытость системы здравоохранения**. В целом система здравоохранения и отдельные ее отрасли являются достаточно закрытыми сферами, не расположенными к взаимодействию с общественностью, часто нарушающими существующие нормы о доступе к информации. Учреждения здравоохранения (в частности, в СКО и Павлодарской области) крайне неохотно предоставляли информацию, подолгу согласовывали свои действия с управлениями здравоохранения, пытались воздействовать на ход исследования в части проведения интервьюирования пациентов.
15. Расходы бюджета (республиканского и местного) направлены на: совершенствование раннего выявления онкозаболеваний, укрепление материально-технической базы существующих учреждений здравоохранения, строительство новых объектов; также на обеспечение пациентов необходимыми лекарственными средствами, на создание необходимых условий для лечения и реабилитации, для оказания паллиативной помощи.
16. В Программе развития онкологической помощи содержатся задачи, которые можно охарактеризовать как ясные, конкретные и выполнимые. В программе четко прослеживается логика воздействия на проблему, и ясны ожидаемые результаты. Вместе с тем показатели целевых индикаторов, на взгляд исследователей, не соответствуют затратам, направленным на их достижение, и, предположительно, могли бы быть выше. Поэтому рекомендуется сопровождать подобные программы аналитической информацией о том, почему предлагаются именно такие показатели. Тем более что такая информация наверняка есть, но не размещается в открытом доступе.
17. Информирование о мероприятиях, реализуемых в рамках соответствующих программ, могло бы осуществляться с большим эффектом, т.к. фактически не прослеживается зависимость между количеством населения, принявшего участие, например, в скрининге, и воздействием информационных кампаний, реализованных в рамках программ. Рекомендуется пересмотреть подходы к способам и каналам подачи информации о действующих программах.
18. Крайне мало информации в открытом доступе о фактических результатах внедрения программ и, соответственно, об эффективности затраченных бюджетных средств. Причем отсутствует информация по самым важным индикаторам – процент снижения смертности, процент выживаемости пациентов после примененного к ним лечения.
19. Ощущается недостаток экспертного мнения по поводу применяемых методик лечения, а также по характеристикам закупаемого оборудования. Исследование показало, что существуют альтернативы традиционным методам лечения, а также выявило, что имеют место закупки оборудования, которое на момент приобретения уже не является современным. Имеют место определенные трудности при процедурах закупки оборудования, что связано с деятельностью специализированного лизингового предприятия, через которое проходят такие закупки.

20. Экономический эффект от расходов на развитие онкологической помощи сложно поддается оценке, поскольку исследователи не смогли в рамках полугодового погружения в тематику установить соотношение затрат, понесенных на лечение пациента, и произведенного эффекта/результата. Тем более что результат может быть и отрицательным, и нулевым. Но нести такие расходы необходимо. Исследование, безусловно, выявило результаты воздействия мероприятий, осуществленных в рамках действующих программ, профинансированных из государственного бюджета. Но сделать вывод о том, насколько полученный эффект стоил понесенных затрат, возможно ли было за эти средства добиться большего эффекта и т.д., не представляется возможным. По косвенным данным исследователи могут лишь выдвинуть предположение, что при таком объеме финансирования эффект, выраженный в повышении процента раннего выявления и, соответственно, своевременном лечении и выздоровлении пациентов, мог быть более ощутимым. Кроме того, при условии воздействия на причины роста заболеваемости мы также могли бы говорить о большем эффекте от произведенных затрат.
21. Социальный эффект в данном случае поддается оценке. Хотя многие характеристики данного вида эффективности являются очень условными и субъективными. Вместе с тем значительное количество опрошенных пациентов удовлетворено качеством услуг (возможно, ввиду отсутствия альтернативы). Каждый пациент, у которого удалось выявить заболевание, продлить его жизнь и активность, – это существенный социальный эффект от вложенных средств. В целом же по трем областям Казахстана по итогам 2012 г. таких пациентов насчитывается около 30 тысяч.
22. Медицинский эффект, как было указано выше, также оценить сложно, поскольку нам не предоставили данных о проценте вылеченных и выживших (по крайней мере, в 5-летний период).
23. Активность населения в плане заботы о своем здоровье крайне низка. Более того, население зачастую избегает контактов с медициной до самого последнего момента.
24. Современная медицина, и онкологическая служба в частности, реагирует на следствие, но причина по-прежнему не устранена. Речь идет о продолжении стойкого загрязнения окружающей среды промышленными предприятиями, а также влиянии последствий ядерных испытаний. Важно сделать анализ причин, установить факторы, на которые можно оказать воздействие, и либо устранить их, либо снизить их влияние.
25. У части пациентов с введением новой методики расчета потребности в финансировании – глобального бюджета, появилась возможность получать бесплатно очень дорогие таргетные препараты.
26. Происходит «омоложение» пациентов. Следовательно, тактика раннего выявления и последующего лечения должна быть быстрой и гибкой, чтобы оперативно реагировать на происходящие изменения.
27. По затратам на лечение онкобольных Казахстан отстает от лучших иностранных примеров, где этот показатель доходит до 2-8 тыс. долларов в месяц, в РК в 2012 г. – 29 000 тенге в месяц. Однако ввиду разной системы медицинского обеспечения делать такое простое сравнение нельзя. Признается лишь тот факт, что для более эффективного и качественного лечения стоимость расходов на пациента в Казахстане должна быть выше. Но простое повышение этого показателя пока невозможно ввиду многих макроэкономических факторов и их взаимозависимости между собой. Элементарный пример – это уровень оплаты труда врача в развитых зарубежных странах и в нашем государстве. Пока эти показатели несопоставимы. В целом эффект от воздействия онкологической помощи в Казахстане отстает от стран ЕС по многим позициям и практически несопоставим с эффективностью, достигнутой, например, в США.

