

УДК 614.2.658.114.2

А.К. Исина, Ж.С. Оспанова, А.С. Давлетова

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения», г. Астана

## ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

### Аннотация

Население республики с каждым годом растет, соответственно, возникла необходимость увеличения медучреждений. В настоящее время назрела потребность в размещении больничных организаций ближе к населению, обеспечив тем самым равномерное географическое распределение и доступность всех к высокотехнологичной помощи, адаптированной под особенности населения Республики Казахстан. Проведя качественный анализ потребностей регионов в строительстве медучреждений, можно сказать, что каждый регион страны нуждается в строительстве новых инновационных медицинских объектов, которые будут оказывать качественные медицинские услуги в соответствии с международными стандартами.

**Ключевые слова:** государственно-частное партнерство.

В своем Послании от 29 января 2010 года Новое десятилетие – Новый экономический подъем – Новые возможности Казахстана, Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев народу Казахстана высказал такую мысль: «...Огромным потенциалом по привлечению частных инвестиций располагает механизм государственно-частного партнерства. Мы запустили этот механизм в Казахстане, но он требует усовершенствования в соответствии с лучшей мировой практикой.....».

В целях реализации данного Послания Президента Республики Казахстан Постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 июня 2011 года № 731 принята Программа по развитию государственно-частного партнерства в Республике Казахстан на 2011-2015 годы.

Целью данной Программы является создание законодательной и институциональной основы для реализации инвестиционных проектов с использованием механизмов государственно-частного партнерства (далее – ГЧП) в Республике Казахстан.

Основанием для развития ГЧП в здравоохранении является реализация государственной политики Казахстана в области ГЧП, включая Государственную программу развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (далее – Госпрограмма).

Госпрограммой предусмотрены конкретные меры по расширению сфер применения механизмов ГЧП в здравоохранении. Это внедрение новых форм и методов финансирования, привлечение частных инвестиций к управлению государственными и ведомственными медицинскими объектами, передача организаций в доверительное управление. Для повышения эффективности здравоохранения, разделения риска между государственными и частными инвесторами, внедрения современных технологий, соответствующих международным стандартам, на основе взаимобмена опытом, а также для сокращения нагрузки на государственный бюджет планируется привлечение частных компаний для строительства, эксплуатации и управления государственными и ведомственными медицинскими объектами. Планируется использовать формы ГЧП, такие как: Build-Own-Operate (BOO) - Строительство – Владение - Эксплуатация, Build – Transfer - Operate (BTO) – Строительство – Передача - Эксплуатация и Build – Operate - Transfer (BOT) - Строительство-Эксплуатация - Передача и доверительное управление частными компаниями. Ведется работа по устранению административных барьеров.

**Что же такое ГЧП?** Согласно закона РК «О концессиях» (с изменениями и дополнениями от 04.07.2013 г.) **Государственно-частное партнерство (ГЧП)** – форма сотрудничества между государством и субъектами частного предпринимательства, направленная на финансирование, создание, реконструкцию и (или) эксплуатацию объектов социальной инфраструктуры и жизнеобеспечения.

Конечно же, на сегодняшний день, мы задаемся рядом вопросов: «Требуется ли строительство объектов в здравоохранении по схеме ГЧП? Какова потребность в строительстве новых современных объектов здравоохранения? Выгодно ли это государству и гражданам страны?»

В настоящее время, согласно данным Агентства Республики Казахстан по статистике в Республике Казахстан проживает 16 909,8 тыс. человек. Из них, около 54,9% или 9277,4 тысяч человек составляет городское население и 45,1% или 7 632,4 тысяч человек - сельское население. На 1 января 2013 года доля детей до 14 лет в общей численности населения республики составила 25,2%, доля лиц в возрасте 15-17 лет и старше 18 лет - 4,5% и 70,3% соответственно.

За последние три года наблюдается тенденция роста численности населения Казахстана, средний темп прироста составляет около 2,8%. Если в 2010 году численность населения республики составляла около 16 441,9 тыс. человек, то по состоянию на 01.01.2013 года численность населения составляло 16 909,8 тыс. человек. При этом, темп прироста населения в Алматинской, Южно-Казахстанской области, в г. Алматы, Астана выше республиканского. Численность населения в Кызыл-ординской области в 2012 году по сравнению с 2010 годом повысилось на 3,7% с 700,6 тыс. человек до 726,7 тыс. человек, соответственно в Алматинской области на 3,9% с 1873,3,0 тыс. человек до 1946,7 тыс. человек, в ЮКО на 4,3% с 2567,7 тыс. человек до 2678,9 тыс. человек, в г. Алматы на 4,3 % с 1414,0 тыс. человек до 1475,4 тыс. человек, в г. Астана на 11,6% с 697,1 тыс. человек до 778,2 тыс. человек. Кроме вышеуказанных областей и городов увеличение численности населения наблюдается в Актюбинской области на 2,3%, в Карагандинской области на 0,7%, в Павлодарской области на 0,4%.

Больничный сектор является важным и значимым элементом системы здравоохранения, однако исследователями и администраторами, разрабатывающими политику в области здравоохранения, не уделяется должного значения рациональному и эффективному

развитию больниц. Так в больничном секторе Республики Казахстан произошло старение инфраструктуры: 45% зданий медицинских организации построены до 1970 года, 25% построены до 1990 года, что оказывает неблагоприятное влияние на качество медицинской помощи. В связи с этим, необходима модернизация больничного сектора (реконструкция, капитальный ремонт), которая обеспечит обновление стареющей больничной инфраструктуры и доведение показателя количества зданий, построенных после 1990 года до 75%.

В настоящее время назрела потребность в размещении больничных организаций ближе к населению, обеспечив тем самым равномерное географическое распределение и доступность для всех к высокотехнологичной помощи в соответствии с международными стандартами, адаптированными под особенности населения Республики Казахстан. Также при строительстве больниц необходимо учитывать демографический прогноз для оценки спроса населения на медицинские услуги, которая обеспечит более точное долгосрочное планирование потребностей в инфраструктуре и оборудовании. Строительство новых больничных организаций позволит внедрению высокоспециализированной и специализированной помощи, применение новых технологий и методов лечения, которая будет способствовать снижению смертности населения от всех управляемых причин, увеличению средней продолжительности жизни населения.

В связи с недостаточностью качества и доступности медицинской помощи населению, недостаточностью материально-технического обеспечения существует необходимость внедрения современных инновационных технологий в здравоохранение страны.

Кроме того, в Алматинской, Южно-Казахстанской областях и в г. Алматы обеспеченность больничными койками остаются ниже республиканского показателя. Обеспеченность койками в Алматинской области невысокая, и в 2012 году составила 45,9 на 10 тысяч человек, что в 1,3 раза меньше республиканского показателя (РК - 59,4). В Южно-Казахстанской области обеспеченность койками в 2012 году составляла 45,6 на 10 тысяч человек. В г. Алматы данный показатель находится практически на уровне республиканского, но это с учетом коечного фонда республиканских организаций, а при учете только городских стационаров по г. Алматы показатель обеспеченности койками составлял 43,8 на 10 тысяч человек, что ниже республиканского значения в 1,4 раза.

По демографическому прогнозу до 2025 года в вышеуказанных областях и г. Алматы ожидается увеличение населения более 20%, что повлечёт за собой увеличение спроса населения на медицинские услуги.

Учитывая вышеизложенное и с целью совершенствования системы здравоохранения, улучшения качества и доступности медицинской помощи населению необходимо строительство медицинских организаций в регионах, которые будут оказывать качественные медицинские услуги в соответствии с международными стандартами медицинской помощи и соответствующее потребностям населения.

Так, с целью внедрения новых технологий, обеспечения международного уровня подготовки и обучения студентов, интернов, резидентов, магистрантов, курсантов факультета повышения квалификации и повышения качества медицинской помощи населению города Караганды и Карагандинской области

необходимо строительство многопрофильной клинической больницы на 300 коек при РГП «КарГМУ». Больница будет строиться без расширения коечного фонда города, области и койки будут взамен койкам, устаревших больничных организаций.

Наряду с этим, в г. Семей Восточно-Казахстанской области необходимо строительство детской городской больницы на 200 коек, так как отсутствует детская больница для оказания медицинской помощи детскому населению бывшего Семипалатинского региона. Кроме того, в г. Усть-Каменогорск Восточно-Казахстанской области необходимо строительство и эксплуатация многопрофильной больницы на 300 коек и станции неотложной помощи взамен больницы скорой медицинской помощи 1956 года постройки.