Таким образом, оценивая всю совокупность собранных и проанализированных данных, можно прийти к нескольким основным рекомендациям.

1. При разработке программ в сфере здравоохранения изначально внедрять систему оценки, где использовать категории, связанные как с медицинским, так и с социальным и экономическим эффектом. Рекомендуется использование индикаторов оценки программ по уровню воздействия (например: Система здравоохранения – Управление здравоохранения – Учреждение здравоохранения – Врач).
2. Проблема онкологии – проблема государства, поэтому инициатива должна исходить от государства, которое должно находить способы и подходы для вовлечения населения, изменения модели поведения, при которой обращаться в медицинские учреждения для осмотра станет хорошей практикой, но одновременно в учреждениях должны быть созданы условия для ка-

-
- чественного обслуживания таких пациентов (отсутствие очередей, прием по записи, возможность прохождения обследования в одном учреждении и за 1 день и т.д.).
3. Рекомендуется пересмотреть подходы к способам и каналам подачи информации о действующих программах (социальные ролики по телевидению, радио, социальные сети, рекламные растяжки и баннеры и т.д.).
 4. Важно шире использовать в данном направлении общественный мониторинг и контроль. Данная рекомендация означает именно внешний независимый мониторинг. В ходе исследования представители учреждений здравоохранения обращали внимание на то, что внутренний мониторинг у них и так ведется. Однако результаты такого мониторинга не известны заинтересованной общественности, поэтому важно практиковать мониторинг внешний, что можно делать с привлечением НПО.
 5. Рекомендуется системно и регулярно делать комплексную внешнюю оценку эффективности программ в сфере здравоохранения, причем в тот период, когда можно будет оценить достижение заявленных в программе показателей.
 6. В целом, учитывая, что сделать полноценную оценку, включающую сравнение полученных результатов с базовыми показателями, не представилось возможным, т.к. мероприятия программ, ставших объектами анализа, начались лишь 2012 г., т.е. в период, который оценивался в рамках проекта, также с 2012 г. был применен подход, именуемый «глобальный бюджет», и тот факт, что показатели по целевым индикаторам программ были установлены лишь с 2014 г., то рекомендуется сделать такую оценку по итогам 2013-2014 гг., когда можно будет сопоставить базовые показатели с достигнутыми.
 7. Важно сделать анализ причин заболеваний, установить факторы, на которые можно оказать воздействие, и либо устранить их, либо снизить их влияние.
 8. Необходим анализ соотношения бесплатного лечения и затрат на лечение сопутствующих заболеваний, а также последующую реабилитацию, с тем, чтобы определить – насколько государственные расходы реально покрывают затраты на лечение, обеспечивая принцип бесплатности услуг для населения.