Также, для обеспечения выполнения национальных и международных требований к подготовке и обучению студентов, интернов, резидентов, магистрантов, курсантов факультета повышения квалификации и предоставление медицинской помощи населению с применением современных технологий и достижений науки необходимо строительство региональной многопрофильной больницы на 300 коек при РГКП «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова» в городе Алматы.

Аналогичная ситуация с организациями, оказывающими населению первичную медико-санитарную помощь (далее - ПМСП). Так более 70% организации расположены в приспособленных зданиях, недостаточно помещений, большая скученность, оснащены морально и физически устаревшим оборудованием, работают с перегрузкой в 1,1 раза, при плановой мощности 107095 посещений в смену фактическая составляла 113385 посещений.

ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) рассматривает ПМСП в качестве одного из ведущих инструментов достижения стратегии здоровья для всех, т.к. она выполняет главную функцию системы здравоохранения. Она оказывается в амбулаторно-поликлинических организациях (далее - АПО) участковыми врачами (терапевтами, педиатрами), врачами общей практики (семейными врачами), а также сестринским персоналом в фельдшерско-акушерских пунктах. Более 70% населения, обращающегося за медицинской помощью, начинают и заканчивают обследование и лечение на уровне АПО, в которых решается большинство медико-социальных проблем. От состояния амбулаторно-поликлинической помощи во многом зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения. Ряд международных исследований продемонстрировали наиболее эффективное функционирование системы здравоохранения в тех странах, где приоритетным направлением является развитие первичного звена медицинской помощи.

Учитывая первоочередную роль организации ПМСП в профилактике заболеваний и прививании принципов здорового образа жизни среди населения, также с учетом демографического прогноза, материально-технического состояния организации ПМСП необходимо строительство типовых организаций ПМСП, отвечающим потребностям населения и которые будут оказывать качественные медицинские услуги в соответствии с международными стандартами медицинской помощи.

Так, необходимо строительство поликлиники в Юго-Восточном районе города Караганды в связи с отсутствием типового, единого здания для обслужива-

ния населения с численностью более 50 000 человек и разрозненностью зданий существующей поликлиники №5, недостаточностью площадей, перегруженностью в 1,9 раза. Данная поликлиника будет построена взамен городской поликлиники №5.

Также, в г. Жезказган Карагандинской области отсутствует отдельно стоящая государственная поликлиника, тогда как согласно постановления правительства РК №2131 от 15.12.09г «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан» в г. Жезказган с численностью населения более 89 тыс. человек предусмотрено существование 2 городских поликлиник.

КГКП «Поликлиника г. Жезказган» функционирует с 2011 года, расположена на базе освобожденного здания кожно-венерологического диспансера, в приспособленном здании, 1979 года постройки. Общая площадь здания составляет 1236 кв.м., тогда как согласно фактической мощности поликлиники необходимо 5000-6000 кв.м., это приводит к скученности и невозможности размещения оборудования.

Кроме того, необходимо взамен существующей КГКП «Поликлиника №2» г. Балхаш Карагандинской области построить типовую поликлинику, так как она расположена в приспособленном здании бывшего соматического санатория. Здание 1978 года постройки. Общая площадь здания составляет 2007,9 кв.м., тогда как согласно фактической мощности поликлиники необходимо 3500 кв.м. Дефицит площадей затрудняет обслуживание населения, приводит к скученности и вызывает неудобства, как у врачей, так и у пациентов. Отсутствует возможность для развёртывания полноценных, соответствующих санитарным нормам медицинских кабинетов и размещения медицинского оборудования.

Наряду с этим, необходимо строительство городской поликлиники на 500 посещений в смену в микрорайоне «Кайтпас» г. Шымкент Южно-Казахстанской в связи с ростом населения микрорайона «Кайтпас» на 20%, увеличением показателей рождаемости, младенческой смертности, перегруженностью в 1,4 раза (при плановой мощности 420 посещений в смену, фактическая составляет 600). Внедрение новых инновационных методов диагностики и лечения будет способствовать проведению профилактических и лечебных мероприятий на современном уровне, что позволит поднимать индекс здоровья, в дальнейшем снизить показатели смертности, и способствовать увеличению средней продолжительности жизни населения.

Учитывая, демографический прогноз до 2025 года по увеличению численности населения в г.Астана, Актюбинской, Мангистауской и Северо-Казахстанской областей необходимо строительство центра первичной медико-санитарной помощи (далее - ЦПМСП) и городской поликлиники (далее - ГП):

ЦПМСП в г.Астана :

на 150 посещений в п. Ондирис-2;

на 150 посещений в п. Коктал-2;

на 150 посещений в п. «Железнодорожный»;

ГП на 500 посещений в смену в г. Актау Мангистауской области;

ГП на 500 посещений в смену в жилом массиве Батыс-2 г. Актобе;

ГП на 500 посещений в смену в г. Петропавловск Северо-Казахстанской области.

**Международный опыт и ГЧП в сфере здравоохранения РК**

В международной практике есть следующие виды контрактов ГЧП

**BTO** Build-Transfer-Operate – Строительство-Передача-Эксплуатация **BTL** Build-Transfer-Lease - Строительство-Передача-Аренда.

Частная сторона создает объект концессии, передает его государству, осуществляет его эксплуатацию и извлекает из него доход. Создание объекта концессии – передача в госсобственность (действующий вид), т.е. концессионер привлекает финансирование, осуществляет строительство аэропорта. Объект передается в госсобственность. Концессионер эксплуатирует объект и получает доход от потребителей или арендные платежи от государства.

**BOT** Build-Operate-Transfer – Строительство - Эксплуатация - Передача

**BOL** Build-Operate-Lease – Строительство - Эксплуатация - Аренда

**BOLT** Build-Operate-Lease-Transfer – Строительство - Эксплуатация – Аренда - Передача

**BOO** Build-Own-Operate - Строительство – Владение - Эксплуатация

Частная сторона строит или реконструирует принадлежащий ей объект, государство арендует на долгосрочной основе. Возможно, право выкупа объекта в госсобственность. Пользование объектом концессии, находящимся в частной собственности для общественных нужд. Концессионер реконструирует принадлежащий ему детский сад, обеспечивает его готовность к пользованию. Государство выплачивает арендные платежи.

**O&M** Operations & Maintenance – Управление и аренда

**MC** Management Contract – Договор на управление

**LC** Lease Contract - Договор на аренду

Частная сторона эксплуатирует объект государственной собственности и извлекает из него доход. Право собственности на объект остается у государства. Управление и аренда. Концессионер осуществляет реконструкцию и последующую эксплуатацию автодороги. Управление: Государство выплачивает концессионеру т.н. «плату за доступность», Для пользователей проезд по дороге бесплатный. Аренда: Концессионер взимает плату за проезд и выплачивает государству арендную плату за пользование объектом концессии.

**Consortium** - Консорциум

Частная сторона и государство совместно реализуют проект и совместно используют объект концессии. Договор о совместной деятельности концессионера и концедента (консорциум). Концессионер обслуживает больничный комплекс, оказывает сервисные услуги (питание, прачечная и т.п.) и дополнительные медицинские услуги (массаж, аптека, инъекции и т.п.). Взимает за них плату. Медицинские услуги оказывает государственная мед. организация.

**DBFO** Design – Build – Finance - Operate – Проектирование – Строительство - Финансирование-Эксплуатация

**PFI** Private Finance Initiative – Частная финансовая инициатива

**КЖЦ** Контракт жизненного цикла

Частная сторона осуществляет весь цикл мероприятий по проекту: проектирование, строительство или реконструкция, финансирование, эксплуатация. Комбинированные контракты (сочетание различных

видов контрактов). Комбинирование вышеуказанных схем.

Согласно Закону РК о концессиях (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2013 г.) в Казахстане действуют следующие виды договоров концессии:

1) договор концессии, предусматривающий создание концессионером объекта концессии с последующей передачей объекта концессии в собственность государства;

2) договор концессии, предусматривающий совместную деятельность концессионера и концедента по созданию (реконструкции) и эксплуатации объекта концессии;

3) договор концессии, предусматривающий передачу объекта концессии, находящегося в государственной собственности, в доверительное управление либо в имущественный наем (аренду) концессионеру в целях реконструкции и эксплуатации;

4) договор концессии, предусматривающий передачу объекта концессии, находящегося в собственности концессионера, в имущественный наем (аренду) концеденту либо уполномоченному им лицу, в том числе с правом выкупа объекта концессии концедентом.

Для этих договоров государством предусмотрена поддержка инвесторов в виде предоставления земли и инфраструктуры, а также выделение дополнительного земельного участка в виде натурного гранта (под различную деятельность).

Как видно из вышеизложенного, что в РК существует острая потребность в строительстве новых инновационных медицинских объектов, которые будут оказывать качественные медицинские услуги в соответствии с международными стандартами медицинской помощи. На сегодняшний день Министерством здравоохранения РК рассмотрены следующие объекты:

Строительство и эксплуатация многопрофильной клинической больницы на 300 коек при РГП «КарГМУ» в г. **Караганда**

Строительство и эксплуатация многопрофильной клинической больницы на 300 коек при РГКП «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова» в г. **Алматы**

Строительство и эксплуатация детской городской больницы на 200 коек в г. **Семей**, ВКО

Строительство и эксплуатация многопрофильной больницы на 300 коек и станции неотложной медицинской помощи в г. **Усть-Каменогорск**

Строительство и эксплуатация городской поликлиники на 500 посещений в смену в г. **Караганда**

Строительство и эксплуатация городской поликлиники на 500 посещений в смену в микрорайоне «Кайтпас» г. **Шымкент**.

Конечно же, на лицо здесь большие выгоды для государства и населения, т.к. будет производиться существенная экономия бюджетных средств, обеспечение развития инфраструктуры более ускоренными темпами и возможность предоставления более качественных медицинских услуг, привлечение не только средств, но и опыта частного сектора в области менеджмента, передача части рисков частному сектору.

Но и инвесторы не остаются в проигрыше, потому что для них это будет долгосрочный, стабильный и рентабельный бизнес, при котором осуществляется долгосрочное управление и предоставление сервисных услуг по реализованным проектам (больницы, поликлиники и др.), новые инвестиционные возможности, и новые источники дохода (плата потребителей за услуги концессионеров и государственный бюджет), законодательная защита интересов инвесторов, в том числе от одностороннего прекращения концессионного договора по инициативе государства и в случаях изменения законодательства, а самое главное это возможность участия в готовых проектах без разработки предпроектной документации (ТЭО, ФЭО и пр.) при одноэтапном конкурсе.

Теперь с уверенностью можно сказать всем желающим: «Добро пожаловать в проекты ГЧП в здравоохранении!!!»

#### **Литература:**

1. Закон Республики Казахстан «О концессиях» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.13 г.) (<http://adilet.zan.kz/rus>)

2. Программа по развитию ГЧП в РК от 29.06.11г. №731 (<http://adilet.zan.kz/rus>)

3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010, 2012 годах (статистический сборник Астана 2011, 2013гг. (2010 г. - 311стр., 2012 г. - 316 стр.)

4. Данные демографического прогноза до 2025 года, проведенного экспертами консалтинговой компании «Sanigest Internacional» с помощью спектра статистической программы, разработанной организацией ЮНЭЙДС (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ).

5. Информация с программного комплекса «ТЭП» о технических характеристиках медицинских организаций (АИС «ТЭП» в разрезе областей, в разрезе медицинских организации).

#### **Тұжырым**

### **ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК ЖЕКЕ -МЕНШІК ӘРІПТЕСТІК**

**А.Қ. Исина, Ж.С. Оспанова, Ә.С. Давлетова**

**Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Астана қ.**

Екі жыл бұрын Қазақстанда «Қазақстан Республикасында мемлекеттік - жеке меншік әріптестікті дамыту жөніндегі 2011 – 2015 жылдарға арналған бағдарламасы» қабылданды. Мемлекеттік жеке- меншік әріптестік (МЖӘ) – әлеуметтік инфрақұрылым және тіршілікті қамтамасыз ету объектілерін қаржыландыруға, құруға, қайта құрылымдауға және (немесе) пайдалануға бағытталған мемлекеттік және жеке меншік кәсіпкерлік субъектілері арасындағы ынтымақтастық екендігін атап айту қажет. Көптеген адамдарда МЖӘ сызбасы бойынша денсаулық сақтауда объектілерді салу қажет пе, ол мемлекетке және ел азаматтарына тиімді ме деген сұрақтар туындайтындығы сөзсіз.

**Негізгі сөздер:** МЖӘ, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрілігі.

*Summary*  
**PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTHCARE SECTOR**  
**A.K. Issina, Zh.S. Ospanova, A.S. Davletova**  
**Republican Center for Healthcare Development, Astana**

*Program for Public-Private Partnership Development in the Republic of Kazakhstan for 2011-2015 was accepted in Kazakhstan two years ago. It should be noted that Public-Private Partnership (PPP) is a form of cooperation between the state and subjects of private enterprise aimed at social infrastructure and life support objects financing, creation, reconstruction and/or operation. There is no doubt that many people will ask questions like if it is necessary to build healthcare objects according to PPP scheme and if PPP is profitable for the state and its citizens.*

**Key words:** PPP, Republican Center for Healthcare Development, Ministry of Health of Kazakhstan.

УДК 614.2 - 340. 130. 53 (574)

**М.В. Горемыкина, к.м.н.,  
О.П. Цигенгагель, магистрант по специальности общественное здравоохранение**

**Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра общественного здравоохранения и информатики**

**ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СФЕРЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ  
НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (ОБЗОР)**

**Аннотация**

*В настоящее время вопросы охраны здоровья населения, обеспечения нормального функционирования системы здравоохранения являются одной из главных социальных задач, решаемых государством. Совокупность правовых документов в области охраны здоровья человека является базой для социально-экономических и медико-санитарных мероприятий, обеспечивающих достойную жизнь людей в обществе.*

**Ключевые слова:** законодательство здравоохранения, здоровье населения.

В период масштабных социально-политических преобразований в нашей стране по инициативе Президента РК разработана государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы от 29 ноября 2010 года, где намечены пути модернизации системы здравоохранения. Одним из важнейших направлений проекта является повышение качества оказания медицинских услуг населению, обеспечение конституционного права граждан на получение надлежащей медицинской помощи [1]. Реформирование здравоохранения, в первую очередь, должно сопровождаться расширением законодательной базы и качественными изменениями правовых механизмов [2-4].

Для реализации данной стратегии необходимо не только кардинально изменить приоритеты социальной политики в области охраны здоровья, но и создать такую систему организации здравоохранения на уровне субъекта Республики Казахстан, которая позволит максимально использовать имеющиеся ресурсы для более эффективного удовлетворения потребности населения в квалифицированных медицинских услугах.

Основными нормативно-правовыми актами, регламентирующие взаимоотношения «врач-пациент» в Республики Казахстан, на сегодняшний день являются: Конституция Республики Казахстан, принятая на республиканском референдуме 30 августа 1995 года (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.02.2011 г.) - как основной закон страны отражает волю народа Казахстана, его стремление к утверждению страны [4]. В Казахстане конституционное право на охрану здоровья, установленное статьей 29 Конституции РК, предполагает наличие норм, содержащих гарантии права на охрану здоровья [5].

Уголовный кодекс Республики Казахстан от 16 июля 1997 года № 167-І (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2013 г.). Задачами настоящего Кодекса являются: защита прав, свобод и законных интересов человека и гражданина, собственности, прав и законных интересов организаций, общественного порядка и безопасности, окружающей среды, конституционного строя и территориальной целостности Республики Казахстан, охраняемых законом интересов общества и государства от преступных посягательств, охрана мира и безопасности человечества, а также предупреждение преступлений. Для осуществления этих задач настоящий Кодекс устанавливает основания уголовной ответственности, определяет, какие опасные для личности, общества или государства деяния являются преступлениями, устанавливает наказания и иные меры уголовно-правового воздействия за их совершение.

К основным статьям УК РК, регулирующие медицинскую деятельность, следует отнести: **Общая часть. Раздел 7 Принудительные меры медицинского характера.** Основания применения принудительных мер медицинского характера (ст. 88). Цели применения принудительных мер медицинского характера (ст. 89). Виды принудительных мер медицинского характера (ст. 90). Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (ст. 91). Принудительное лечение в психиатрическом стационаре (ст. 92). Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера (ст. 93). Назначение наказания после применения прину-